

STRATEGI PEMBELAJARAN BAGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Uyu Mu'awwanah
Ricka Tesi Muskania
Uswatun Hasanah
Imas mastoah
Sulistiyani Puteri Ramadhan
Nur Latifah
Robiatul Munajah
Ana Nurhasanah
Rossi Iskandar
Luthfi Hamdani Maula

Hak cipta Dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit. Isi diluar tanggung jawab percetakan

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta.

Fungsi dan Sifat Hak Cipta

Pasal 2

1. Hak Cipta merupakan hak eksekutif bagi pencipta dan pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Hak Terkait Pasal 49:

1. Pelaku memiliki hak eksekutif untuk memberikan izin atau melarang pihak lain yang tanpa persetujuannya membuat, memperbanyak, atau menyiarkan rekaman suara dan/atau gambar pertunjukannya.

Sanksi Pelanggaran Pasal 72

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00,- (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00,- (lima milyar rupiah)
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama lima (5) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00,- (lima ratus juta rupiah)

STRATEGI PEMBELAJARAN BAGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Uyu Mu'awwanah
Ricka Tesi Muskania
Uswatun Hasanah
Imas mastoah
Sulistiyani Puteri Ramadhan
Nur Latifah
Robiatul Munajah
Ana Nurhasanah
Rossi Iskandar
Luthfi Hamdani Maula

MEDIA MADANI

Strategi Pembelajaran Bagi Anak Berkebutuhan Khusus

Penulis:

Uyu Mu'awwanah
Ricka Tesi Muskania
Uswatun Hasanah
Imas mastoah
Sulistiyani Puteri Ramadhan
Nur Latifah
Robiatul Munajah
Ana Nurhasanah
Rossi Iskandar
Luthfi Hamdani Maula

Editor:

Tatu Siti Rohbiah

Lay Out & Design Sampul

Media Madani

Cetakan 1, Februari 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright@ 2021 by Media Madani Publisher

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang keras menerjemahkan, mengutip, menggandakan, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit

Penerbit & Percetakan

Media Madani

Jl. Syekh Nawawi KP3B Palima Curug Serang-Banten email:

media.madani@yahoo.com & media.madani2@gmail.com

Telp. (0254) 7932066; Hp (087771333388)

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Uyu Mu'awwanah, et.all

Strategi Pembelajaran Bagi Anak Berkebutuhan Khusus

Cet.1 Serang: Media Madani, Februari 2021

14 cm x 21 cm, viii + 132 hlm

ISBN. 978-623-6849-90-3

1. Strategi Pembelajaran

1. Judul

KATA PENGANTAR

Buku ini diselesaikan selama enam bulan selama menjalani perkuliahan Anak Berkebutuhan Khusus pada Program Doktorat Pendidikan Dasar di Universitas Negeri Jakarta, terima kasih kami ucapkan kepada Bapak Dr. Asep Supena yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalaman terkait strategi pembelajaran pada pendidikan inklusi bagi anak berkebutuhan khusus.

Tim penulis buku ini merupakan dosen dari berbagai institusi di seluruh Indonesia dengan *basic* pendidikannya adalah Pendidikan Dasar. Tim penulis berharap buku ini dapat menjadi referensi dalam praktek di dunia pendidikan khususnya pendidikan dasar dengan menerapkan strategi pembelajaran yang dipaparkan pada setiap chapternya.

Buku ini berisi tentang sembilan konsep dari setiap klasifikasi anak berkebutuhan khusus, mulai dari anak dengan gangguan penglihatan (*children with visual disability*) sampai anak dengan keistimewaan dan bakat khusus (*Gifted and talented Children*). Sembilan konsep ini akan memberikan pemahaman yang lebih rinci tentang anak berkebutuhan khusus untuk lebih mengetahui karakter, identifikasi hingga strategi pembelajaran yang dapat diterapkan baik pada pendidikan inklusi, pendidikan di sekolah luar biasa maupun sekolah yang memang khusus bagi anak berkebutuhan khusus.

Jakarta, Februari 2021

Tim Penulis

DAFTAR ISI

BAB I SISWA DENGAN HAMBATAN PENGLIHATAN <i>(Children With Visual Disability)</i>	1
BAB II SISWA DENGAN HAMBATAN PENDENGARAN <i>(Children With Hearing Disability)</i>	29
BAB III SISWA DENGAN HAMBATAN INTELEKTUAL <i>(Children With Intellectual Development Disability)</i>	47
BAB IV SISWA DENGAN HAMBATAN FISIK DAN HAMBATAN KESEHATAN (Children with Physical and Health Disabilities).....	77
BAB V SISWA DENGAN HAMBATAN KOMUNIKASI <i>(Children With Communication Disorders)</i>	121
BAB VI SISWA DENGAN HAMBATAN EMOSI DAN PERILAKU (<i>Children With Emotional dan Behavior Disorder</i>).....	165
BAB VII SISWA DENGAN KESULITAN BELAJAR <i>(Children with Learning Disabilities)</i>	185
BAB VIII SISWA DENGAN HAMBATAN <i>AUTISTIC SPECTRUM DISORDER</i> (ASD).....	211

**BAB IX SISWA DENGAN ATTENTION DEFICIT
HIPERACTIVITY DISORDER (ADHD).....233**

**BAB X SISWA GIFTED AND TALENTED (*Gifted and
Talented Children*).....267**

BAB I
SISWA DENGAN HAMBATAN PENGLIHATAN
(Children With Visual Disability)

Oleh: Uyu Muawwanah

A. Peristilahan dan Pengertian

Tunanetra adalah istilah umum untuk kehilangan penglihatan yang mempengaruhi pembelajaran di lingkungan sekolah. Secara hukum, definisi anak-anak tunanetra terbagi menjadi dua kelompok besar berdasarkan kemampuan mereka menggunakan indra penglihatan untuk belajar setelah koreksi maksimum. 1). Seorang anak tunanetra tidak dapat menggunakan penglihatan untuk belajar tetapi masih dapat tanggap terhadap terang dan gelap dan mungkin memiliki beberapa citra visual. 2). Anak-anak dengan gangguan penglihatan mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas-tugas visual, tetapi mereka dapat belajar melalui indra visual dengan menggunakan berbagai teknologi dan teknik pengajaran khusus (Kirk, *et al.*, 2009: 363). Perbedaan pendidikan utama adalah bahwa anak-anak tunanetra menggunakan indra peraba atau pendengaran sebagai saluran belajar utama mereka,

sedangkan anak-anak dengan gangguan penglihatan dapat, dengan bantuan, masih menggunakan indera visual sebagai jalan utama belajar mereka.

Dari segi bahasa kata tunanetra terdiri dari kata tuna dan netra. Dalam kamus lengkap Bahasa Indonesia kata tuna berarti. tidak memiliki, tidak punya, luka atau rusak. Sedangkan kata netra berarti penglihatan. Dengan demikian tunanetra berarti buta, tetapi buta belum tentu sama sekali gelap atau sama sekali tidak dapat melihat. Dalam literatur bahasa inggris istilah tunanetra juga disebut dengan “*Visual Impairment* (Kerusakan Penglihatan) atau “*Sight Loss* (Kehilangan Penglihatan)”. *Visual Impairment* didefinisikan sebagai suatu gangguan/hambatan/keterbatasan pada indera penglihatan, yang meskipun telah dibantu dengan alat tertentu (dikoreksi), kondisi ini tetap memberi pengaruh yang kurang baik terhadap proses dan hasil pendidikan penyandanganya. Istilah *visual impairment* ini mencakup tunanetra dan *low vision* (IDEA, dalam Heward 2017). Menurut Asep Supena (dalam Irawan. 2015) mengatakan bahwa tunanetra (*Visual Imprairment*) adalah “mereka yang mengalami gangguan hambatan penglihatan secara signifikan (berarti). Sehingga membutuhkan layanan pendidikan atau pembelajaran yang khusus”.

B. Klasifikasi

Tunanetra dapat diklasifikasi menjadi dua yaitu: buta total (*blind*) dan buta ringan (*low vision*). Kriteria pengklasifikasian tunanetra dapat dikelompokkan berdasarkan kemampuan melihat, Purwaka Hadi mengklasifikasikan anak tunanetra berdasarkan kemampuan penglihatannya terdapat kelompok buta (*blind*) dan *low vision*. Anak dengan kondisi tunanetra berat (*blind*), anak tunanetra dengan kondisi ini sudah tidak mempunyai sama sekali sisa penglihatan sehingga tidak bisa membedakan mana gelap dan mana terang. terdapat juga anak tunanetra yang masih mempunyai sisa penglihatan untuk membedakan terang dan gelap disebut anak dengan kondisi *residual vision*. Kelompok anak tunanetra kurang Penglihatan (*low vision*). Kondisi penglihatan anak *low vision* pun berbeda-beda, yaitu (1) *Light perception*, kondisi dimana anak hanya bisa membedakan terang dan gelap, (2) *Light projection*, mengetahui perubahan cahaya dan mengetahui arah sumber cahaya, (3) *Tunnel vision*, atau penglihatan pusat pengamatan terhadap objek yang terlihat hanyalah bagian tengah saja, (4) *Periferal* atau pengamatan samping, sehingga pengamatan terhadap benda hanya terlihat di bagian tepi, (5) Penglihatan bercak, bila melihat objek ada

bagian-bagian tertentu yang tidak terlihat. (Purwaka Hadi, 2002: 46-47).

1) Berdasarkan kemampuan daya penglihatan

- a. Tunanetra ringan (*defective vision/low vision*); yakni mereka yang memiliki hambatan dalam penglihatan akan tetapi mereka masih dapat mengikuti program-program pendidikan dan mampu melakukan pekerjaan/kegiatan yang menggunakan fungsi penglihatan.
- b. Tunanetra setengah berat (*partially sighted*); yakni mereka yang kehilangan sebagian daya penglihatan, hanya dengan menggunakan kaca pembesar mampu mengikuti pendidikan biasa atau mampu membaca tulisan yang bercetak tebal.
- c. Tunanetra berat (*totally blind*); yakni mereka yang sama sekali tidak dapat melihat.

2) Berdasarkan saat terjadinya ketunaan

- a. Tunanetra sebelum dan sejak lahir, kelompok ini terdiri dari orang yang mengalami ketunanetraan pada saat dalam kandungan atau sebelum usia satu tahun.
- b. Tunanetra batita, tunanetra batita yaitu orang yang mengalami ketunanetraan pada saat ia berusia dibawah tiga tahun.

- c. Tunanetra balita, tunanetra balita yaitu orang yang mengalami ketunanetraan pada saat ia berusia antara 3-5 tahun.
- d. Tunanetra pada usia sekolah, kelompok ini meliputi anak yang mengalami ketunanetraan pada usia anak 6 -12 tahun.
- e. Tunanetra remaja, tunanetra remaja adalah orang yang mengalami ketunanetraan pada saat usia remaja atau antara usia 13-19 tahun.
- f. Tunanetra dewasa, tunanetra dewasa yaitu orang yang mengalami ketunanetraan pada usia dewasa atau usia 19 tahun keatas.

3) Berdasarkan adaptasi pendidikan

Klasifikasi tunanetra ini tidak didasarkan pada hasil tes ketajaman tetapi didasarkan adaptasi/penyesuaian pendidikan khusus yang sangat penting dalam membantu mereka belajar atau diperlukan dalam menentukan pelayanan pendidikan yang sesuai dengan kemampuan penglihatannya. Klasifikasi ini dikemukakan oleh Kirk, yaitu sebagai berikut:

- a. Ketidakmampuan melihat taraf sedang

- b. Ketidakmampuan melihat taraf berat
- c. Ketidakmampuan melihat taraf sangat berat

C. Karakteristik Siswa Tuna Netra

Anak-anak tunanetra cenderung berkembang lebih lambat dibandingkan anak-anak tanpa disabilitas. Ada variasi yang luas dalam perkembangan anak tunanetra, dan dengan lingkungan fisik yang kaya dan dengan dorongan untuk mengambil risiko yang wajar, orang tua dapat meningkatkan keterampilan adaptif anak-anak mereka (Kirk, et al., 2009: 366). Anak-anak tunanetra kehilangan masa belajar dalam hidupnya. Anak tunanetra yang memiliki keterbatasan pengelihatannya tidak mudah untuk bergerak dalam interaksi dengan lingkungannya, kesulitan dalam menemukan mainan dan teman-temannya, serta mengalami kesulitan untuk meniru orang tuanya dalam kehidupan sehari-hari. Hal inilah yang dikhawatirkan akan memberikan dampak terhadap perkembangan, belajar, ketrampilan sosial, dan perilakunya.

1) Karakteristik Kognitif

Ketunanetraan secara langsung berpengaruh pada perkembangan dan belajar dalam hal yang bervariasi.

Lowenfield menggambarkan dampak kebutaan dan low vision terhadap perkembangan kognitif. Adapun identifikasi keterbatasan yang mendasar pada anak tunanetra ada dalam tiga area, antara lain: Tingkat dan keanekaragaman pengalaman. Keterbatasan pengalaman anak tunanetra dikarenakan pengaruh pengalih fungsian organ-organ yang masih normal lainnya. Seorang anak tunanetra lebih mengandalkan indra peraba dan pendengaran untuk membantunya berinteraksi dengan lingkungan luar, walaupun demikian hal tersebut tentu saja tidak bekerja secara maksimal layaknya indra penglihatan yang secara cepat dengan menyeluruh dalam memperoleh informasi, misalnya ukuran, warna dan hubungan ruang yang dapat dengan mudah diperoleh dengan indra penglihatan. Sehingga hal ini berpengaruh pada variasi dan jenis pengalaman anak yang membutuhkan strategidan kemampuan anak dalam memahami informasi tersebut.

Kemampuan untuk berpindah tempat Indera penglihatan yang normal memungkinkan individu untuk bergerak dengan leluasa dalam suatu lingkungan, tapi keterbatasan penglihatan sangat mempengaruhi kemampuan untuk bergerak (mobilitas) dalam kehidupan sehari-hari.

Keterbatasan tersebut menghalangi mereka untuk memperoleh pengalaman dan juga berpengaruh juga pada hubungan sosial lingkungan sekitar mereka. Kemampuan untuk bergerak pada anak tunanetra memerlukan pembelajaran yang mengakomodasi indera nonvisual dalam bergerak secara mandiri, sehingga anak tunanetra harus belajar bagaimana berjalan dengan aman dan efisien dalam suatu lingkungan dengan kemampuan orientasi dan mobilitas.

2) Karakteristik Akademik

Dampak ketunanetraan tidak hanya pada terhadap perkembangan kognitif, tetapi juga berpengaruh pada perkembangan keterampilan akademisnya, khususnya dalam bidang membaca dan menulis. Sebagai contoh, ketika seorang yang normal melakukan kegiatan membaca dan menulis mereka tidak perlu memperhatikan secara rinci bentuk huruf atau kata, tetapi bagi tunanetra hal tersebut tidak bisa dilakukan karena ada gangguan pada ketajaman pengelihatan. Kesulitan mereka dalam kegiatan membaca dan menulis biasanya sedikit mendapat pertolongan dengan mempergunakan berbagai alternatif media atau alat

membaca dan menulis, sesuai dengan kebutuhan masing-masing.

3) Karakteristik Sosial dan Emosional

Perilaku sosial secara tipikal dikembangkan melalui observasi kebiasaan dan kejadian sosial serta menirunya. Perbaikan biasanya dilakukan melalui penggunaan yang berulang-ulang dan bila diperlukan meminta masukan dari orang lain yang berkompeten. Karena tunanetra mempunyai keterbatasan dalam belajar melalui pengamatan dan menirukan, siswa tunanetra sering mempunyai kesulitan dalam melakukan perilaku sosial yang benar. Oleh sebab itu siswa tunanetra harus mendapatkan pembelajaran yang langsung dan sistematis dalam bidang pengembangan persahabatan, menjaga kontak mata atau orientasi wajah, penampilan postur tubuh yang baik mempergunakan gerakan tubuh dan ekspresi wajah dengan benar, mempergunakan tekanan dan alunan suara dengan baik, mengekspresikan perasaan, menyampaikan pesan yang tepat pada waktu melakukan komunikasi serta menggunakan alat bantu yang tepat.

4) Karakteristik Perilaku

Ketunanetraan itu sendiri tidak menimbulkan masalah atau penyimpangan perilaku pada diri anak, meskipun demikian hal tersebut berpengaruh pada perilakunya sebagai berikut: Rasa curiga terhadap orang lain tidak berfungsinya indera penglihatan berpengaruh terhadap penerimaan informasi visual saat berkomunikasi dan berinteraksi. Seorang anak tunanetra tidak memahami ekspresi wajah dari teman bicaranya atau hanya dapat melalui suara saja. Hal ini mempengaruhi saat teman bicaranya berbicara dengan orang lainnya secara berbisik-bisik atau kurang jelas, sehingga dapat mengakibatkan hilangnya rasa aman dan cepat curiga terhadap orang lain.

D. Faktor Penyebab

Berbagai macam kondisi dapat menyebabkan gangguan penglihatan yang serius pada anak-anak sejak lahir hingga usia 5 tahun. Penyebab potensial termasuk kondisi keturunan, penyakit menular, kanker, cedera, dan berbagai kondisi lingkungan. Penyebab sebenarnya dari gangguan tersebut bukanlah kepentingan utama guru, yang harus menangani konsekuensi fungsional dari gangguan tersebut; konsekuensi

fungsional tersebut akan tampak serupa dari satu kondisi ke kondisi lainnya. Jadi apakah penyebabnya adalah infeksi atau kondisi keturunan, guru menghadapi masalah penglihatan terbatas yang serupa.

Faktor Penyebab utama lain dari gangguan penglihatan adalah retinopati prematuritas (sebelumnya disebut fibroplasia retrolental). Gangguan ini diyakini secara luas disebabkan oleh pemberian oksigen yang berlebihan pada bayi prematur dalam upaya menyelamatkan nyawa seorang anak yang terancam kondisi lain. Namun, kondisinya tampaknya lebih rumit. Misalnya, tampaknya dikaitkan dengan berat badan lahir rendah juga. Karena proyeksi masa depan memprediksi bahwa lebih banyak anak akan memiliki beberapa disabilitas, kemungkinan lebih banyak anak akan mengalami masalah visual. Anak-anak ini perlu dididik, dan kondisi mereka mungkin diperumit oleh berbagai masalah lain (Kirk, et al., 2009: 365). Penyebab terjadinya tunanetra pada dasarnya sangat beraneka ragam, baik itu dari pre-natal (sebelum kelahiran) dan postnatal (setelah kelahiran).

1) Prenatal

Faktor penyebab ketunanetraan pada masa prenatal sangat erat hubungannya dengan masalah keturunan dan pertumbuhan seorang anak dalam kandungan, antara lain:

- a. Keturunan Ketunanetraan yang disebabkan oleh faktor keturunan terjadi dari hasil perkawinan bersaudara, sesama tunanetra atau mempunyai orang tua yang tunanetra. Ketunanetraan akibat faktor keturunan antara lain Retinitis Pigmentosa, penyakit pada retina yang umumnya merupakan keturunan. Penyakit ini sedikit demi sedikit menyebabkan mundur atau memburuknya retina. Gejala pertama biasanya sukar melihat di malam hari, diikuti dengan hilangnya penglihatan perifer, dan sedikit saja penglihatan pusat yang tertinggal.
- b. Pertumbuhan anak dalam kandungan. Ketunanetraan yang disebabkan karena proses pertumbuhan dalam kandungan dapat disebabkan oleh: 1) Gangguan waktu ibu hamil. 2) Penyakit menahun seperti TBC, sehingga merusak sel-sel darah tertentu selama pertumbuhan janin dalam kandungan. 3) Infeksi atau luka yang dialami oleh ibu hamil akibat terkena rubella atau cacar air, dapat menyebabkan kerusakan pada mata, telinga, jantung dan

sistem susunan berkembang. 4) Infeksi karena penyakit kotor, toxoplasmosis, trachoma dan tumor. Tumor dapat terjadi pada otak yang berhubungan dengan indera penglihatan atau pada bola mata itu sendiri. 5) Kurangnya vitamin tertentu, dapat menyebabkan gangguan pada mata sehingga hilangnya fungsi penglihatan.

2) Postnatal

Penyebab ketunanetraan yang terjadi pada masa post-natal dapat terjadi sejak atau setelah bayi lahir antara lain :

- a) Kerusakan pada mata atau saraf mata pada waktu persalinan, akibat benturan alat-alat atau benda keras.
- b) Pada waktu persalinan, ibu mengalami penyakit gonorrhoe, sehingga baksil gonorrhoe menular pada bayi, yang pada akhirnya setelah bayi lahir mengalami sakit dan berakibat hilangnya daya penglihatan.
- c) Mengalami penyakit mata yang menyebabkan ketunanetraan, misalnya:
 - a. Xerophthalmia yakni penyakit mata karena kekurangan vitamin A.
 - b. Trachoma; yaitu penyakit mata karena virus chilimidezoo trachomanis.

- c. Catarac; yaitu penyakit mata yang menyerang bola mata sehingga lensa mata menjadi keruh, akibatnya terlihat dari luar mata menjadi putih.
- d. Glaucoma; yaitu penyakit mata karena bertambahnya cairan dalam bola mata, sehingga tekanan pada bola mata meningkat.
- e. Diabetik Retinopathy; adalah gangguan pada retina yang disebabkan karena diabetis. Retina penuh dengan pembuluh- pembuluh darah dan dapat dipengaruhi oleh kerusakan sistem sirkulasi hingga merusak penglihatan.
- f. Macular Degeneration; adalah kondisi umum yang agak baik, dimana daerah tengah dari retina secara berangsur memburuk. Anak dengan retina degenerasi masih memiliki penglihatan perifer akan tetapi kehilangan kemampuan untuk melihat secara jelas objek-objek di bagian tengah bidang penglihatan.
- g. Retinopathy of prematurity; biasanya anak yang mengalami ini karena lahirnya terlalu prematur. Pada saat lahir masih memiliki potensi penglihatan yang normal. Bayi yang dilahirkan prematur biasanya ditempatkan pada inkubator yang berisi oksigen dengan kadar tinggi, sehingga pada saat bayi dikeluarkan dari

inkubator terjadi perubahan kadar oksigen yang dapat menyebabkan pertumbuhan pembuluh darah menjadi tidak normal dan meninggalkan semacam bekas luka pada jaringan mata. Peristiwa ini sering menimbulkan kerusakan pada selaput jala (retina) dan tunanetra total. Kerusakan mata yang disebabkan terjadinya kecelakaan, seperti masuknya benda keras atau tajam, cairan kimia yang berbahaya, kecelakaan dari kendaraan, dll.

E. Prevalensi

Data dari *World Health Organization* (WHO, 2010) menyatakan jumlah penyandang tunanetra di dunia mencapai 285.389.000 orang dari total populasi 6.737.500.000 orang. Di wilayah Asia Tenggara terdapat 27.913.000 penyandang tunanetra dari keseluruhan populasi 579.100.000 orang. Berdasarkan data tersebut, Asia Tenggara merupakan wilayah dengan jumlah penyandang tunanetra terbanyak keempat di dunia. Di Asia Tenggara sendiri, angka kebutaan tertinggi dipegang oleh Bangladesh dengan prevalensi 1.6% dan diikuti India (1%), sedangkan Indonesia berada pada posisi yang ketiga se-Asia Tenggara dengan prevalensi 0.9% (IAPB South East Asia Region Eye Health Study Group, 2017). Jumlah tersebut

cukup jauh lebih tinggi dari negara lain seperti Thailand (0.59%), Myanmar (0.58%), Nepal (0.35%) dan Bhutan (0.33%).

Menurut estimasi Kementerian Kesehatan RI, jumlah tunanetra di Indonesia adalah 1,5 % dari seluruh penduduk. Jika saat ini penduduk Indonesia berjumlah 250 juta, berarti, sekurang-kurangnya saat ini ada 3,750,000 tunanetra, baik kategori buta maupun lemah penglihatan. Ini bukan jumlah yang sedikit. Menurut sensus penduduk tahun 2010, jumlah penduduk usia sekolah adalah 40 % dari keseluruhan jumlah penduduk. Ini berarti, 40 % dari 3,750,000 tunanetra di Indonesia adalah tunanetra usia sekolah – 6 – 18 tahun. Menurut Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan pada September 2016, jumlah anak Penyandang disabilitas usia sekolah yang bersekolah baru 12 %, – ini tentu juga termasuk anak-anak tunanetra. Jumlah ini tentu bukan menggembirakan. Di bidang tenaga kerja, Pertuni memperkirakan sekurang-kurangnya 80 % dari tunanetra usia dewasa yang bekerja masih bekerja sebagai pemijat tradisional dengan income yang rata-rata masih rendah. Sebagai dampaknya, sebagian besar mereka masih berada di garis

kemiskinan, yang selalu bergantung pada pemberian pihak lain, termasuk bantuan sosial dari pemerintah.

Persatuan tunanetra Indonesia (Pertuni) yang merupakan organisasi kemasyarakatan tunanetra tingkat nasional, di usianya ke 51 tahun, telah memiliki kepengurusan di 33 propinsi dan 210 kabupaten/kota. Sejak awal pendirian hingga kini, Pertuni terus meningkatkan kegiatan-kegiatan pemberdayaan tunanetra, sehingga tunanetra tumbuh menjadi manusia yang cerdas, mandiri, dan dapat berkarya di masyarakat secara inklusif bersama mereka yang tidak tunanetra.

F. Cara Identifikasi/Diagnosis

Kebanyakan anak tunanetra berat diidentifikasi oleh orang tua dan dokter jauh sebelum mereka masuk sekolah. Pengecualian paling umum adalah anak-anak penyandang disabilitas ganda. Ada kemungkinan untuk kondisi lain misalnya, cerebral palsy atau autisme untuk menutupi gangguan penglihatan. Kunci untuk mengidentifikasi adalah pemeriksaan yang komprehensif. Banyak dari komponen ini tidak memerlukan pengujian formal, hanya pengamatan terhadap orang-orang di sekitar anak. Misalnya, keluarga dapat sangat membantu dalam menentukan apakah seorang anak telah

menguasai keterampilan hidup fungsional. Dan guru kelas adalah sumber informasi yang baik tentang perkembangan sosial dan emosional anak. Sebagian besar negara bagian memerlukan pemeriksaan penglihatan prasekolah, yang mengidentifikasi anak-anak dengan masalah penglihatan sedang (Kirk, *et al.*, 2009: 376). Jelas, identifikasi awal memungkinkan kami untuk memperluas pengalaman tersebut bagi anak dengan disabilitas visual melalui program koreksi maksimum dan prasekolah. Istilah asesmen menggambarkan proses yang harus terjadi sebelum siswa yang diduga cacat menerima layanan pendidikan khusus. Empat langkah khusus diambil dalam penilaian: penyaringan, kelayakan, perencanaan instruksional, dan evaluasi kemajuan (Lewis & Russo, 1998).

Gangguan penglihatan tidak hanya terjadi pada orang dewasa, bahkan anak-anak yang masih kecil pun bisa mengalami masalah penglihatan, misalnya mata silinder atau mata minus. Mengatasi gangguan penglihatan pada anak ini biasanya dokter mata menyarankan Si Kecil untuk menggunakan kacamata. Namun jika gangguan penglihatan pada anak masih dalam kategori cukup ringan, terkadang dokter tidak memberikan perawatan apapun. Biasanya gangguan mata pada anak ini terjadi karena gaya hidup Si Kecil yang tidak

sehat, misalnya terlalu sering menatap layar atau terlalu sering menggunakan gadget.

G. Penyebab Gangguan Penglihatan pada Anak

Ketika anak menginjak usia 3-6 tahun, kemampuan visual dan penglihatannya sudah jauh berkembang ketimbang masa-masa di usia sebelumnya. Usia inilah mereka mulai piawai mengintegrasikan gerakan tubuh dan penglihatan. Ada banyak aktivitas yang memerlukan kejelian mereka dalam melihat, mulai dari belajar menulis hingga aktivitas motorik kasar. Dalam kaitannya dengan mata silinder pada anak, hal ini cukup umum terjadi. Mata silinder atau mata minus pada anak terjadi karena perubahan kelengkungan kornea mata. Konsekuensinya, penglihatan anak akan kabur karena cahaya yang masuk ke mata tidak fokus ke retina kemudian mengakibatkan pandangan buram. Penyebab mata silinder pada anak tidak selalu karena gaya hidup. Bisa saja anak memang memiliki bentuk lensa mata yang berbeda sejak lahir. Artinya, ada faktor genetik yang berpengaruh di sini. Faktor lain yang bisa menyebabkan mata minus pada anak adalah operasi mata hingga cedera pada mata.

H. Tanda-tanda Gangguan Penglihatan pada Anak

Anak bisa saja mengalami mata silinder sejak lahir. Namun, biasanya hal ini tidak diketahui sampai mereka melakukan tes mata. Para orangtua perlu ingat bahwa tes kesehatan mata ini sangatlah penting agar kondisi mata minus atau mata silinder pada anak segera terdeteksi. Beberapa tanda-tanda anak yang mengalami mata silinder, antara lain:

- a. Sering mengucek mata meskipun tidak mengantuk
- b. Mata terlihat berair
- c. Memiringkan kepala saat melihat sesuatu
- d. Menutup sebelah mata untuk bisa melihat dengan lebih fokus
- e. Menghindari aktivitas yang memerlukan fokus penglihatan
- f. Mengeluh mata lelah hingga sakit kepala.

Jika anak menunjukkan tanda-tanda tersebut, segera periksakan mata anak ke dokter mata.

I. Mengatasi Gangguan Penglihatan pada Anak

Ketika hasil tes kesehatan mata menunjukkan ada gangguan seperti mata minus atau mata silinder, dokter biasanya akan menyarankan anak menggunakan kacamata. Namun jika mata silinder atau mata minus pada anak masih cukup ringan, kadang

dokter tidak memberikan perawatan apapun. Selain menggunakan kacamata dengan resep khusus, ada juga yang memilih pengobatan dengan metode operasi laser. Namun tentu pertimbangan untuk melakukan operasi ini harus benar-benar matang.

J. Cara Mencegah Gangguan Penglihatan pada Anak

Penyebab mata silinder pada anak bisa saja dicegah selama bukan bawaan lahir atau faktor keturunan. Tentu saja hal ini berkaitan dengan gaya hidup. Untuk itu, orang tua bisa mengupayakan untuk mencegah mata silinder dengan cara:

1) Rutin Periksa Mata

Memeriksa kesehatan mata seharusnya menjadi hal yang memang dijadwalkan secara berkala. Akan lebih baik jika pemeriksaan tidak harus menunggu anak mengeluh soal penglihatannya. Dengan rutin memeriksa mata anak, maka gangguan apapun bisa terdeteksi dengan mudah.

2) Melatih Penglihatan Anak

Aktivitas yang menuntut penglihatan anak melihat dari jarak dekat dan jarak jauh juga bisa melatih penglihatan mereka. Anak-anak yang masih kecil masih berada dalam fase mengenali stimulus yang ada di sekitar mereka. Sebisa

mungkin, ajak anak untuk beraktivitas di luar ruangan dan melihat objek jarak jauh. Di sisi lain, melibatkan anak dalam aktivitas yang memerlukan penglihatan jarak dekat seperti menggambar atau menulis juga bisa jadi pilihan.

3) Konsumsi Sayur dan Buah-buahan

Tidak ada salahnya membiasakan anak mengonsumsi sayur dan buah-buahan berwarna hijau atau kekuningan. Jenis sayur dan buah seperti wortel, citrus, berry, hingga sayuran hijau juga pasti bermanfaat bagi kesehatan mereka.

4) Batasi Penggunaan Gadget

Memang frekuensi *screen time* tidak selalu menjadi faktor utama penyebab mata silinder pada anak. Namun tidak ada salahnya membatasi *screen time* agar mata tidak lelah terus menerus digunakan untuk melihat visual bergerak dan terpapar sinar dari layar. Ketika dokter mata mendiagnosis anak mengalami mata silinder atau mata minus, berikan motivasi untuk memakai kacamata. Cara sederhana seperti mengajak mereka memilih sendiri *frame* kacamata bisa jadi langkah efektif. Selain itu, tugas orangtua adalah meyakinkan anak bahwa memakai kacamata sangatlah bermanfaat bagi mereka. Berikan contoh dengan detail apa keuntungan yang bisa mereka rasakan dengan

memakai kacamata. Misalnya, mereka bisa bermain sepeda dengan lebih lincah ketika sudah memakai kacamata. Tak ketinggalan, jangan ajak anak memeriksakan kesehatan mata ke dokter ketika *mood* mereka kurang baik. Jadikan momen bertemu dokter mata menjadi hal yang menyenangkan baginya, bukannya tuntutan yang menjemukan. Nah, itulah beberapa informasi mengenai gangguan penglihatan pada anak yang perlu Moms ketahui. Lebih baik mencegah daripada mengobati kan Moms?

K. Strategi Pembelajaran

Pendidik yang mengajar siswa tunanetra harus membantu siswanya mendapatkan informasi sebanyak mungkin melalui indra non visual (Chen, dalam Heward 2017). Beberapa bentuk pendekatan pendidikan untuk anak tunanetra yang dilakukan melalui indra non visual diantaranya yaitu : (1) Braille, merupakan sistem taktil dalam membaca dan menulis di mana huruf, kata, angka, dan sistem lain dibuat dari pengaturan titik-titik; (2) *Tactile Aids and Manipulative*, alat yang efektif untuk mengajar mulai keterampilan matematika; (3) *Technological Aids for Reading Print*, yaitu perangkat lunak yang mengubah teks cetak atau elektronik menjadi kata-kata yang diucapkan dan

(4) teknologi asistif, yakni teknologi yang menyediakan komputer dengan fungsi dapat memperbesar gambar layar, memungkinkan pengguna untuk memberi perintah pada komputer melalui pesan suara serta mengubah file teks menjadi ucapan yang disintesis; (5) tongkat pemandu (6) anjing pemandu; dan (7) Alat Bantu Perjalanan Elektronik, yakni alat bantu perjalanan elektronik yang memfasilitasi orientasi dan mobilitas individu dengan gangguan penglihatan (Heward, 2017).

Siswa *low vision* dalam proses pembelajarannya tidak perlu dibatasi pada indra nonvisual dan mereka umumnya dapat belajar membaca cetak. Beberapa pendekatan pembelajaran untuk *low vision* diantaranya: (1) efisiensi visual, yang meliputi keterampilan menyadari secara visual keberadaan objek atau gerakan, membedakan dan mengurutkan, memperbaiki atau menemukan, mengalihkan pandangan dan melacak obyek; (2) penggunaan alat optik yang sesuai berdasarkan pemeriksaan profesional; (3) penggunaan tiga pendekatan dasar untuk membaca cetak : (a) pendekatan (mengurangi jarak antara mata dan halaman hasil cetak, (b) perangkat optik, dan (c) memperbesar ukuran huruf yang dicetak; dan (4) adaptasi kelas, misalnya dengan pencahayaan ruangan yang tepat, meja yang

dapat disesuaikan posisi anak sehingga dapat membaca dengan jarak dekat tanpa harus membungkuk (Heward, 2017).

Selain keterampilan komunikasi dan sensorik, keterampilan penglihatan fungsional, dan teknologi bantu, kurikulum inti perlu diperluas untuk siswa dengan gangguan penglihatan termasuk orientasi dan mobilitas, keterampilan mendengarkan, keterampilan interaksi sosial, keterampilan hidup mandiri, dan pendidikan karir (Allman, dalam Heward 2017). Perla (dalam Heward, 2017) menekankan pentingnya mengajar siswa untuk menanggapi hambatan orientasi dan mobilitas agar anak dengan tidak harus bergantung pada orang lain setiap kali diri mereka berada di lingkungan baru. Selain itu, keterampilan mendengarkan merupakan komponen penting dari program pendidikan setiap anak dengan gangguan penglihatan. Keterampilan ini meliputi kemampuan menyadari suara, membedakan suara, mengidentifikasi sumber suara, dan memberikan makna pada suara (Ferrel, dalam Heward 2017).

Penggunaan kemampuan mendengar dan indra peraba secara bersama-sama dapat membantu anak dengan untuk terhubung dan memahami lingkungan mereka. Terkait dengan keterampilan hidup mandiri, Jagung (dalam Heward,2017) menyatakan bahwa pengajaran khusus dan dukungan yang

berkelanjutan harus diberikan untuk memastikan bahwa siswa dengan gangguan penglihatan memperoleh keterampilan seperti memasak, kebersihan pribadi dan perawatan, manajemen keuangan, dan transportasi yang diperlukan untuk masa dewasa yang mandiri dan menyenangkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asep Supena (2012). *Model Pendidikan Inklusi Untuk Siswa Tunanetra*. JURNAL PENDIDIKAN LUAR BIASA, APRIL 2012, VOLUME 08 NOMOR 1; 25-50.
- Brian A, Pennell A, Haibach-Beach P, Foley J, Taunton S, Lieberman LJ, Correlates of physical activity among children with visual impairments, *Disability and Health Journal* (2018), doi: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.10.007>.
- Cahya, Laili S. 2013. *Buku Anak untuk ABK*. Yogyakarta: Familia.
- Darma Kusuma (2018). *Strategi Pembeajaran Membaca Braille Permulaan Bagi Peserta Didik Tunanetra (Studi Deskriptif di Kelas I SLB-A Pembina Tingkat Nasional Jakarta)*, Jurnal Pendidikan Inklusi Volume 1 Nomor 2 Tahun 2018 Halaman: 154-160 e-ISSN: 2580-980.

- Hallahan, D.P., Kauffman, J. & Pullen, P.C. (2006). *Exceptional learners: An introduction to special education*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Heward, W.L.(2017). *Exceptional Children: An Introduction to Special Education 8th Edition*. New Jersey: Merrill Prentice Hall - Pearson Education, Inc.
- Hidayat dan Suwandi. 2013. *Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus Tunanetra*. Jakarta: Luxima Metro Indah.
- Iwan Irawan (2015). *Implementasi Pendidikan Bagi Siswa Tunanetra Di Sekolah Dasar Inklusi*. Edukasi Islami Jurnal Pendidikan Islam Vol. 04, Juli 2015
- Kirk, Gallagher, Coleman, Anastasiow (2009). *Introduction to exceptional child*. USA: Sage Publication Inc.
- Lamichhane, K. 2015. “*Disability and Barriers to Education*” *In Disability, Education and Employment in Developing Countries: From Charity to Investment*, 212–219. Cambridge: Cambridge University Press.
- Luis Columna, Suzanna Rocco Dillon, Michelle Dolphin, Denzil A. Streete, Samuel R. Hodge, Beth Myers, Michael L. Norris, Lindsay McCabe, Tiago V. Barreira & Kevin S. Heffernan (2017): *Physical activity participation among families of children with visual impairments and*

blindness, Disability and Rehabilitation, DOI:
10.1080/09638288.2017.1390698

Rainey, L., Elsman, E. B. M., van Nispen, R. M. A., van Leeuwen, L. M., & van Rens, G. H. M. B. (2016). *Comprehending The Impact Of Low Vision On The Lives Of Children And Adolescents: A Qualitative Approach. Quality of Life Research*, 25(10), 2633-2643.

Rike Fiqriyah (2019). *Implementasi Pembelajaran Shalat Bagi Anak Tunanetra di SLB-A Pembina Tingkat Nasional Jakarta*. Skripsi Jurusan Pendidikan Agama Islam Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

UNESCO. 2015. "World Education Forum 2015." Accessed December 7, 2015. <http://en.unesco.org/world-educationforum-2015/incheon-declaration>.

Webster, A. & Roe, J. (1998) . *Children with visual impairment: Social interaction, language and learning*. New York: Routledge.

BAB II

SISWA DENGAN HAMBATAN PENDENGARAN

(Children With Hearing Disability)

Oleh: Ricka Tesi Muskania

A. Pengertian Tunarungu

Anak yang memiliki gangguan pendengaran secara umum terlambat dalam bahasa, memerlukan komunikasi alternatif, sulit dalam berartikulasi, mengalami masalah suara dan memiliki keterbatasan dalam berkata-kata (Kirk et al., 2009). Lebih lanjut UU Pendidikan Individu dan Disabilitas (IDEA, 2004) menjelaskan bahwa ketulian sebagai gangguan pendengaran yang cukup parah sehingga anak tidak dapat memproses informasi linguistik melalui pendengarannya, bahkan dengan menggunakan alat bantu dengar dan dapat bersifat permanen.

B. Klasifikasi Tunarungu

Secara umum, gangguan pendengaran terbagi menjadi 3 yaitu ketulian (*deafness*), gangguan pendengaran berat (*hard of hearing*), dan gangguan pemrosesan pada sentral pendengaran

(*central Audiotory*). Klafifikasi derajat kehilangan pendengaran sebagai berikut.

Tabel

1

Derajat Kehilangan Pendengaran

Derajat Kehilangan Pendengaran (dB)	Kategori Gangguan Pendengaran
15 – 20	Kecil (<i>Slight hearing loss</i>)
20 – 40	Ringan (<i>Mild hearing loss</i>)
40 - 60	Sedang (<i>Moderate hearing loss</i>)
60 -80	Berat (<i>Severe hearing loss</i>)
> 80	Lebih Berat (<i>Profound hearing loss</i>)

Sumber: Kirk, *et al.*, (2009)

Klasifikasi kehilangan pendengaran berdasarkan berdasarkan struktur dan fungsi telinga dapat diklasifikasikan menjadi empat kategori (Eggermont, 2017): kehilangan konduktif, kehilangan sensorineural, kehilangan pendengaran campuran, dan kehilangan proses pendengaran sentral. Kehilangan pendengaran konduktif bersifat sementara dan seringkali dapat diperbaiki dengan pembedahan atau pengobatan, tetapi anak juga akan membutuhkan dukungan

pendidikan untuk membantunya dengan perkembangan bahasa dan mungkin membutuhkan dukungan bicara-bahasa untuk membantu mengatasi masalah artikulasi. Kehilangan pendengaran sensorineural disebabkan oleh kerusakan pada telinga bagian dalam (koklea) atau saraf pendengaran, terutama pada rambut sensorik halus di telinga bagian dalam atau pada saraf yang menyuplai mereka. Kehilangan pendengaran sensorineural mempengaruhi kemampuan mendengar suara samar dan kemampuan mendengar dengan jelas, dan ini dapat membuat pemahaman suara yang diucapkan menjadi sulit. Kehilangan pendengaran ini dapat disebabkan oleh sindrom genetik, penyakit, cedera, atau paparan suara keras (Salvia et al., 2010). Gangguan pendengaran campuran disebabkan oleh masalah di telinga luar, serta di telinga tengah atau dalam, yang menggabungkan kesulitan konduktif dan sensorineural.

Klasifikasi gangguan pendengaran berdasarkan usia dapat dikategorikan menjadi dua yaitu: gangguan pendengaran prelinguistik, merupakan gangguan pada pendengaran yang terjadi sebelum bahasa anak berkembang dan gangguan pendengaran postlinguistik, terjadi setelah anak menguasai beberapa cara bicara dan bahasa.

C. Karakteristik Tunarungu

Pada pendidikan umum, anak dengan gangguan pendengaran dapat dikenali dengan karakteristik berikut.

1. Memiliki masalah fisik yang berhubungan dengan telinga seperti keluhan sakit telinga, ketidaknyamanan di telinga atau dering aneh yang sering didengar siswa. Guru juga harus lebih waspada terhadap keluhan keluarnya cairan dari telinga atau penumpukan kotoran telinga. Anak yang sering masuk angin dan sakit tenggorokan merupakan indikator infeksi yang dapat mengganggu pendengaran.
2. Anak mengartikulasikan suara dengan buruk (terutama menghilangkan suara konsonan). Kehilangan bunyi konsonan merupakan indikator gangguan pendengaran frekuensi tinggi.
3. Ketika mendengar rekaman, radio atau televisi, siswa meminta menaikkan volume sehingga siswa lain mengeluh.
4. Memiringkan kepala atau menoleh ke arah pembicara agar dapat mendengar dengan baik
5. Sering meminta kalimat/informasi yang baru saja disampaikan untuk diulang (berkata “Hah?”)

6. Siswa tidak responsif saat diajak bicara dengan suara normal (tidak mengikuti instruksi)
7. Siswa enggan berpartisipasi dalam kegiatan lisan.

D. Faktor Penyebab Kehilangan Pendengaran

Faktor penyebab kehilangan pendengaran dapat disebabkan oleh faktor genetik yang merupakan faktor terbesar penyebab kehilangan pendengaran, faktor lingkungan dan faktor lainnya yang secara rinci dijabarkan sebagai berikut.

Tingkat Kehilangan (dB)	Kategori	Penyebab	Suara yang terdengar
15 – 20	Kecil (<i>Slight hearing loss</i>)	Penumpukan cairan di telinga bagian tengah karena infeksi; kerusakan telinga karena cedera, penyakit, atau paparan kebisingan.	Jelas mendengar suara, tapi ketinggalan konsonan yang tak bersuara.

20 – 40	Ringan (<i>Mild hearing loss</i>)	Paparasi pranatal terhadap infeksi virus (rubella, cythomegalo virus, herpes, dll). Kerusakan melalui penyakit telinga, cedera ataupun kebisingan.	Hanya dapat mendengar dengan suara yang lebih keras.
40 – 60	Sedang (<i>Moderate hearing loss</i>)	Anomali telinga tengah, kerusakan sensorineural, paparan infeksi pada masa prenatal, faktor genetik dan kerusakan melalui penyakit	Kehilangan sebagian besar kata-kata dalam percakapan normal

		telinga, cedera ataupun kebisingan.	
60 – 80	Berat (<i>Severe hearing loss</i>)	Anomali telinga bagian tengah, kerusakan sensorineural, paparan infeksi dimasa prenatal, faktor genetik, dan kerusakan melalui penyakit telinga, cedera ataupun kebisingan.	Tidak mendengar kata-kata yang diucapkan saat percakapan normal.
> 80	Lebih Berat (<i>Profound hearing loss</i>)	Sama seperti <i>severe hearing loss</i>	Tidak mendengar percakapan dan suara lainnya.

(Kirk et al., 2009)

E. Prevalensi Anak Tunarungu

Bayi yang lahir dengan bawaan gangguan pendengaran diperkirakan 3 dari 1000 bayi yang dilahirkan dengan gangguan pendengaran ringan hingga berat. Selama tahun 2000 – 2001 terdaftar sebanyak 70.767 anak sebagai peserta didik tunarungu/tuli. *Better Hearing Institute* (2008) memberikan prediksi jumlah generasi dengan gangguan pendengaran sebagai berikut.

1. Tiga dari 10 orang yang berusia lebih dari 60 tahun
2. Satu dari 6 orang yang usia 41 sampai 59 tahun
3. Satu dari 14 orang yang berusia 29 sampai 40 tahun
4. Sekitar 1,4 juta anak-anak dan orang dewasa yang berusia dibawah usia 18 tahun.

Berdasarkan data WHO pada bulan Maret 2020 diperoleh data sekitar 5% dari populasi dunia mengalami gangguan pendengaran. Jumlah penderita gangguan pendengaran ini terdiri dari 432 juta dewasa dan 34 juta anak-anak. Jumlah ini diprediksi dapat mencapai 900 juta pada tahun 2050. Mayoritas orang yang mengalami gangguan pendengaran berada pada negara dengan pendapatan menengah ke bawah. Sekitar 180 juta penyandang tunarungu berasal dari Asia Tenggara. Besarnya populasi dunia yang

mengalami gangguan pendengaran maka pada tanggal 23 September diperingati sebagai Hari Tuli Internasional.

Data dari Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2019 diketahui bahwa jumlah penderita tunarungu sebesar 7,03% dari penyandang disabilitas di Indonesia. prevalensi terendah gangguan pendengaran untuk usia lebih atau sama dengan 5 tahun di provinsi DKI Jakarta dan Banten. Sedangkan prevalensi tertinggi dari Provinsi NTT dan Lampung dengan jumlah 2.6% dari jumlah penduduk. Anak dengan gangguan pendengaran 0,11% dari seluruh jumlah anak yang ada di Indonesia (Kemenkes, 2019).

F. Cara Identifikasi Tunarungu

Skrinning sejak bayi diperlukan untuk mengetahui keterbatasan yang dimiliki oleh anak serta dapat memberikan dukungan khusus untuk tumbuh kembangnya (Fitzpatrick et al., 2007; Granberg et al., 2014). Cara mengidentifikasi anak dengan gangguan pendengaran terbagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut.

1. Auditory Brainstem Response (Otoacoustic Emission)

Pengukuran kehilangan pendengaran pada bayi, kita harus menentukan apakah telinga berfungsi dengan baik dan apakah otak menerima sinyal suara; respon batang otak auditori (*emisi otoacoustic*) metode yang biasa disukai saat ini untuk mengevaluasi kehilangan pendengaran. Di telinga anak, ketika suara klik dimainkan ke telinga, gema dihasilkan. Gema ini terjadi karena saat suara bergerak melalui saluran telinga ke telinga tengah, mereka merangsang ribuan sel rambut, menyebabkannya bergetar. Dengan menggunakan mikrofon kecil yang ditempatkan di telinga anak, dimungkinkan untuk menerima dan merekam gema ini. Jika tidak ada gema yang diterima, evaluasi lebih lanjut diindikasikan.

2. Bone - Conductor Test

Tes konduktor tulang adalah cara kedua untuk menilai pendengaran pada bayi dan anak prasekolah di bawah usia 3 tahun. Tes ini mengukur pergerakan suara melalui tulang dan sistem pendengaran ke otak, melewati

telinga. Penerimaan suara ini di otak (pengenalan batang otak auditori) dicatat pada grafik yang memetakan respons otak dalam getaran (Salvia et al., 2010). Dengan membandingkan respon anak terhadap respon populasi orang yang mendengar, audiolog dapat memastikan kemampuan atau kehilangan pendengaran. Tes konduktor tulang tidak boleh dilakukan di lingkungan sekolah, karena diperlukan lingkungan khusus.

3. Play Audiometri

Bermain audiometri dapat digunakan dengan anak-anak yang sangat kecil untuk menilai kemampuan mendengar mereka. Pengujian dilakukan di lingkungan yang menyenangkan dengan mainan yang bergerak dan mengeluarkan suara. Mainan tersebut digunakan untuk mendapatkan respons, seperti mata berkedip dan perubahan pernapasan atau detak jantung (detak jantung yang lebih lambat menunjukkan perhatian). Anak tersebut dibawa ke sebuah ruangan dengan pengasuhnya. Seorang pemeriksa mengalihkan perhatian anak dengan mainan yang menarik. Suara disalurkan ke dalam ruangan. Perubahan suara menunjukkan bahwa

tirai akan diangkat untuk menampilkan mainan yang lebih menarik. Anak itu tidak diberitahu bahwa ini akan terjadi. Anak-anak tanpa gangguan pendengaran mendengar perubahan suara dan menoleh untuk melihat mainan yang tersembunyi sebelum tirai diangkat untuk menampakkannya. Jika anak tidak berbalik saat suara diubah, diduga ada gangguan pendengaran. Penilaian pendengaran yang paling sering digunakan adalah audiometri nada murni. Audiometri nada murni dapat digunakan dengan anak-anak berusia sekitar 3 tahun ke atas. Audiometer — instrumen untuk menguji ketajaman pendengaran — menampilkan nada murni (bukan ucapan) kepada individu, yang menerima nada tersebut di headset (Salvia et al., 2010). Audiometer menyajikan berbagai suara dan mengukur frekuensi (getaran) dan intensitas (nada) di mana individu dapat mendengar suara tersebut. Individu yang diuji merespons suara dengan mengangkat tangannya (atau berbicara ke mikrofon) jika dia dapat mendengar nadanya. Tanggapan ini dicatat dalam grafik yang disebut audiogram. Dari pemeriksaan hasil, audiolog dapat menentukan derajat dan kisaran gangguan pendengaran.

G. Strategi Pembelajaran Bagi Anak Tunarungu

Dalam proses pembelajaran anak tunarungu memerlukan perhatian diantaranya (Gunawan, 2016; Kelly et al., 2020):

1. Tidak mengajak anak untuk berbicara dengan membelakangi.
2. Anak ditempatkan di paling depan, sehingga dapat membaca artikulasi bibir guru.
3. Perhatikan postur anak yang sering memiringkan kepala untuk mendengar.
4. Dorong anak untuk selalu memperhatikan wajah guru.
5. Bicara dengan anak pada posisi berhadapan, dan jika memungkinkan posisi kepala guru sejajar dengan kepala anak.
6. Guru bicara dengan volume biasa tetapi dengan gerakan bibir yang jelas.

Anak dengan gangguan pendengaran memerlukan program pendidikan individual (IEP) dengan model RTI yang disediakan dengan tiga tingkatan yaitu tingkat I, tingkat II, dan tingkat III.

Tingkat I, kelas pendidikan untuk sebagian besar harinya dan ikut serta dalam aktivitas sehari-hari. Pada tingkat ini anak didampingi oleh seorang penterjemah untuk

membantu anak dalam memahami apa yang dikatakan oleh gurunya. Kegiatan diskusi dibuat dengan strategi *stop and think*. Dengan prosedur peserta didik menghitung satu sampai lima sebelum mereka mengangkat tangan untuk menjawab pertanyaan. Strategi ini memberikan kesempatan bagi anak dengan gangguan pendengaran untuk memahami materi dari penterjemah dan kemudian aktif dalam diskusi kelas.

Tingkat II, berupa aktivitas anak dengan gangguan pendengaran bersama penterjemahnya yaitu melihat topik dan keterampilan yang direncanakan guru untuk mengajar pada minggu berikutnya serta meninjau hal-hal penting yang baru saja diajarkan. Selain itu, pada tingkat ini guru juga berkolaborasi dengan kelompok kecil lainnya seperti sebuah tarian ritmis atau yang lainnya.

Tingkat III, dukungan yang diberikan pada anak tunarungu bervariasi tergantung pada kebutuhan spesifiknya dan lebih berfokus pada pendekatan yang menggabungkan komunikasi manual dengan metode lisan. Beberapa diantaranya adalah pengajaran penggunaan implan koklea, pengajaran dalam memahami dan memproduksi pidato. Hal ini dikarenakan anak dengan gangguan pendengaran memerlukan pengajaran khusus tentang keterampilan komunikasi dan perkembangan bahasa.

Strategi Mendengarkan dan Bahasa untuk anak dengan otitis media yang sukses dilaksanakan di kelas umum diantaranya 1) Memuat suara lebih nyaring atau lebih jelas; 2) Meminimalisir suara lainnya; 3) Mempromosikan pembelajaran bahasa; 4) Meningkatkan perhatian anak terhadap bahasa. Strategi yang dapat digunakan pada pendidikan dasar berupa pengaturan meja dan manajemen kebisingan. Meja diatur sedemikian rupa agar peserta didik dengan gangguan pendengaran dapat melihat guru dan teman lainnya secara langsung. Sedangkan untuk manajemen kebisingan dapat dilakukan dengan menggunakan FM yang disambungkan secara pribadi ke peserta didik yang mengalami keterbatasan pendengaran (Erbas, 2017). Dalam proses pembelajaran, peserta didik diajak untuk aktif dan menggunakan buku yang memiliki gambar yang lebih banyak dibanding tulisan (Cawthon, 2001). Dalam kelas juga digunakan cermin disisi kiri dan kanan papan tulis untuk memperjelas artikulasi atau gerak bibir peserta didik. Selain itu, juga diletakkan bahasa isyarat yang digunakan pada negaranya. Seperti bahasa isyarat alfabet dan angka. Selain itu tetap harus ditingkatkan agar adanya perubahan iklim di sekolah yang semakin menghargai sistem kerjasama antara guru, guru

pendamping khusus, dan orang tua agar lebih bersikap positif terhadap anak dengan keterbatasan (Kim, 2014).

REFERENSI

- Cawthon, S. W. (2001). Teaching Strategies in Inclusive Classrooms With Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6(3), 212–225. <https://doi.org/10.1093/deafed/6.3.212>
- Eggermont, J. J. (2017). Types of Hearing Loss. *Hearing Loss*, 129–173. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-805398-0.00005-0>
- Erbas, E. (2017). *Strategies That Teachers Use To Support The Inclusion of Students Who Are Deaf and Hard of Hearing* (Issue December).
- Fitzpatrick, E., Graham, I. D., Durieux-Smith, A., Angus, D., & Coyle, D. (2007). Parents' perspectives on the impact of the early diagnosis of childhood hearing loss. *International Journal of Audiology*, 46(2), 97–106. <https://doi.org/10.1080/14992020600977770>
- Granberg, S., Pronk, M., De Swanepoel, W., Kramer, S. E., Hagsten, H., Hjalldahl, J., Möller, C., & Danermark, B. (2014). The ICF core sets for hearing loss project:

- Functioning and disability from the patient perspective. *International Journal of Audiology*, 53(11), 777–786. <https://doi.org/10.3109/14992027.2014.938370>
- Gunawan, D. (2016). *Modul Guru Pembelajar Slb Tunarungu Kelompok Kompetensi B Pedagogik*:
- Kelly, J. F., Mckinney, E. L., Swift, O., Frances, J., Mckinney, E. L., Swift, O., Kelly, J. F., & Mckinney, E. L. (2020). Strengthening teacher education to support deaf learners. *International Journal of Inclusive Education*, 0(0), 1–19. <https://doi.org/10.1080/13603116.2020.1806366>
- Kemenkes, R. (2019). *infodatin-tunarungu-2019.pdf*.
- Kim, Y. (2014). *International Journal of Inclusive Inclusive education in South Korea. November, 37–41*. <https://doi.org/10.1080/13603116.2012.693402>
- Kirk, S., Gallagher, J. J. ., Coleman, M. R., & Anastasiow, N. (2009). *Education Exceptional Children*. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.
- Salvia, J., Ysseldyke, J. E., & Bolt, S. (2010). Assessment in Special and Inclusive Education. In *Handbook of Education in China*. <https://doi.org/10.4337/9781783470662.00024>.

BAB III

SISWA DENGAN HAMBATAN INTELEKTUAL

(Children With Intellectual Development Disability)

Oleh: Uswatun Hasanah

A. Pengertian Disabilitas Intelektual

Menurut *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10)*, disabilitas intelektual adalah suatu keadaan perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh adanya keterbatasan (*impairment*) keterampilan (kecakapan, *skills*) selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada semua tingkat inteligensia yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan social (Rogers 2013). Disabilitas intelektual dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya. Prevalensi dari gangguan jiwa lainnya sekurang-kurangnya tiga sampai empat lipat pada populasi ini dibanding dengan populasi umum.

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) (Forlin, Douglas, and Hattie 1996). Retardasi mental adalah individu yang mempunyai keterbatasan, kepribadian, sehingga mengakibatkan kegagalan intelektualnya yang diperlukan untuk mengembangkan kapasitas intelektualnya yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan lingkungannya, menjadi seseorang yang mandiri.

B. Klasifikasi Disabilitas Intelektual

The American Psychological Association (APA) membuat klasifikasi anak disabilitas intelektual, yaitu mild, moderate, severe, dan profound (Kirk et al. 2009b).

Klasifikasi ini dibuat berdasarkan tingkat kecerdasan atau skor IQ, yaitu :

Tabel 1

Klasifikasi Disabilitas Intelektual

Klasifikasi	Rentang IQ
Mild	55-70
Moderate	40-55
Severe	25-40
Profound	Di bawah 25

Sumber: Kirk, et al., (2009)

1. Mild (Ringan)

Karakteristik anak disabilitas intelektual mild (ringan) adalah, mereka termasuk yang mampu didik, bila dilihat dari segi pendidikan. Mereka pun tidak memperlihatkan kelainan fisik yang mencolok,

walaupun perkembangan fisiknya sedikit agak lambat dari pada anak rata-rata. Tinggi dan berat badan mereka tidak berbeda dengan anak-anak lain. Biasanya rentang perhatian mereka juga pendek sehingga sulit berkonsentrasi dalam jangka waktu yang lama. Mereka kadang-kadang memperlihatkan rasa malu atau pendiam. Namun hal ini dapat berubah bila mereka banyak diikutkan untuk berinteraksi dengan anak lainnya. Di luar pendidikan, beberapa keterampilan dapat mereka lakukan tanpa harus mendapat pengawasan, seperti keterampilan mengurus diri sendiri, seperti makan, mandi, dan berpakaian (Simpson, Mizen, and Cooper 2020).

2. Moderate (Sedang)

Karakteristik anak disabilitas intelektual moderate (menengah) adalah, mereka digolongkan sebagai anak yang mampu latih, di mana mereka dapat dilatih untuk beberapa keterampilan tertentu. Meski sering berespon lama terhadap pendidikan dan pelatihan, jika diberikan kesempatan pendidikan yang sesuai, mereka dapat dididik untuk melakukan pekerjaan yang membutuhkan kemampuan-kemampuan tertentu. Mereka dapat dilatih untuk mengurus dirinya serta dilatih beberapa kemampuan membaca dan menulis sederhana. Mereka menampakkan kelainan fisik yang merupakan gejala bawaan, namun kelainan fisik tersebut tidak seberat yang dialami anak-anak pada kategori severe dan profound. Mereka juga menampakkan adanya gangguan pada fungsi bicaranya (McKenzie and MacLeod 2012).

3. Severe (Berat)

Karakteristik anak disabilitas intelektual severe, adalah mereka tidak mampu mengurus dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain meskipun pada tugas- tugas sederhana. Mereka membutuhkan perlindungan hidup dan pengawasan yang teliti. Mereka juga mengalami gangguan bicara. Tanda-tanda kelainan fisiknya antara lain lidah seringkali menjulur keluar, bersamaan dengan keluarnya air liur. Kepalanya sedikit lebih besar dari biasanya. Kondisi fisik mereka lemah. Mereka hanya bisa dilatih keterampilan khusus selama kondisi fisiknya memungkinkan.

4. Profound (Sangat Berat)

Karakteristik anak disabilitas intelektual profound, adalah memiliki masalah yang serius, baik menyangkut kondisi fisik, inteligensi, serta program pendidikan yang tepat bagi mereka. Umumnya mereka memperlihatkan kerusakan pada otak serta kelainan fisik yang nyata, seperti hydrocephalus, mongolism, dan sebagainya. Mereka dapat berjalan dan makan sendiri. Namun, kemampuan berbicara dan berbahasa mereka sangat rendah. Kelainan fisik lainnya dapat dilihat pada kepala yang lebih besar dan sering bergoyang-goyang. Penyesuaian dirinya sangat kurang dan bahkan sering kali tanpa bantuan orang lain mereka tidak dapat berdiri sendiri. Mereka nampaknya membutuhkan pelayanan medis yang baik dan intensif .

C. Karakteristik Disabilitas Intelektual

1. Karakteristik Umum

Berikut ini akan dikemukakan karakteristik perkembangan anak tunagrahita secara umum yang mengalami hambatan berdasarkan adaptasi dari James D. Page sebagai berikut.

a. Perkembangan Akademik (Aspek Kognitif)

Kapasitas belajar anak tunagrahita sangat terbatas, lebih-lebih kapasitasnya mengenai hal-hal yang abstrak. Mereka lebih banyak belajar dengan membeo (*rote learning*) dari pada dengan pengertian. Dari hari ke hari mereka membuat kesalahan yang sama. Mereka cenderung menghindari dari perbuatan berpikir. Mereka mengalami kesukaran memusatkan perhatian, dan lapang minatnya sedikit. Mereka juga cenderung cepat lupa, sukar membuat kreasi baru, serta rentang perhatiannya pendek (Engelbrecht et al. 2003).

b. Perkembangan Sosial/Emosional (Aspek Afektif)

Dalam pergaulan, anak tunagrahita tidak dapat mengurus diri, memelihara dan memimpin diri. Ketika masih muda mereka harus dibantu terus karena mereka mudah terperosok ke dalam tingkah laku yang kurang baik. Mereka cenderung bergaul atau bermain bersama dengan anak yang lebih muda darinya. Kehidupan penghayatannya terbatas. Mereka juga tidak mampu menyatakan rasa bangga atau kagum. Mereka mempunyai kepribadian yang kurang dinamis, mudah goyah, kurang menawan, dan tidak berpandangan luas (Hickey-Moody 2003). Mereka juga mudah disugesti atau dipengaruhi

sehingga tidak jarang dari mereka mudah terpeleceh ke hal-hal yang tidak baik, seperti mencuri, merusak, dan pelanggaran seksual. Namun, dibalik itu semua mereka menunjukkan ketekunan dan rasa empati yang baik asalkan mereka mendapatkan layanan atau perlakuan dan lingkungan yang kondusif.

c. Perkembangan Fisik/Kesehatan dan Motorik (Aspek Psikomotorik)

Baik struktur maupun fungsi tubuh pada umumnya anak tunagrahita kurang dari anak normal. Mereka baru dapat berjalan dan berbicara pada usia yang lebih tua dari anak normal. Sikap dan gerakannya kurang indah, bahkan diantaranya banyak yang mengalami cacat bicara. Pendengaran dan penglihatannya banyak yang kurang sempurna. Kelainan ini bukan pada organ tetapi pada pusat pengolahan di otak sehingga mereka melihat, tetapi tidak memahami apa yang dilihatnya, mendengar, tetapi tidak memahami apa yang didengarnya. Bagi anak tunagrahita yang berat dan sangat berat kurang merasakan sakit, bau badan tidak enak, badannya tidak segar, tenaganya kurang mempunyai daya tahan dan banyak yang meninggal pada usia muda. Mereka mudah terserang penyakit karena keterbatasan dalam memelihara diri, serta tidak memahami cara hidup sehat.

Di samping itu, beberapa karakteristik anak tunagrahita sebagai berikut.

1) Kemampuan memproses informasi

Kebanyakan anak yang mengalami retardasi mental mengalami kesulitan dalam mengingat dan mengelompokkan suatu informasi. Jika anak reguler mudah mengelompokkan missal anggur, manga, apel itu termasuk buah, namun untuk anak dengan gangguan intellectual sulit mengelompokkan kata-kata yang berhubungan. Mungkin saja mereka mengira bahwa apel dan manga itu satu jenis.

2) Perkembangan Bahasa (Aspek Psikomotorik)

Perkembangan bahasa anak-anak retardasi mental terlambat muncul, lambat mengalami kemajuan, dan berakhir pada tingkat perkembangan yang lebih rendah. Mereka mengalami masalah dalam memahami dan menghasilkan bahasa. Bahasa berkembang dengan cara yang sama, hanya lebih lambat, pada anak-anak dengan IDD. Misalnya, seorang anak pada usia 5 tahun akan cocok dalam keterampilan linguistik dengan anak berusia 10 tahun dengan IDD yang mentalnya berusia 5 tahun.

2. Karakteristik Khusus

Berikut adalah karakteristik *Children with Intelektual Disability* berdasarkan tingkat kebutuhan akan dukungannya:

Tabel 2

Karakteristik Perilaku Adaptif

Skills	Adaptive Behavior
<i>Conceptual Skills</i>	<i>Receptive and expressive language</i>

Skills	Adaptive Behavior
	<i>Reading and writing</i> <i>Money concept</i> <i>Self direction</i>
<i>Social Skills</i>	<i>Interpersonal</i> <i>Responsibility</i> <i>Self Esteem</i> <i>Guilibility</i> <i>Naivete</i> <i>Follows rule</i> <i>Obeys laws</i> <i>Avoid victimization</i>
<i>Practical Skills</i>	<i>Instrumental activities (preparing meals, taking medication, using telephone, managing money, using transportation)</i>

Sumber : (Kirk et al. 2009b)

a. Ringan atau Mild

1) Domain Konseptual

Untuk anak – anak pra-sekolah mungkin tidak terlihat adanya perbedaan konsep yang nyata. Untuk anak usia sekolah dan orang dewasa, mereka akan mengalami kesulitan dalam pembelajaran akademik seperti membaca, menulis, matematika, waktu, 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 (seperti membaca dan pengaturan uang). Dimana pendekatan dan pemecahan masalah yang dilakukan harus konkrit (Alnahdi, Elhadi, and Schwab 2020).

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. Sedang atau Moderate

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 biasanya 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 membanting 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 mejadi mandiri di wilayah ini, dan pingingat 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. Parah atau Severe

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 ketrampilan semua domain melibatkan pengajaran jangka panjang dan dukungan yang berkelanjutan. Perilaku maladaptif termasuk self-injury, hadir dalam minoritas yang signifikan.

d. Sangat Parah atau Profound

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 menyoritr 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 (diluar menonton) di rumah, rekreasi, dan kegiatan kejuruan yang lain. Perilaku maladaptif hadir dalam minoritas yang signifikan.

Berdasarkan keempat macam tingkat keparahan Intellectual Developmental Disorder diatas (ringan, sedang, parah, sangat parah) dapat disimpulkan bahwa individu dengan Intellectual Developmental Disorder merupakan individu yang mengalami kesulitan dalam pembelajaran akademik dan berpikir secara abstrak, memiliki perbedaan yang nyata dalam interaksi sosial dan komunikasi, dan memerlukan bantuan dalam melaksanakan tugas sehari – hari jika dibandingkan dengan anak seusianya.

D. Faktor Penyebab Disabilitas Intelektual

Penyebab disabilitas intelektual dibagi menjadi dua yakni secara primer dan sekunder (Kirk et al. 2009b). Disabilitas intelektual primer disebabkan karena faktor keturunan (genetik). Sedangkan penyebab sekunder disebabkan karena faktor dari luar yang diketahui dan faktor-faktor ini mempengaruhi otak, baik pada waktu pranatal ataupun postnatal dan dapat juga disebabkan oleh faktor-faktor yang lainnya:

a. Penyebab Primer

Akibat dari faktor keturunan, bisa disebabkan oleh ketidaknormalan kromosom dan gen. 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. 48, XXXX dan 49, sindrom XXXXX mempengaruhi sejumlah kecil perempuan di seluruh dunia, sementara anak laki-laki mungkin akan terpengaruh oleh 47, XYY, 49, XXXXY, atau 49, XYYYYY (Kruithof, Suurmond, and Harting 2018).

b. Penyebab Sekunder

Akibat penyakit atau pengaruh postnatal yang keadaan ini sudah diketahui sejak sebelum lahir tapi tidak diketahui etiologinya. Selain itu dapat juga disebabkan oleh penyakit otak yang nyata (postnatal).

c. Penyebab Lainnya

Adapun penyebab lainnya yang dapat menimbulkan gangguan intelektual antara lain :

- 1) *Akibat infeksi*, dalam kelompok ini termasuk keadaan retardasi mental karena kerusakan jaringan otak akibat infeksi *intracranial*, karena serum, obat atau zat toxid lainnya.
- 2) *Akibat rudapaksa atau penyebab fisik*, rudapaksa atau penyebab fisik sebelum lahir serta juga karena trauma yang lain, seperti sinar X, bahan kontrasepsi dan usaha melakukan abortus, dapat melibatkan kelainan dengan retardasi mental.
- 3) *Akibat gangguan metabolisme baik pertumbuhan maupun gizi*, semua retardasi mental yang berlangsung disebabkan oleh gangguan metabolisme seperti gangguan metabolisme zat lipida, karbohidrat dan protein. Termasuk pula gangguan pertumbuhan dan gizi. Gangguan gizi yang berat dan berlangsung sebelum usia 4 tahun sangat mempengaruhi perkembangan otak. Meskipun telah ada perbaikan gizi, akan tetapi tingkat intelegensinya sukar untuk ditingkatkan.
- 4) *Akibat kelainan kromosom*, kelainan ini terdapat pada jumlah kromosom dan bentuk yang berbeda, kelainan pada jumlah kromosom ini disebut juga *down syndrome*.
- 5) *Akibat premeturitas*, termasuk dalam retardasi mental yang berhubungan dengan keadaan bayi yang pada saat lahir berat badannya kurang dari 2500 gram atau karena masa hamil kurang dari 38 minggu.
- 6) *Akibat gangguan jiwa berat*, retardasi mental juga mungkin disebabkan karena suatu gangguan jiwa berat dalam masa

kanak- kanak. Dalam gangguan jiwa tersebut tidak terdapat tanda-tanda patologi otak (Sichern 1995).

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

1) Penyebab yang diwariskan

Kadang-kadang cacat disebabkan oleh gen yang abnormal yang diwariskan dari orangtua, kesalahan ketika gen menggabungkan, atau alasan lain.

2) 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 frase 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.

3) Sindrom Alkohol pada Janin

Sindrom alkohol pada janin (fetal alcohol syndrome - FAS) adalah seperangkat cacat kelahiran fisik dan mental yang diakibatkan oleh konsumsi alkohol selama kehamilan. Sindrom FAS dianggap sebagai salah satu penyebab utama Intellectual Developmental Disorder, mempengaruhi sekitar 1 dari setiap 1.000 kelahiran yang hidup. Saat lahir, bayi dengan FAS lebih kecil ukuran dan berat badannya, dan kekurangan tersebut bertahan hingga masa kanak – kanak. Biasanya IQ mereka berada pada rentang retardasi ringan meskipun ada beberapa yang masuk pada retardasi berat. Banyak yang memiliki ciri abnormalitas wajah, seperti pada mata, hidung, dagu, dan daerah tengah wajah. Gangguan motorik dan kognitif juga dihubungkan dengan sindrom tersebut, termasuk kurangnya koordinasi, ketidakmampuan berkonsentrasi, serta mempunyai kelemahan dalam hal bicara dan pendengaran. Nampaknya ada hubungan langsung antara jumlah alkohol yang dikonsumsi antara jumlah alkohol yang dikonsumsi ibu dan tingkat masalah fisik serta perilaku pada anak. Meminum alkohol dalam jumlah banyak selama kehamilan juga dapat menyebabkan banyak gangguan neuropsikologis yang meliputi disfungsi dalam proses visual – spasial, pembelajaran verbal dan nonverbal, perhatian, serta proses kontrol eksekutif.

Berdasarkan faktor penyebab Intellectual Developmental Disorder diatas dapat disimpulkan bahwa Intellectual Developmental Disorder dapat diakibatkan oleh beberapa hal, antara lain gen abnormal yang diwariskan oleh orangtua, paparan obat – obatan atau bahan kimia beracun tertentu, malnutrisi ibu, infeksi selama masa perkembangan janin, konsumsi alkohol selama masa kehamilan (Kassah, Kassah, and Phillips 2018).

E. Prevalensi Disabilitas Intelektual

Perkiraan prevalensi ID di antara anak-anak di Amerika Serikat berdasarkan studi epidemiologi sangat beragam, dari 8,7 hingga 36,8 per 1.000 (Maulik et al. 2011). Sumber utama dari kisaran luas dalam prevalensi ini adalah variasi dalam penyertaan ID ringan (sering didefinisikan untuk memasukkan individu dengan IQ dalam kisaran 50-70 dan defisit dalam perilaku adaptif). Sementara prevalensi ID serius (IQ <50 dengan defisit dalam perilaku adaptif) di Amerika Serikat dan negara maju lainnya secara konsisten ditemukan dalam kisaran 2,5 hingga 5 per 1.000 anak, ID ringan berkisar dari yang terendah menjadi lebih dari 30 per 1.000. Risiko ID ringan paling tinggi di antara anak-anak dengan status sosial ekonomi rendah (Park, Bouck, and Josol 2020).

Berdasarkan data National Health Statistics Reports, selama 2015–2018, prevalensinya dari disabilitas intelektual di antara anak-anak berusia 3-17 tahun adalah 17,8% (Interval kepercayaan 95%

([CI]): 17.3–18.4). Selama periode ini, anak-anak yang tinggal di pedesaan (19,8% [95% CI: 18,5-21,2]) lebih mungkin untuk didiagnosis dengan perkembangan disabilitas dibandingkan anak-anak yang tinggal di perkotaan area (17,4% [95% CI: 16,8-18,0], $p < 0,01$).

Tabel 3
Prevalensi Semua Gangguan Perkembangan Pada Usia 3
sampai dengan 17 tahun

Condition	n (unweighted)	Total		Urban		Rural	
		Estimate (95% CI)	SE	Estimate (95% CI)	SE	Estimate (95% CI)	SE
Any developmental disability	6,067	17.8 (17.3–18.4)	0.28	17.4 (16.8–18.0)	0.30	↑19.8 (18.5–21.2)	0.66
ADHD	3,360	9.6 (9.2–10.0)	0.21	9.2 (8.8–9.7)	0.22	↑11.4 (10.4–12.4)	0.51
Autism spectrum disorder	855	2.5 (2.2–2.7)	0.12	2.5 (2.2–2.7)	0.14	2.5 (2.0–3.1)	0.26
Blind or unable to see at all	50	0.2 (0.1–0.2)	0.03	0.2 (0.1–0.2)	0.03	0.1 (0.0–0.3)	0.05
Cerebral palsy	92	0.3 (0.2–0.4)	0.04	0.2 (0.2–0.3)	0.04	↑0.5 (0.3–0.9)	0.14
Moderate to profound hearing loss	204	0.6 (0.5–0.7)	0.06	0.6 (0.5–0.8)	0.06	0.6 (0.4–0.8)	0.11
Learning disability	2,665	7.7 (7.3–8.1)	0.21	7.6 (7.2–8.1)	0.23	8.1 (7.3–9.1)	0.46
Intellectual disability	422	1.2 (1.1–1.4)	0.08	1.2 (1.0–1.4)	0.09	1.2 (0.9–1.6)	0.18
Seizures, past 12 months	265	0.8 (0.7–0.9)	0.06	0.8 (0.6–0.9)	0.07	0.9 (0.6–1.3)	0.17
Stuttered or stammered, past 12 months	655	2.1 (1.9–2.3)	0.10	2.1 (1.9–2.4)	0.12	1.9 (1.5–2.4)	0.22
Other developmental delay	1,361	4.1 (3.8–4.3)	0.14	4.0 (3.7–4.3)	0.15	4.5 (3.9–5.2)	0.33

Sumber : (Zablotsky and Black 2020)

F. Cara Identifikasi/Diagnosis Disabilitas Intelektual

Berdasarkan Diagnostic and Statistical of Mental Disorder Fifth Edition 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:

1. 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.
2. 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.
3. Onset gangguan intelektual dan fungsi adaptif selama periode perkembangan.

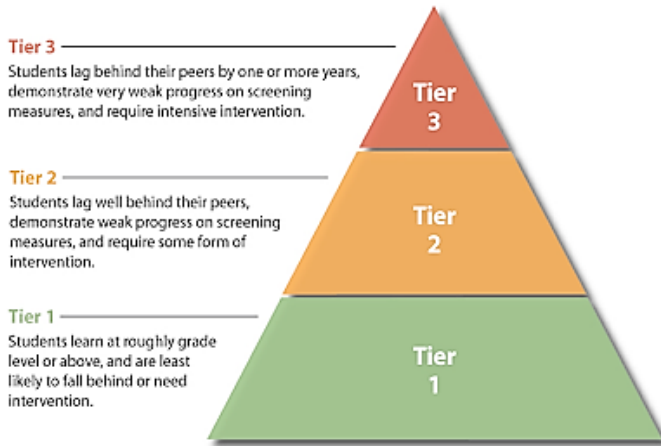
Berdasarkan ketiga kriteria diagnostik Intellectual Developmental Disorder diatas dapat disimpulkan bahwa individu dengan Intellectual Developmental Disorder adalah individu yang memiliki kriteria, antara lain mempunyai keterbatasan dalam fungsi intelektual dan fungsi adaptif yang terjadi selama periode perkembangan (Gasteiger-Klicpera et al. 2013).

G. Strategi Pembelajaran Bagi Siswa Disabilitas Intelektual

Ada beberapa strategi pembelajaran yang dapat diterapkan bagi anak dengan gangguan intelektual, antara lain adalah :

1. *Respond to Intervention (RTI)*

Respon terhadap Intervensi (RTI) adalah pendekatan multi-tingkatan untuk identifikasi awal dan dukungan siswa dengan kebutuhan belajar dan perilaku. Proses RTI dimulai dengan pengajaran berkualitas tinggi dan penyaringan universal semua anak di kelas pendidikan umum. Pelajar yang berjuang diberikan intervensi pada tingkat intensitas yang meningkat untuk mempercepat kecepatan belajar mereka. Layanan ini dapat diberikan oleh berbagai personel, termasuk guru pendidikan umum, pendidik khusus, dan spesialis. Kemajuan dipantau secara ketat untuk menilai kecepatan pembelajaran dan tingkat kinerja setiap siswa. Keputusan pendidikan tentang intensitas dan durasi intervensi didasarkan pada respon siswa individu terhadap instruksi. RTI dirancang untuk digunakan saat membuat keputusan baik dalam pendidikan umum maupun pendidikan khusus, menciptakan sistem pengajaran dan intervensi yang terintegrasi dengan baik yang dipandu oleh data hasil anak. Agar implementasi RTI bekerja dengan baik, komponen penting berikut harus diimplementasikan dengan tepat dan dengan cara yang ketat.



Gambar 1
Model RTI (Kirk et al. 2009b)

2. Strategi Pembelajaran Kontekstual (CTL)

Contextual teaching and learning merupakan pembelajaran yang memungkinkan terjadinya proses belajar di mana siswa menggunakan pemahaman dan kemampuan akademiknya dalam berbagai konteks nyata dalam dan luar sekolah untuk memecahkan masalah yang bersifat *simulative* atau nyata, baik sendiri-sendiri maupun bersama-sama. Strategi ini dapat membantu siswa dengan gangguan intelektual dimana memiliki keterbatasan mengingat informasi. Melalui pengalaman nyata (visual konkret) yang diberikan dapat memudahkan pemahaman siswa khususnya siswa dengan gangguan intelektual.

3. Positive Behavior Suport

Dalam hal ini yang strategi yang tepat untuk anak dengan gangguan intelektual adalah Positive Behavior Support (PBS) merupakan salah satu pendekatan modifikasi dan manajemen perilaku yang diterapkan untuk melatih perilaku positif yang sesuai dengan konteks social (Kirk et al. 2009b). PBS dikatakan sebagai pendekatan alternatif yang merancang intervensi proaktif untuk prevensi dan intervensi masalah perilaku, fokus pada pemberian penguat atas perilaku positif, dan menghindari hukuman atas perilaku yang tidak diharapkan. Tujuannya adalah mengurangi dan menghilangkan perilaku bermasalah dan meningkatkan perilaku positif. Hasil PBS diharapkan dapat diterapkan secara berkelanjutan dalam situasi sosial yang lebih luas. Pelaksanaan PBS menganut beberapa prinsip, yakni: a) menekankan perilaku tampak dan dapat digunakan sebagai indikator bahwa anak telah mempelajari perilaku tersebut dan menerapkannya, b) perilaku dapat dipelajari dan dipengaruhi oleh aturan yang ditegakkan, c) mempertimbangkan dan memanfaatkan potensi lingkungan fisik dan nonfisik di sekitar anak untuk pembelajaran perilaku. Selain itu, PBS menekankan strategi sistematis dan individual dengan cara memberi positive reinforcement atas perilaku yang diharapkan dan menghindari pemberian hukuman (Baehr 2017; Carmichael 1993; Salvador-Carulla et al. 2015).

REFERENSI

- Alnahdi, Ghaleb H., Ayman Elhadi, and Susanne Schwab. 2020. "The Positive Impact of Knowledge and Quality of Contact on University Students' Attitudes towards People with Intellectual Disability in the Arab World." *Research in Developmental Disabilities* 106(June): 103765. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103765>.
- Baehr, Jason. 2017. "The Varieties of Character and Some Implications for Character Education." *Journal of Youth and Adolescence* 46(6): 1153–61. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-017-0654-z>.
- Carmichael, Karla D. 1993. "Play Therapy and Children with Disabilities." *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 16(3): 165–73.
- Desiningrum, Dinie Ratri. 2016. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain Anak Berkebutuhan Khusus.
- Engelbrecht, Petra, Marietjie Oswald, Estelle Swart, and Irma Eloff. 2003. "Including Learners with Intellectual Disabilities: Stressful for Teachers?" *International Journal of Disability, Development and Education* 50(3): 293–308.
- Forlin, Chris, Graham Douglas, and John Hattie. 1996. "Inclusive Practices: How Accepting Are Teachers?" *International Journal of Phytoremediation* 43(2): 119–33.
- Gasteiger-Klicpera, Barbara, Christian Klicpera, Markus Gebhardt,

- and Susanne Schwab. 2013. "Attitudes and Experiences of Parents Regarding Inclusive and Special School Education for Children with Learning and Intellectual Disabilities." *International Journal of Inclusive Education* 17(7): 663–81.
- Hickey-Moody, Anna. 2003. "'Turning Away' from Intellectual Disability: Methods of Practice, Methods of Thought." *Melbourne Studies in Education* 44(1): 1–22.
- Hurry, Jane, Eirini Flouri, and Kathy Sylva. 2018. "Literacy Difficulties and Emotional and Behavior Disorders : Causes and Consequences Literacy Difficulties and Emotional and Behavior Disorders :." *Journal of Education for Students Placed at Risk (JESPAR)* 0(0): 1–21.
- Kassah, Bente Lilljan Lind, Alexander Kwesi Kassah, and Deborah Phillips. 2018. "Children with Intellectual Disabilities and Special School Education in Ghana." *International Journal of Disability, Development and Education* 65(3): 341–54. <http://doi.org/10.1080/1034912X.2017.1374358>.
- Kirk, Samuel, James J Gallagher, Mary Ruth Coleman, and Nick Anastasiow. 2009a. Educating Exeptional Children *Children Who Are Deaf or Hard of Hearing*.
- Kruithof, Kasper, Jeanine Suurmond, and Janneke Harting. 2018. "Eating Together as a Social Network Intervention for People with Mild Intellectual Disabilities: A Theory-Based Evaluation." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-*

- being* 13(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1516089>.
- Maulik, Pallab K. et al. 2011. "Prevalence of Intellectual Disability: A Meta-Analysis of Population-Based Studies." *Research in Developmental Disabilities* 32(2): 419–36.
- McKenzie, Judith Anne, and Catriona Ida MacLeod. 2012. "The Deployment of the Medico-Psychological Gaze and Disability Expertise in Relation to Children with Intellectual Disability." *International Journal of Inclusive Education* 16(10): 1083–98.
- Park, Jiyeon, Emily C. Bouck, and Cynde K. Josol. 2020. "Maintenance in Mathematics for Individuals with Intellectual Disability: A Systematic Review of Literature." *Research in Developmental Disabilities* 105(August): 103751. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103751>.
- Rogers, Chrissie. 2013. "Inclusive Education and Intellectual Disability: A Sociological Engagement with Martha Nussbaum." *International Journal of Inclusive Education* 17(9): 988–1002.
- Sa 'adati, Tatik Imadatus. "Intervensi Psikologis Pada Siswa Dengan Kesulitan Belajar (Disleksia, Disgrafia Dan Diskalkulia)." : 13–37.
- Salvador-Carulla, Luis et al. 2015. "Training on Intellectual Disability in Health Sciences: The European Perspective." *International Journal of Developmental Disabilities* 61(1): 20–31.
- Samuel, Kirk, James J. Gallagher, Coleman Marry Ruth, and Anastasiow Nick. 2009. *Educating Exceptional Children*.

Twelfth Ed. New York, New York, USA: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.

Scanlon, Geraldine, and Yvonne Barnes-holmes. 2014. “Emotional and Behavioural Difficulties Changing Attitudes: Supporting Teachers in Effectively Including Students with Emotional and Behavioural Difficulties in Mainstream Education.” *Emotional and Behavioural Difficulties* (December).

Sichern, Véronique. 1995. “Learning Disabilities and Script: The Brain Suggests, the Environment Predisposes, and the Individual Decides.” *Transactional Analysis Journal* 25(3): 259–64.

Simpson, Neill, Lindsay Mizen, and Sally Ann Cooper. 2020. “Intellectual Disabilities.” *Medicine (United Kingdom)* 48(11): 732–36. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.08.010>.

Zablotsky, Benjamin, and Lindsey I. Black. 2020. “Prevalence of Children Aged 3–17 Years with Developmental Disabilities, by Urbanicity: United States, 2015–2018.” *National Health Statistics Reports* 2020(139): 2015–18.

BAB IV
SISWA DENGAN HAMBATAN FISIK DAN
HAMBATAN KESEHATAN
(Children With Physical and Health Disabilities)

Oleh: Imas Mastroah

A. Pengertian *Children With Physical And Health Disabilities*

Setiap anak yang lahir ke dunia, sangat rentan dengan berbagai masalah. Masalah yang dihadapi anak, yang paling awal ditemukan adalah anak usia dini ini biasanya yang sangat berkaitan erat dengan gangguan dan proses perkembangannya (Aas, 2014). Pengetahuan tentang sebab akibat, gejala-gejala dan karakteristik yang menyertainya bagi anak-anak yang mempunyai kelainan dalam fisiknya. Hal ini merupakan esensial bagi guru-guru yang berkecimpung dalam pendidikan khusus dan bekerja sama dengan anak-anak yang sama dengan nya. Terkait dengan kebutuhan-kebutuhan yang sangat dibutuhkan akan memudahkan gurunya untuk mengenal kebutuhan belajar dengan arahan dan bimbingannya dengan tujuan untuk mengembangkan rencana pendidikan individu yang berkelainan. Kelainan ini bias disebabkan oleh berbagai faktor. Misalnya untu kelaian fisik yang tidak jarang disebabkan oleh sakit yang diderita, seperti terluka, ketidakseimbangan metabolisme dan masalah-masalah kesehatan lainnya. (SOEMANTR, 2006) Beberapa

masalah yang diakibatkan yang disebabkan oleh kesehatan hanya berakibat pada gangguan fisik, namun ada juga gangguan fisik yang merupakan bagian dari gejala dari gangguan saraf. Kelainan saraf merupakan suatu gangguan yang disebabkan munculnya kesulitan pada koordinasi gerak serta mengubah pandangan anak tentang dunia. Jenis-jenis kesulitan pada anak dapat berkembang menjadi masalah-masalah yang lebih kompleks, sejalan dengan bertambahnya usia, sebagai akibat dari kesulitan belajar yang disebabkan oleh kelainan fisik. Anak-anak yang berkebutuhan khusus adalah anak dengan karakteristik khusus yang sangat berbeda dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada ketidak mampuan mental, emosi, atau fisik, sedangkan anak-anak yang kelainan fisik disebut dengan tuna daksa yang terdapat gangguan bentuk atau hambatan pada tulang, otot, dan sendi dalam fungsi yang Normal (Afiyah, 2019).

Disabilitas atau gangguan fisik dan kesehatan atau *Children With Physical And Health Disabilities* merupakan gangguan yang berhubungan secara medis yang membutuhkan layanan ekstensif dari kedokteran dan teknologi. Peserta didik dengan gangguan fisik dan kesehatan serupa mungkin memiliki kebutuhan khusus yang sangat berbeda, mengalami kelumpuhan mungkin aktif dan keluar, sedangkan yang lain mungkin menarik diri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain (Lewis et al., 2017). Beberapa kesehatan fisik yang lebih umum masalah yang terkait dengan ketidakmampuan belajar: sembelit, masalah kesehatan gigi, epilepsi, penyakit jantung,

hipertensi, inkontinensia (lebih sering kencing daripada feces), penyakit kejiwaan, obesitas, gangguan sensorik, penyakit kulit, penyakit tiroid, dan masalah saluran pencernaan bagian atas (Perry et al., 2011).

Anak disabilitas fisik adalah anak yang mengalami gangguan gerak akibat kelumpuhan, tidak lengkap anggota badan, kelainan bentuk dan fungsi tubuh atau anggota gerak (Winarsih et al., 2013). Lebih lanjut Winarsih et al., (2013) anak disabilitas fisik adalah anak yang mengalami gangguan gerak akibat kelumpuhan, tidak lengkap anggota badan, kelainan bentuk dan fungsi tubuh atau anggota gerak.

Disabilitas fisik adalah kehilangan (keseluruhan atau sebagian) dari fungsi tubuh dalam kegiatan motorik (bergerak) seperti berjalan, motorik halus, berbicara, pergerakan tangan dan lain-lain (Nurakhmi et al., 2019). Seseorang dengan disabilitas juga diakibatkan karena adanya kerusakan pada pusat motorik di otak dan berdampak pada kemampuan berjalannya menjadi terganggu, bentuk tubuh atau anggota geraknya tidak sempurna atau semua hambatan yang berhubungan dengan otot, tulang dan persendian. Anak penyandang disabilitas fisik, dalam masyarakat, kadang dikenal sebagai cacat tubuh, cacat fisik, kelainan fisik, tuna tubuh, cacat badan.

Menurut IDEA (2004) dalam (Kirk et al., 2009) beberapa pengertian yang ada dalam anak berkebutuhan khusus dengan gangguan fisik dan kesehatan telah didefinisikan sebagai berikut:

1. Gangguan ortopedi, merupakan gangguan ortopedi parah yang mempengaruhi kinerja pendidikan anak (misalnya, cerebral palsy, amputasi, dan patah tulang atau luka bakar yang menyebabkan kontraktur);
2. Cedera otak traumatis, merupakan cedera didapat yang disebabkan oleh kekuatan fisik eksternal, mengakibatkan disabilitas fungsional total atau parsial dan/atau psikososial gangguan yang memerlukan layanan pendidikan khusus;
3. Tuli, merupakan tunanetra dan penglihatan yang terjadi bersamaan, kombinasi yang menyebabkan komunikasi parah, perkembangan, dan lainnya kebutuhan pendidikan yang memerlukan layanan khusus;
4. Disabilitas ganda, gangguan yang terjadi secara bersamaan (seperti retardasi mental – kebutaan atau retardasi mental – gangguan ortopedi) yang mengakibatkan kebutuhan pendidikan berat yang memerlukan layanan khusus.
5. Gangguan kesehatan lainnya, keterbatasan kekuatan, vitalitas, atau kewaspadaan, termasuk kewaspadaan yang meningkat terhadap rangsangan lingkungan, yang disebabkan oleh kronis atau masalah kesehatan akut seperti asma, gangguan defisit perhatian, diabetes, epilepsi, kondisi jantung, hemofilia, keracunan timbal,

leukemia, nefritis, demam rematik, sel sabit anemia, dan sindrom Tourette dan yang membutuhkan layanan pendidikan khusus.

B. Karakteristik *Children With Physical And Health Disabilities*

Menurut (Kirk et al., 2009) gangguan cacat fisik, gangguan kesehatan dan cacat ganda sebagai berikut.

1. Menderita dan mengalami kelumpuhan
2. Kemampuan kognitif dan akademiknya tidak terpengaruh bahkan ada juga kemampuan bahasa dan kemampuan robotik
3. Hubungan social baik dan mudah berteman
4. Mengalami kesulitan dalam mengontrol motorik dan aktivitas fisik/pendidikan jasmani
5. Terapi yang dapat diberikan terkait okupasi dan fisik, terapi wicara dan bahasa, alat bantu tongkat, dan musik.

Ciri-ciri atau tanda-tanda anak dengan disabilitas fisik (Winarsih et al., 2013):

1. Anggota gerak tubuh kaku/lemah/lumpuh.
2. Kesulitan dalam gerakan (tidak sempurna, tidak lentur/tidak terkendali).
3. Terdapat bagian anggota gerak yang tidak lengkap/tidak sempurna/lebih kecil dari biasa.
4. Terdapat cacat pada alat gerak.
5. Jari tangan kaku dan tidak dapat menggenggam.

6. Kesulitan pada saat berdiri/berjalan/duduk, dan menunjukkan sikap tubuh tidak normal.

7.

C. Klasifikasi Children With Physical And Health Disabilities

Kirk et al., (2009) telah menjelaskan anak berkebutuhan khusus dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

Tabel Daftar Cacat Fisik dan Gangguan Kesehatan

Klasifikasi	Jenis
Gangguan Cacat Fisik/ Physical Disabilities	Gangguan Neuromotor
	<ul style="list-style-type: none"> • Cerebral palsy (CP), • Cacat tabung saraf, • Gangguan kejang, • Cedera otak traumatis (Traumatic Brain Injury/TBI),
	Penyakit degenerative
	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit otot menyusun • Atrofi otot tulang belakang
	Gangguan ortopedik dan musculoskeletal

	<ul style="list-style-type: none"> • Arthritis pada remaja, • Lengkungan tulang belakang, • Defisiensi tungkai, • Kondisi pinggul, • Kondisi muskuloskeletal lainnya
Gangguan Kesehatan /Health Impairments	Gangguan kesehatan utama
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes remaja, • Asma, • Kondisi jantung • Gangguan darah, • Kanker, • Fibrosis kistik, • Kondisi lain
	Penyakit bawaan <input type="checkbox"/> HIV/AIDS, Infeksi <input type="checkbox"/> TORCH (penyakit bawaan yang meliputi toksoplasmosis, rubella, infeksi cytomegalovirus, dan infeksi herpes simpleks),

	<input type="checkbox"/> <i>Acquired diseases/penyakit didapatkan</i>
	<input type="checkbox"/> hepatitis B, <input type="checkbox"/> meningitis, <input type="checkbox"/> radang otak, <input type="checkbox"/> dan kondisi lain.

Gangguan cacat fisik dan kesehatan berdasarkan Kirk et al., (2009) dimulai dari gangguan neuromotor, ortopedik, kesehatan utama dan kesehatan bawaan sebagai berikut:

1. Cacat fisik yang akan dibahas di awal Cerebral Palsy dan gangguan kesehatan lainnya. Cerebral palsy merupakan gangguan gerakan dan postur tubuh yang disebabkan kerusakan kendali motorik pada otak, kelumpuhan pada gangguan gerakan yang dapat terjadi selama proses persalinan, kecelakaan setelah kelahiran. Ada empat jenis CP yakni spastik, diskinetik, ataksik, dan campuran. Anak juga dapat mengalami satu atau kombinasi dari jenis cerebral palsy. Gejala yang sering dialami CP, kejang pada tonus otot secara abnormal/hypertonia selama aktivitas yang meningkat. Kebanyakan kejang akan berakhir dengan spontan dalam beberapa menit tetapi membuat individu mengantuk dan bingung. Upaya yang dapat dilakukan melonggarkan pakaian/baju di sekitar leher, meletakkan bantal di bawah kepala, dan

pasien/anak CP harus digulingkan ke sebelah samping. Orang-orang yang ada disekitarnya dan guru harus memberikan kesempatan untuk istirahat dan pulih fisik kembali normal.

2. Kerusakan pembuluh saraf atau *Neural Tube Defect* (NTD) sering terjadi ketika tabung saraf tidak menutup dengan benar dan otak atau tulang belakang yang berkembang terpapar cairan ketuban. Jenis yang sering terkena adalah spina bifida tingkat keparahan jangka panjang sehingga harus mengalami beberapa operasi bahkan banyak yang kesulitan bertahan lama. Adapun upaya yang dapat diberikan dengan mengonsumsi 0,4 mg asam folat setiap hari.
3. Gangguan kejang, kejang disebabkan oleh pelepasan listrik abnormal di dalam otak yang mengganggu fungsi normal otak. Kejang bersifat umum dimana individu sering kehilangan kesadaran atau parsial, dimana kesadaran terhadap lingkungan tetap terjaga. Intensitas kejang sangat bervariasi dari ringan hingga parah. Kebanyakan kejang akan berakhir spontan dan membuat individu bingung, mengantuk dan mengalami sakit kepala dan nyeri otot.
4. Cedera Otak Traumatik atau *Traumatic brain injury* (TBI), penyebab paling umum dari kerusakan dan

kecacatan yang tidak sengaja. Cedera bisa tertutup oleh daging atau terbuka dan trauma parah dan ringan. Cedera parah dapat menyebabkan ketidakmampuan belajar, gangguan pemusatan perhatian, spina bifida, CP dan cacar fisik lainnya.

5. Penyakit otot menyusun, Distrofi otot diwariskan, gangguan otot yang progresif yang mempengaruhi gerakan dan fungsi. Bentuk paling banyak diderita adalah distrofi muskular Duchenne, yakni gangguan intelektual non progresi ringan yang akan mempengaruhi kemampuan verbal anak tersebut.
6. Gangguan ortopedik dan musculoskeletal seperti Arthritis Remaja, disebabkan pembengkakan, kekakuan, efusi, nyeri dan nyeri tekan pada persendian. Diagnosis awal sering terjadi demam yang tidak diketahui asalnya.
7. Lengkungan tulang belakang, yakni masalah pada fungsi atau lengkungan tulang belakang yang dapat menyebabkan gangguan tulang belakang. Contohnya skoliosis dimana tulang belakang berbentuk huruf C dan S. Upaya yang dapat dilakukan dengan memberikan perawatan berupa penjepit atau melakukan operasi. Peran lembaga pendidikan melakukan terapi fisik dan dukungan emosional untuk membantu citra diri dan pribadi yang mengalami gangguan tersebut.

8. Gangguan kesehatan utama seperti Diabetes Remaja, kelainan dimana gula darah sangat tinggi karena tubuh tidak dapat memproduksi insulin. Diabetes dapat menyerang bayi, remaja dan orang dewasa. Gejala yang sering dialami misalnya sering buang air kecil berlebihan, haus meningkat, dehidrasi, kelesuan, denyut nadi cepat dan penglihatan kabur. Upaya yang dapat dilakukan dengan cara mengatur kadar gula darah dengan insulin tambahan dan manajemen nutrisi.
9. Asma, merupakan kondisi yang mempengaruhi pernapasan seseorang. Biasanya memiliki tiga ciri-ciri yakni; paru-paru bengkak, sulit bernapas, dan saluran udara bereaksi negatif terhadap lingkungan seperti debu, asap, udara dingin dan olahraga. Pada tingkat anak sering menyebabkan absen dalam kehadiran di kelas.

Oleh karena itu, penting guru memahami cara menangani anak penderita asma. Guru yang memiliki anak penderita sama di kelas harus memiliki rencana pengobatan, menghilangkan pemicu asma, dan pengobatan dari waktu ke waktu.
10. Kondisi Jantung, di Amerika diperkirakan 1:125 anak yang lahir memiliki kelainan jantung. Gejala kelainan jantung antara lain ditandai dengan heart murmurs/gumaman hati, detak jantung cepat, dan

kesulitan bernapas, pembengkakan kaki, perut dan area sekitar mata bahkan perubahan warna kulit. Tinjauan medis harus diselesaikan jika ada bayi atau anak-anak yang menunjukkan gejala komplikasi jantung.

11. Kanker, pada anak-anak umumnya berupa leukemia, limfoma dan tumor otak. Berbeda pada orang dewasa kanker pada anak jauh bisa disembuhkan. Meskipun pengobatan sudah optimal sekitar 2000 anak penderita kanker akan meninggal setiap tahun. Adapun upaya perawatan medis yang dapat diberikan kepada penderita kanker adalah kemoterapi, radiasi, pembedahan, dan pengobatan.
12. *Cystic Fibrosis*, kelainan keturunan yang mempengaruhi kelenjar eksokrin. Ini menyebabkan produksi lendir kental yang tidak normal, yang menyebabkan penyumbatan saluran pankreas, usus, dan bronkus dan sering mengakibatkan infeksi saluran pernapasan. Perawatan medis yang dapat diberikan memberikan bantuan pernapasan, menyegarkan dan membersihkan lendir, membersihkan saluran udara, mengobati infeksi dan mengurangi peradangan. Dokter menyarankan agar olahraga untuk memperkuat jantung dan paru-paru serta membantu mengencerkan lendir.

13. Penyakit bawaan seperti AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah kerusakan sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus human immunodefisiensi (HIV). Ketika HIV memasuki aliran darah, tubuh bereaksi dengan antibodi untuk melawan infeksi; kehadiran antibodi ini di dalam darah yang mengarah pada diagnosis "HIV positif. 90% kasus IDS pada anak disebabkan akibat penularan virus dari ibu yang terinfeksi selama kehamilan, proses kelahiran dan menyusui. AIDS merupakan masalah serius dalam masyarakat kita, dan komunitas masih merumuskan kebijakan tentang bagaimana menangani bayi dan anak yang terinfeksi (termasuk bagaimana anak-anak itu dididik). Upaya yang dapat dilakukan untuk menangani seperti; penggunaan sarung tahan saat menangani cairan tubuh, mencuci tangan dengan benar minimal 10-30 detik, prosedur kebersihan dengan desinfektan. Tidak ada cara untuk mengetahui mana yang positif HIV selain dengan cara kewaspadaan yang universal.
14. Cacat Parah dan Ganda, ditujukan kepada anak-anak yang memiliki beberapa disabilitas, tetapi juga mencakup mereka yang bidang utamanya disabilitas menciptakan keterbatasan yang ekstrim. Dukungan mungkin diperlukan untuk aktivitas kehidupan seperti

mobilitas, komunikasi, perawatan diri, dan pembelajaran yang diperlukan untuk kehidupan mandiri, pekerjaan, dan kemandirian. Setiap definisi individu dengan disabilitas ganda atau berat harus luas, karena mencakup populasi yang sangat heterogen: misalnya, orang dengan gangguan kejiwaan, tuli, dan kombinasi gangguan kesehatan, motorik, atau kognitif.

15. Tunanetra dan tuna rungu/deafblind secara lebih spesifik sebagai seseorang: (1) dengan ketajaman penglihatan pusat 20/200 atau lebih buruk di mata yang lebih baik dengan lensa korektif dan / atau bidang visual 20 derajat atau kurang di mata yang lebih baik . . . atau dengan kehilangan penglihatan yang progresif. Dibutuhkan banyak waktu, kesabaran, empati, dan pengulangan untuk membangun kata pertama (biasanya sebuah tanda) dengan anak tunanetra-rungu. Intervensi Dini dengan Anakanak yang memiliki cacat berat dan Multiple, anak dengan disabilitas ganda dan berat membutuhkan intervensi dini agar orang tua dapat memberikan pengasuhan yang sesuai dan konsisten. Orang tua dan terapis perlu membantu anak-anak penyandang disabilitas berat untuk mengenali bahwa mereka adalah orang-orang yang berada di lingkungan dan dapat memengaruhi lingkungan. Orang dewasa perlu

mengajari anakanak untuk beralih dari dunia internal mereka ke dunia luar lingkungan dan orang lain untuk stimulasi. Jika tidak, anak penyandang disabilitas ganda dan berat cenderung merespon internal.

A. Populasi Children With Physical And Health Disabilities

Sekitar 15 dari 100 orang di dunia menyandang disabilitas. Antara 2-4 dari 100 orang mengalami disabilitas berat (World Report on Disability, WHO 2011). Dengan meningkatnya usia harapan hidup terdapat kecenderungan meningkatnya penyandang disabilitas, apalagi jika disertai pelayanan kesehatan yang kurang memadai. Terjadinya disabilitas juga dapat disebabkan penyakit dan kondisi kesehatan tertentu, bencana alam, kecelakaan, dan penyebab lainnya. Departemen Pendidikan A.S. (2005) melaporkan bahwa pada musim gugur 2002 jumlah individu berusia 6 hingga 21 tahun yang menerima layanan pendidikan khusus adalah 5.959.282. Tabel 12.3 menunjukkan distribusi dalam kategori ini untuk gangguan ortopedi, tuli, cedera otak traumatis, cacat ganda, dan gangguan kesehatan lainnya. Adapun persentasenya sebagai berikut.

Jenis Gangguan	Persentase
gangguan ortopedi	1.2%,

tunanetra-tunarungu/deafblind	0,03%,
cedera otak traumatis	0,4%,
cacat ganda	2,2%,
gangguan kesehatan lainnya	6,6%.

Prevalensi kecacatan fisik per 1000 lebih tinggi di Kent wilayah bagian Michygan Amerika sebesar 4,30 per 1000, dibandingkan di Inggris sebesar 3,20 per 1000 (United Nations Children“s Funds, 2018).

D. Faktor Penyebab Children With Physical And Health Disabilities

Siswa dengan gangguan fisik dan kesehatan adalah kelompok yang sangat heterogen dengan berbagai macam kondisi dan penyakit; cerebral palsy, kelumpuhan, epilepsi, kaki pengkor, asma, polio, diabetes, dan alergi hanyalah beberapa di antaranya. Beberapa gangguan fisik dan kesehatan bersifat bawaan, yaitu hadir saat lahir; yang lain didapat setelah lahir melalui penyakit atau cedera (Lewis et al., 2017).

Faktor yang dapat mempengaruhi anak berkebutuhan khusus adalah faktor biologi, psikologi, dan sosial ((Perry et al., 2011). Lebih lanjut dijelaskan yang merupakan *faktor biologis* seperti kerusakan otak yang mendasari (misalnya cerebral palsy,

rubella di kehamilan, anoksia kelahiran), faktor genetik misalnya Sindrom Down dapat dikaitkan dengan demensia; sklerosis tuberosa dapat dikaitkan dengan autisme; Sindrom Prader-Willi dapat dikaitkan dengan makan berlebihan dan obesitas, psikosis; Bisa jadi sindrom Lesch-Nyhan terkait dengan perilaku yang merugikan diri sendiri, epilepsi dapat menyebabkan peningkatan tingkat gangguan kejiwaan, termasuk depresi dan psikosis, gangguan sensorik menyebabkan peningkatan empat kali lipat, gangguan kejiwaan, obat yang diresepkan menyebabkan peningkatan tingkat kejiwaan, gangguan yang dipicu oleh jenis pengobatan tertentu.

Faktor psikologi antara lain; keterampilan komunikasi yang buruk, tentang perilaku koping yang terbatas, harga diri rendah, berdasarkan, riwayat 'kegagalan' yang dirasakan sendiri. Faktor sosial meliputi pelabelan - istilah yang tidak membantu dan sering kali merendahkan melekat pada beberapa orang oleh masyarakat luas, kerugian - misalnya. kehilangan / perubahan substansial lainnya seperti meninggalkan orang tua untuk tinggal di tempat tinggal, seksualitas - misalnya. Ketidakmampuan untuk menghadapinya dengan tepat, hubungan terbatas, prestasi yang kurang, harga diri yang rendah.

E. Landasan Children With Physical And Health Disabilities

Pemerintah Indonesia telah mengadopsi sejumlah peraturan perundangan, kebijakan, standard dan prakarsa terkait penyandang disabilitas.

1. Undang-Undang No. 4/1997 tentang Penyandang Disabilitas dan Peraturan Pemerintah 43/1998 tentang Upaya Meningkatkan Kesejahteraan Sosial
2. Penyandang Disabilitas (1997/ 1998): Secara khusus mengatur penyandang disabilitas. Pasal 14 menegaskan kuota 1 persen untuk ketenagakerjaan penyandang disabilitas di perusahaan pemerintah dan swasta. Pasal 5 menyatakan bahwa “setiap penyandang disabilitas memiliki hak dan kesempatan yang sama dalam segala aspek kehidupan”. Pasal 6 mendaftar berbagai hak bagi penyandang disabilitas seperti pendidikan, pekerjaan, perlakuan yang sama, aksesibilitas, rehabilitasi.
3. Undang-Undang No. 39/1999 tentang Hak Asasi Manusia (1999): Pasal 41(2) menyatakan bahwa setiap orang dengan disabilitas memiliki hak atas fasilitasi dan perlakuan khusus.
4. Nomor 70 Tahun 2009 Tentang Pendidikan Inklusif Bagi Peserta Didik Yang Memiliki Kelainan Dan Memiliki Potensi Kecerdasan Dan/Atau Bakat Istimewa bukan secara teologi, dalam Al Qur’an terdapat lima. Yaitu pada surat Abasa ayat

2, Ali Imran ayat 49, An-Nur ayat 61, Al-Fath 17, dan Al-Maidah ayat 110.

Arab-Latin An-Nur 61: *Laisa 'alal-a'mā ḥarajuw wa lā 'alal-a'raji ḥarajuw wa lā 'alal-marīḍi ḥarajuw wa lā 'alā anfusikum an ta`kulu mim buyūtikum au buyūti ābā`ikum au buyūti ummahātikum au buyūti ikhwānikum au buyūti akhawātikum au buyūti a'māmikum au buyūti 'ammātikum au buyūti akhwālikum au buyūti khālātikum au mā malaktum mafātiḥahū au ṣadīqikum, laisa 'alaikum junāḥun an ta`kulu jamī'an au asytātā, fa iżā dakhaltum buyūtan fa sallimū 'alā anfusikum taḥiyyatam min 'indillāhi mubārakatan ṭayyibah, kaẓālika yubayyinullāhu lakumulāyāti la'allakum ta'qilun*

Terjemah Arti: Tidak ada halangan bagi orang buta, tidak (pula) bagi orang pincang, tidak (pula) bagi orang sakit, dan tidak (pula) bagi dirimu sendiri, makan (bersama-sama mereka) dirumah kamu sendiri atau dirumah bapak-bapakmu, dirumah ibu-ibumu, dirumah saudara-saudaramu yang laki-laki, di rumah saudaramu yang perempuan, dirumah saudara bapakmu yang laki-laki, dirumah saudara bapakmu yang perempuan, dirumah saudara ibumu yang laki-laki, dirumah saudara ibumu yang perempuan, dirumah yang kamu miliki kuncinya atau dirumah kawan-kawanmu. Tidak ada halangan bagi kamu makan bersama-sama mereka atau sendirian. Maka

apabila kamu memasuki (suatu rumah dari) rumah-rumah (ini) hendaklah kamu memberi salam kepada (penghuninya yang berarti memberi salam) kepada dirimu sendiri, salam yang ditetapkan dari sisi Allah, yang diberi berkat lagi baik. Demikianlah Allah menjelaskan ayat-ayatnya(Nya) bagimu, agar kamu memahaminya.

Tafsir Quran Surat An-Nur Ayat 61: Tidak ada dosa bagi orang buta yang kehilangan penglihatannya, tidak pula ada dosa bagi orang pincang, dan tidak pula bagi orang sakit; bila meninggalkan kewajiban yang mereka tidak sanggup laksanakan seperti jihad di jalan Allah. Dan tidak ada dosa bagi diri kalian -wahai orang-orang beriman- makan di rumah kalian sendiri, termasuk juga rumah anak laki-laki kalian, atau makan di rumah bapak-bapak kalian, di rumah ibu-ibu kalian, di rumah saudara laki-laki kalian, di rumah saudari kalian, di rumah saudara laki-laki bapak kalian, di rumah saudari bapak kalian, di rumah saudara laki-laki ibu kalian, di rumah saudari ibu kalian, di rumah yang kalian miliki kuncinya seperti penjaga kebun. Tidak ada dosa untuk kalian makan di rumah kawan-kawan kalian karena biasanya hal itu terjadi lantaran kerelaannya untuk itu, tidak ada pula dosa bagi kalian makan bersama-sama atau sendirian. Maka apabila kalian memasuki suatu rumah seperti rumah-rumah yang di sebutkan di atas, atau rumah selainnya; hendaklah

kalian memberi salam kepada penghuninya dengan mengucapkan,

Assalāmu 'alaikum", dan apabila di dalamnya tidak terdapat seorang pun penghuninya, maka ucapkanlah salam kepada dirimu sendiri dengan mengucapkan, "Assalāmu'alainā wa 'alā 'ibādillāhiṣ ṣālihīn" sebagai ucapan salam dari sisi Allah yang disyariatkan-Nya untuk kalian, yang diberi berkah; karena ia menebarkan sikap saling mencintai, dan persatuan di antara kalian, juga baik karena bisa menenangkan hati pendengarnya. Dengan penjelasan-penjelasan seperti ini yang juga disebutkan sebelumnya dalam surah ini, Allah menjelaskan ayat-ayat-Nya agar kalian memahaminya, dan mengamalkan kandungannya.

Tafsir Al-Mukhtashar / Markaz Tafsir Riyadh, di bawah pengawasan Syaikh Dr. Shalih bin Abdullah bin Humaid (Imam Masjidil Haram) Tidak mengapa atas orang-orang yang memiliki udzur, seperti orang-orang buta, orang-orang cacat dan orang-orang sakit untuk meninggalkan perkara-perkara wajib yang mereka tidak mampu melaksanakannya seperti jihad dan lainnya, yang amat bergantung pada kenormalan penglihatan orang yang buta, atau kenormalan fisik orang yang pincang dan kesehatan jasmani orang yang sakit. Dan tidak masalah atas kalian, (wahai kaum Mukminin) untuk makan di rumah-rumah anak-

anak kalian, atau dirumah bapak-bapak kalian, saudarasaudara perempuan kalian, paman-paman kalian (dari pihak ayah), paman-paman kalian (dari pihak ibu), atau di rumah-rumah yang kalian diserahi untuk menjaganya saat para pemiliknya tidak ada ditempat dengan izin mereka atau dirumah-rumah teman. Tidak masalah bagi kalian untuk makan secara bersama-sama maupun sendiri-sendiri. Dan apabila kalian memasuki rumah-rumah yang berpenghuni atau tidak ada penghuninya, hendaknya kalian mengucapkan salam kepada sebagian yang lain dengan salam Islam, yaitu, “assalamu ‘alaikum warahmatullah wa barakatuh”, atau “assalamu,alaina wa ,ala ,ibadillaahish shalihin”, bila tidak dijumpai orang di dalam. Ucapan salam ini telah disyariatkan oleh Allah, yang merupakan ucapan salam yang diberkahi, yang akan menumbuhkan kasih-sayang dan cinta, baik lagi dicintai oleh orang yang mendengar. Dan dengan penjelasan seperti ini, Allah menjelaskan kepada kalian rambu-rambu agamaNya dan ayat-ayatNya, agar kalian memahaminya dan mengamalkannya.

(<https://tafsirweb.com/6189-quran-surat-an-nur-ayat-61.html>)

Keberadaan ayat-ayat dalam Al Qur.,an yang menjelaskan difabel adalah bukti bahwa sejak Islam diturunkan, selain misi utamanya menyempurnakan akhlak

dan mengajak kepada amal baik, juga termasuk peduli kepada kelompok-kelompok yang termarjinalkan, seperti kaum difabel. Sedikitnya ayat-ayat difabel dalam Al Qur.,an bukan berarti Islam menjadikan mereka sebagai kelompok yang terpinggirkan. Akan tetapi, karena dalam Islam atau di hadapan Allah *Subhanahu wa Ta'ala*, semua manusia adalah sama. Hanya iman, takwa, dan amal baik lah yang akan membedakannya. Oleh karena itu, belum tentu orang yang fisiknya sempurna, lebih mulia di hadapan sang pencipta dibandingkan dengan saudara kita yang berkemampuan berbeda atau difabel. Rasulullah sendiri diutus oleh Allah adalah untuk menyempurnakan akhlak, di mana Islam mengajarkan kepada umatnya untuk mempunyai akhlak yang baik kepada semua ciptaan

Tuhan, termasuk kepada difabel. Ajaran Islam yang dibawa Rasulullah *Shalallahu 'Alaihi wa Sallam* mengajarkan untuk saling bertoleransi dan mewujudkan kasih sayang di tengah keragaman tanpa memandang tentang fisiknya, agamanya, ras, suku, dan lainnya (<https://griyaalquran.id/begini-al-quran-menyebutkan-tentang-difabel/>).

F. Cara Mengidentifikasi Children With Physical And Health Disabilities

Asesmen awal anak-anak dengan disabilitas fisik dan gangguan kesehatan terutama merupakan tanggung jawab dokter anak; ahli saraf, yang berspesialisasi dalam kondisi dan penyakit otak, sumsum tulang belakang, dan sistem saraf; ahli ortopedi dan ahli bedah ortopedi, yang peduli dengan fungsi otot dan kondisi sendi dan tulang; dan dokter spesialis penyakit anak (Kirk et al., 2009). Spesialis lain yang terlibat dalam identifikasi termasuk fisik, bahasa bicara, dan terapis okupasi. Proses identifikasi melibatkan evaluasi medis yang komprehensif, yang meliputi riwayat medis dan perkembangan (penyakit, riwayat kesehatan anggota keluarga, masalah selama kehamilan dan persalinan, dan perkembangan perkembangan), pemeriksaan fisik, dan tes laboratorium atau prosedur khusus lainnya yang diperlukan untuk akurasi diagnosa. Ketika anak memasuki prasekolah atau taman kanak-kanak, penilaian pendidikan yang komprehensif harus diselesaikan.

ABK dengan gangguan fisik dapat diuraikan dapat diberikan layanan oleh dokter dan psikolog, misalnya sebagai berikut ini. Dokter akan melakukan investigasi dan perawatan secara variasi dengan mendiagnosis banding dengan riwayat gejala seperti rasa sakit, waktu (sudah berapa lama), menanyakan kemungkinan penyebabnya, bagaimana rasa sakit dengan detail.

Pendapat pengasuh seperti orang tua dan kerabat atau keluarga tentang masalah yang dialami anak ABK gangguan fisik. Dokter kemudian melakukan pemeriksaan fisik, dan jika perlu, melakukan beberapa penyelidikan dasar (Perry et al., 2011).

Apa yang perlu dilakukan orangtua, keluarga bila anak menunjukkan ciri-ciri atau tanda-tanda di atas? Langkah yang dapat dilakukan sebagai berikut.

1. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis secara rutin, karena jika tidak maka tubuh anak bisa bertambah kecacatannya (bengkok, mengecil, kaku).
2. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.
3. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak. Saat ini banyak anak tunadaksa yang dapat berprestasi berhasil seperti anak lain sebayanya.
4. Memerlukan latihan rutin, dan menggunakan alat bantu untuk mencegah bertambahnya kecacatan dan memudahkan melakukan kegiatan sehari-hari.

G. Keterbatasan Children With Physical And Health Disabilities

Pada umumnya tidak mengalami gangguan kognisi, tetapi biasanya mereka merasa rendah diri atau malu bergaul dengan teman-temannya. Pada penderita spina bifida, ditandai dengan

adanya tonjolan pada jaringan tulang belakang sehingga memungkinkan adanya gangguan pada tampilan seseorang, sedangkan kecerdasannya normal dan ada juga yang tinggi. Demikian pula pada penderita *muscle dystrophy*, mereka mengalami kelumpuhan pada kedua tungkainya (*paraplegia*) yang sifatnya progresif, yaitu makin lama makin berat. Fungsi kecerdasannya tidak mengalami gangguan. Siswa yang mengalami gangguan fisik, tidak memerlukan kurikulum yang berbeda dengan siswa yang tidak memiliki gangguan fisik. Sebagian besar dari mereka memiliki kemampuan kognitif yang berfungsi dengan baik dikelas dengan usia sebayanya. Kategori gangguan fisik dan gangguan kesehatan sangat kompleks, sangat sulit untuk digeneralisasikan tentang kebutuhannya. Ini sangat bergantung kepada usia anak, tipe gangguan, dan berat ringannya gangguan yang dimiliki.

Menurut (Kirk et al., 2009) Seorang anak dengan CP parah mungkin berbakat secara intelektual; orang lain dengan keterlibatan fisik ringan mungkin tertunda secara intelektual. Keseimbangan ini menciptakan dilema unik bagi anak dan orang tua. Anak gangguan kesehatan, misalnya, mungkin merasakan konflik antara kebutuhan kesehatan sehari-hari dan kebahagiaan dan mungkin menolak diet khusus yang telah diresepkan untuk kesehatannya. Anak-anak dengan gangguan kesehatan seperti diabetes, cystic fibrosis, AIDS, dan kanker mungkin menghadapi

kehidupan yang lebih pendek. Kondisi ini mengikuti kursus yang berbeda, bagaimanapun, yang dapat menghadirkan ketidakpastian yang luar biasa kepada anak-anak. Untuk beberapa anak penderita diabetes, bahkan kepatuhan ketat terhadap pengobatan yang diresepkan dan diet tidak menjamin kesehatan yang baik atau umur yang normal, dan pelanggaran seringkali tidak memiliki efek langsung yang serius.

H. Kebutuhan Khusus Children With Physical And Health Disabilities

Selain kebutuhan pada pemeriksaan di atas, penyandang disabilitas fisik pun memiliki kebutuhan khusus yang harus diperhatikan (Nurakhmi et al., 2019) seperti:

1. Latihan kebutuhan sehari-hari (ADL : Activity Daily Living)
 - Kegiatan perawatan diri kebutuhan ke kamar mandi, kegiatan berpakaian, kegiatan makan
 - Kegiatan bergerak (ambulasi), mengangkat (elevasi), bepergian (travelling), bergerak dari satu tempat ke tempat lain dengan menggunakan kursi roda di dalam maupun di luar ruangan, berjalan dengan menggunakan alat bantu braces atau crutch, bepergian dengan kendaraan khusus dan umum, berjalan menaiki tangga

- Aktivitas tangan : menulis, menggunakan telepon, memijit bel, menyalakan/ mematikan lampu, membuka /menutup pintu atau kunci
2. Latihan alat bantu (prostatik ortotik)
 - Menggunakan alat untuk bergerak: braces, krutch (baca:kruk), kursi roda, alat untuk berjalan (walker)
 - Menggunakan alat lain yang sudah dimodifikasi untuk mencapai aktivitas secara fungsional: alat makan, minum, alat tulis, alat keseharian, alat bantu untuk duduk, alat keseimbangan.
 3. Latihan penguatan otot dan sendi: pasif maupun aktif □
 Latihan kekuatan otot
 - Mencegah perubahan bentuk tubuh (kontraktur)
 - Mendapatkan habilitasi dan rehabilitasi sejak dini dan secara inklusif sesuai dengan kebutuhan; bebas memilih bentuk rehabilitasi yang akan diikuti; dan mendapatkan habilitasi dan rehabilitasi yang tidak merendahkan martabat manusia
 4. Latihan sensorimotor dan koordinasi: meronce, mewarnai, menempel, bermain puzzle.
 5. Aksesibilitas Fasilitas untuk pejalan kaki yang mudah diakses oleh penyandang disabilitas merupakan prasarana moda transportasi yang penting, antara lain trotoar dan

penyeberangan jalan di atas jalan, pada permukaan jalan, dan di bawah jalan.

6. Obat-obatan yang dibutuhkan.

Kebutuhan untuk obat yang menyertai kondisi anak dengan hambatan fisik, kebutuhan obat ini sangat individual tergantung kondisi anak, misalnya obat untuk mengelola kejang, obat penahan sakit, obat pelemas otot bagi anak yang tipe CP yang kaku atau obat yang bisa membantu untuk meningkatkan kekuatan otot pada anak disabilitas fisik yang kekuatan ototnya sangat lemah. Tabel Kebutuhan Anak dengan Gangguan Fisik dan Kesehatan

Kebutuhan belajar dengan Peran Guru	Kebutuhan akan perawatan pribadi	Teknologi Pendukung
Siswa penyandang cacat fisik mungkin tidak memiliki kebutuhan belajar tambahan. Beberapa siswa penyandang cacat	Beberapa siswa penyandang cacat fisik dan / atau intelektual mungkin memerlukan akses ke dukungan perawatan untuk berikut ini: <ul style="list-style-type: none"> • Perawatan intim (toileting, kateterisasi) 	Kursi Roda; Khusus furnitur dan peralatan; Sekolah yang diadaptasi bangunan; Alat bantu mobilitas; Tambahan ruang.

fisik mungkin meminta: <ul style="list-style-type: none"> • Waktu tambahan untuk menyelesaikan tugas <ul style="list-style-type: none"> • Program pendidikan jasmani yang berbeda	<ul style="list-style-type: none"> • Makan (makan pasak, kesulitan menelan, dukungan terhadap makan mandiri) • Penanganan manual (penggunaan kerekan, berdiri frame, pejalan kaki) • Kebutuhan transportasi (naik dan turun dari bus) • Pengawasan terhadap siswa yang secara fisik sangat rentan akibat cacat fisik seperti penyakit tulang rapuh 	
---	--	--

Sumber: (National Council for Special Education, 2013)

Kelas yang ramah bagi siswa Gangguan Fisik Anak-anak dengan gangguan fisik, ada yang mengalami gangguan kognisi dan ada pula yang tidak. Mereka yang mengalami gangguan kognisi, seperti cerebral palsy, tetapi tidak semua anak cerebral palsy berkecerdasan rendah, ada yang memiliki kecerdasan normal. Demikian pula pada gangguan fisik lainnya. Cerebral Palsy

Penyandang cerebral palsy mengalami gangguan fungsi motorik pada anggota geraknya (tangan, atau kaki) berbentuk “lumpuh” tetapi bersifat kaku. Mereka ada yang monoplegia, hemiplegia, paraplegia, triplegia, quadriplegia, dan diplegia.

1. Monoplegia : salah satu anggota tubuhnya (mungkin salah tangan atau salah satu kaki)
2. Hemiplegia : salah satu sisi dari anggota tubuhnya (lengan dan kaki pada salah satu)
3. Paraplegia : kedua kakinya
4. Triplegia : tiga anggota tubuh (pada umumnya kedua kaki dan salah satu lengan)
5. Quadriplegia : Semua anggota tubuhnya (kedua kaki dan kedua lengan)
6. Diplegia : Dua anggota tubuhnya, kedua kaki, disebut paraplegi.

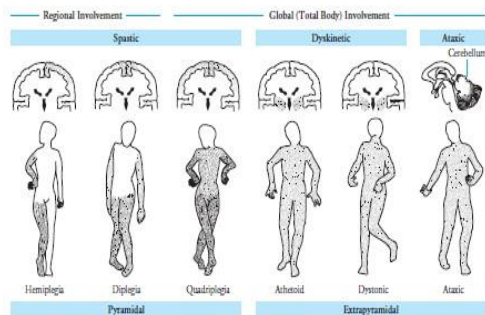


FIGURE 12.2
Regions of the Brain and Body Affected by Various Forms of Cerebral Palsy
 Sources: J. P. Delman & L. Pellegrino: *Caring for children with cerebral palsy: A team approach* (p. 72) (Baltimore: Paul H. Brookes, 1998).

Dampak dari cerebral palsy pada umumnya memunculkan masalah lain, antara lain kesulitan belajar, gangguan kecerdasan, epilepsi, gangguan bicara, gangguan penglihatan atau gangguan pendengaran. Jenis lain dari gangguan fisik, seperti epilepsi, spinabifida, dan muscle dystrophy. Seseorang baru tampak menderita epilepsi (ayan) jika yang bersangkutan mengalami gangguan kesadaran yang disertai dengan kejang-kejang dan mulutnya berbusa.

Category	Hours per week
Physical disability	3
Emotional disturbance	3.5
Moderate GLD	3.5
Autism	5
Specific speech & language disorder	4
Hearing impairment	4
Severe emotional disturbance	5
Severe & profound GLD	5
Visual impairment	3.5
Multiple disabilities	5
Assessed syndrome	3 to 5 *

*depending on level of intellectual disability

Source: DES Circular 02/2005

Table 4: Staffing ratios for each disability category

Type of special class/school	Pupil-teacher ratio	Class-SNA ratio
Visual impairment	8 : 1	4 : 1
Hearing impaired	7 : 1	4 : 1
Profoundly Deaf	6 : 1	2 : 1
Mild GLD	11 : 1	4 : 1
Moderate GLD	8 : 1	2 : 1
Severe/profound GLD	6 : 1	1 : 2
Emotional disturbance	8 : 1	4 : 1
Severe emotional disturbance	6 : 1	1 : 1
Physical disability	10 : 1	1 : 1
Speech and Language Disorders	7 : 1	3 : 1
Specific learning disability	9 : 1	no automatic allocation
Autism/autistic spectrum disorder	6 : 1	1 : 2
Multiple disabilities	6 : 1	1 : 1

Source: SERC Report, 1993

I. Akses Pendidikan Children With Physical And Health Disabilities.

SLB bagian D untuk tunadaksa Banyak siswa penyandang disabilitas fisik dan sebagian besar siswa dengan gangguan kesehatan akan menerima sebagian besar layanan mereka di kelas pendidikan umum , *children with physical and health disabilitie* ini bisa di sekolahkan seperti sekolah-sekolah inklusi. Sekolah berkebutuhan khusus (SKH)

J. Strategi dan Pelayanan Children With Physical And Health Disabilities

Special Needs Assistant (SNA) atau Guru Pendamping Khusus (GPK) dialokasikan ke sekolah dasar, pasca-sekolah dasar dan sekolah luar biasa untuk membantu sekolah dalam menangani kebutuhan perawatan tambahan untuk memfasilitasi inklusi siswa dengan kebutuhan pendidikan khusus. Sekolah dapat mengajukan permohonan SNA untuk siswa penyandang disabilitas yang juga memiliki kebutuhan medis yang signifikan untuk bantuan tersebut, gangguan fungsi fisik atau sensorik yang signifikan atau yang perilakunya membahayakan diri mereka sendiri atau siswa lain atau sangat mengganggu pembelajaran. peluang siswa lain (National Council for Special Education, 2013) Layanan Pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus dengan gangguan fisik / neurologis

1. Pertimbangkan ruang fisik: apakah ada kendala yang mencegah anak bergerak dengan aman di area tersebut? Apakah jalurnya cukup lebar untuk menampung yang khusus peralatan seperti alat bantu jalan atau kursi roda?
2. Mengetahui kekuatan dan kebutuhan anak agar mandiri didorong dan didukung secara realistis.
3. Bantu anak dengan aktivitas yang dia mungkin tidak lakukan mampu melakukannya sendiri, seperti menendang bola.
4. Minta terapis yang terlibat dengan anak untuk menunjukkannya teknik *positioning* yang tepat dan cara menggunakannya dan merawat peralatan khusus.
5. Jika Anda mengalami kesulitan dalam mengatur posisi, makan, dll., konsultasikan dengan orang tua atau wali anak untuk saran yang mereka anggap berguna di rumah.
6. Memberikan kesempatan kepada semua staf untuk memegang dan memposisikan anak untuk memastikan semua orang nyaman.
7. Bantu anak-anak lain memahami mengapa “Lauren tidak bisa berjalan” dan menekankan apa yang dapat dilakukan Lauren.
8. Cobalah untuk mengalami sendiri disabilitas Anda dapat lebih memahami perspektif anak.

9. Bekerja sama dengan agensi dan personel lain yang memberikan layanan khusus seperti intervensi awal dan terapis.
10. Pastikan bahwa posisi anak serupa dengan apa anak-anak lain di kelas melakukannya jika memungkinkan (seperti waktu lantai).
11. Jika anak tidak dapat menggunakan peralatan bermain, jadwalkan beberapa aktivitas luar ruangan lain yang dilakukan anak penyandang cacat dapat berpartisipasi seperti meniup gelembung, layang-layang terbang, dll. (Alkon et al., 2006).

K. Modifikasi Lingkungan Pembelajaran bagi Children With Physical And Health Disabilities

Untuk mengakomodasi kebutuhan fisik dan kesehatan siswa berkebutuhan khusus yang termasuk dalam kelas pendidikan umum, mungkin diperlukan perubahan pada beberapa rutinitas dan prosedur kelas. Contoh modifikasi kurikulum yang sesuai muncul di sini (Lewis et al., 2017).

1. Jika siswa berkursi roda atau mereka yang memiliki masalah mobilitas berjalan lambat, mereka dapat diberhentikan beberapa menit lebih awal dari kelas sehingga mereka dapat tiba di kelas atau kegiatan berikutnya tepat waktu.

2. Pelajar harus diizinkan untuk istirahat di siang hari jika perlu untuk istirahat, kunjungan ke kamar mandi, pengobatan, atau diet khusus.
3. Prosedur kelas harus diterapkan untuk situasi darurat. Misalnya, dalam kasus latihan kebakaran, seseorang harus diberi tanggung jawab untuk memastikan siswa tersebut dengan masalah mobilitas dibantu dalam meninggalkan kelas dengan cepat.
4. Untuk beberapa siswa, sulit untuk mengikuti pantangan makanan atau aktivitas. Siswa yang menjalani diet rendah karbohidrat mungkin ingin makan permen; orang yang dibatasi untuk periode latihan singkat mungkin ingin bergabung dengan yang lain bermain sepak bola saat istirahat. Para siswa ini harus diberikan alternatif yang menarik untuk membantu mereka mematuhi aturan medis mereka. Misalnya, alihalih camilan untuk hadiah kelas, aktivitas dapat digunakan sebagai penguat; atau jika siswa tidak mampu bermain olahraga, mereka dapat ditunjuk sebagai asisten pelatih untuk guru.

Siswa dengan gangguan fisik dan kesehatan mungkin memerlukan bantuan, tetapi sama saja. Penting agar para siswa ini diberi kesempatan untuk belajar berfungsi secara mandiri. Seringkali lebih cepat dan lebih mudah bagi guru atau teman untuk melakukan sesuatu untuk siswa ini daripada mengizinkan mereka melakukan

sesuatu untuk diri mereka sendiri. Misalnya, seorang siswa mungkin membutuhkan waktu 5 menit untuk mengenakan jaket, sedangkan dengan bantuan, hanya diperlukan beberapa detik. Namun, keterampilan seperti itu hanya diperoleh dengan latihan, dan bantuan orang lain mungkin sebenarnya menghalangi pembelajaran.

Memodifikasi Lingkungan Fisik pada tunanetra dan kesehatan adalah lingkungan fisik kelas dan sekolah. Untuk beberapa siswa dengan masalah mobilitas, ini mungkin area utama di mana modifikasi harus dilakukan. Panduan berikut hendaknya membantu memastikan bahwa lingkungan fisik diatur dengan tepat untuk mengakomodasi siswa penyandang cacat (Lewis et al., 2017).

1. Evaluasi sekolah dan ruang kelas untuk aksesibilitas. Hambatan arsitektur yang membatasi perjalanan siswa dengan kursi roda atau siswa dengan keterbatasan fisik dapat menghalangi partisipasi penuh mereka dalam program pendidikan. Siswa yang paling cemerlang tidak dapat memperoleh manfaat dari program terbaik jika tangga adalah satu-satunya jalan ke ruang kelas dan siswa tersebut menggunakan kursi roda.
2. Atur ruang kelas untuk memfasilitasi mobilitas. Pastikan tersedia ruang yang cukup untuk siswa yang menggunakan kursi roda atau mereka yang menggunakan kruk untuk bepergian dari satu area kerja ke area lain.
3. Membuat semua area dan aktivitas dalam ruang kelas pendidikan umum dapat diakses oleh siswa dengan masalah mobilitas. Ini

termasuk papan tulis, rak buku, lemari penyimpanan, rak mantel, perlengkapan seni, papan buletin, kotak pajangan, komputer, perlengkapan audiovisual, pusat kegiatan, dan sebagainya.

4. Pertimbangkan pengaturan tempat duduk untuk siswa berkebutuhan khusus. Siswa di kursi roda mungkin memerlukan meja atau papan pangkuan khusus untuk menulis. Orang lain mungkin membutuhkan kursi khusus itu memberikan dukungan ekstra; Misalnya, sandaran lengan atau kaki dapat membantu siswa mempertahankan posisi tegak untuk kegiatan membaca dan menulis. Tanyakan kepada perawat sekolah, guru pendidikan khusus, atau ahli terapi fisik untuk informasi khusus tentang kebutuhan pemosisian setiap siswa.
5. Menyediakan ruang penyimpanan untuk alat bantu dan peralatan siswa. Misalnya, kruk harus mudah dijangkau pemiliknya tanpa menimbulkan bahaya bagi orang lain yang berpindah-pindah kelas.
6. Salah satu caranya adalah dengan menggunakan penahan kruk di bagian belakang atau samping kursi siswa.
7. Pastikan bahwa peralatan khusus disimpan dalam keadaan baik. Misalnya, periksa kursi roda secara berkala untuk mengetahui kesesuaian, kenyamanan, dan perbaikan yang baik. Jika modifikasi atau perbaikan diperlukan, beri tahu orang tua siswa atau pendidik khusus yang bekerja dengan siswa tersebut.

8. Untuk siswa dengan kruk, Glazzard (1982) menyarankan kursi beroda untuk memfasilitasi pergerakan di dalam kelas; kursi kantor di rol. Di kamar tanpa karpet, kruk dapat tergelincir ketika siswa menggunakannya untuk membantu diri mereka sendiri dari posisi duduk. Jika perlu bantuan, tunjukkan kepada teman-teman mereka di kelas pendidikan umum cara menggunakan salah satu kaki mereka sebagai penyangga untuk mencegah kruk tergelincir.
9. Siswa dengan kekuatan terbatas atau koordinasi yang buruk mungkin memerlukan akses mudah ke peralatan kerja.
10. Meja dengan ruang penyimpanan terbuka lebih disukai daripada meja dengan penutup yang harus dinaikkan. Alur pensil di atas meja atau kotak kecil untuk menyimpan pensil, pulpen, dan penghapus dapat membantu menjaga agar bahan pekerjaan tetap dekat.

L. Strategi Dan Asesmen Pembelajaran Children With Physical And Health Disabilities

Asesmen awal anak-anak dengan disabilitas fisik dan gangguan kesehatan terutama merupakan tanggung jawab dokter anak, ahli saraf, yang berspesialisasi dalam kondisi dan penyakit otak, sumsum tulang belakang, dan sistem saraf; ahli ortopedi dan ahli bedah ortopedi, dan dokter spesialis (Kirk et al., 2009). Proses identifikasi melibatkan evaluasi medis yang komprehensif, yang meliputi riwayat medis dan perkembangan (penyakit, riwayat

kesehatan anggota keluarga, masalah selama kehamilan dan persalinan, dan kemajuan perkembangan), pemeriksaan fisik, dan tes laboratorium atau prosedur khusus lainnya yang diperlukan untuk diagnosis yang akurat. Mulai dari anak memasuki pra sekolah atau taman kanak-kanak, penilaian pendidikan yang komprehensif harus diselesaikan.

IDEA mensyaratkan bahwa asesmen harus tepat waktu, komprehensif, dan multidisiplin. Semakin besar dampak kecacatan, semakin sulit menilai kemampuan anak.

Menilai atau mengevaluasi keterampilan individu dengan cacat ganda dan parah, bagaimanapun, cukup jelas. Evaluasi harus sesuai dengan kebutuhan individu dan keluarga menjadi pertimbangan budaya dan bahasa anak. Penilaian pendidikan anak-anak penyandang disabilitas fisik tetap menjadi tugas yang kompleks dan menantang. Asesmen perlu dimodifikasi untuk memungkinkan anak berkebutuhan khusus berpartisipasi. Modifikasi ini dibuat untuk mengakomodasi ketidakmampuan siswa dan untuk memastikan bahwa kami mendapatkan gambaran yang akurat tentang kemampuan dan kebutuhannya.

Empat area berikut dimana akomodasi penilaian dapat dibuat untuk siswa penyandang disabilitas (Kirk et al., 2009):

1. Presentasi (pengarahan berulang; pembaca, penerjemah, juru bahasa arab; huruf; braille)

2. Respon (menandai jawaban di buku ; menggunakan komputer; menggunakan tombol tekan, pointer, atau teknologi bantu lainnya; mendiktekan jawaban)
3. Pengaturan (akses untuk kursi roda atau akomodasi untuk fisik lainnya kebutuhan; pencahayaan khusus; ruang terpisah atau tempat belajar)
4. Waktu / jadwal (memungkinkan diperpanjang waktu dan istirahat yang sering untuk menghindari kelelahan)

Menafsirkan hasil asesmen anak yang memiliki kecacatan fisik dan / atau multipel dan berat menghadirkan tantangan yang sangat spesifik. Kesulitan utama adalah dengan tes yang mengacu pada norma. Ini adalah tes yang "distandarisasi" pada kelompok anakanak untuk memungkinkan kita membandingkan skor individu anak dengan skor tipikal untuk anak lain dalam kelompok usianya

Referensi

- Alkon, A., Bernzweig, J., Boyer-Chu, L., Calder, J., & Dailey, L. (2006). Children with Disabilities and Other Special Needs. *California Childcare Health Program*, 510. https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra181/f/15_CCHC_SpecialNeeds_0406_v2.pdf
- Desliana Maulipaksi. (2017). *Sekolah Inklusi dan Pembangunan SLB Dukung Pendidikan Inklusi*. Kemdikbud.Go.Id.

- Kirk, S., Gallagher, J. J., Coleman, M. R., & Anastasiow, N. (2009). Children Who Are Deaf or Hard of Hearing. In *Educating Exeptional Children*.
- Lewis, R. B., Wheeler, J. J., & Carter, S. L. (2017). *Teaching Student With Special Needs in General Education Classrooms* (9th ed., Vol. 32, Issue 12).
- National Council for Special Education. (2013). Supporting Students with Special Educational Needs in Schools. *National Council for Special Education, 4*.
- Nurakhmi, R., Santoso, Y. B., & Pangestu, P. D. (2019). *MENEMUKENALI DAN PENYANDANG DISABILITAS Panduan Dasar untuk Orang Tua, Keluarga dan Pendamping* (Indrawati, R. Agustian, & M. D. Chayaningtyas (eds.)). Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.
- Perry, D., Hammond, L., Marston, G., Gaskell, S., & Eva, J. (2011). *Caring for the Physical and Mental Health of People with Learning Disabilities*. Jessica Kingsley Publishers.
- Purba, T. A. (2019). *70 Persen Anak Berkebutuhan Khusus Tak Dapat Pendidikan Layak*. LIFESTYLE.
- United Nations Children"s Funds. (2018). Children and young people with disabilities. *United Nations Children's Funds, July*, 1–28. http://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5__Web_NEW.pdf

Winarsih, S., Hendra, J., Idris, F. H., & Adnan, E. (2013). Panduan penanganan nak berkebutuhan khusus bagi pendamping (orang tua, keluarga, dan masyarakat). *Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Republik Indonesia*, 1–17.

https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/list/b3401-panduan-penanganan-abk-bagipendamping-_orang-tua-keluarga-dan-masyarakat.pdf

<https://griyaalquran.id/begini-al-quran-menyebutkan-tentang-difabel/> <https://tafsirweb.com/6189-quran-surat-an-nur-ayat-61.html>

BAB V
SISWA DENGAN HAMBATAN KOMUNIKASI
(Children With Communication Disorders)

Oleh: Sulistyani Puteri Ramadhani

A. Pengertian Gangguan Komunikasi

Gangguan komunikasi (Kirk et al., 2009) gangguan dengan ketidakmampuan individu untuk mengirim, menerima, dan memproses informasi. Gangguan komunikasi terkait masalah dengan input dapat merusak kemampuan individu untuk menerima pesan. Kesulitan dalam pemrosesan bisa membuat memahami atau menafsirkan pesan dengan keras, dan masalah keluaran dapat dibuat sulit untuk mengirim pesan. Dalam beberapa kasus, kesulitan pemrosesan memengaruhi anak-anak kemampuan untuk memahami arti nonliteral dari kata-kata, sehingga anak kehilangan nuansa komunikasi. Fungsi eksekutif juga mengawasi dan memantau komunikasi, dan jika ada masalah dengan kehadiran, komunikasi akan sulit. Konteks emosional komunikasi juga dapat berkontribusi ketidakmampuan individu untuk mengirim, menerima, atau memahami pesan. Saat anak mengalami gangguan komunikasi,

sangat sulit dalam bersosial dengan teman, sehingga anak mudah tidak percaya diri, lebih cemas. Kegagalan untuk menafsirkan konteks atau pengaturan dengan tepat juga dapat menyebabkan masalah dengan komunikasi dan pragmatik penggunaan bahasa. Gangguan Bahasa Gangguan bahasa adalah gangguan pemahaman dan / atau penggunaan lisan, tulisan, atau sistem simbol lainnya. Gangguan ini mungkin melibatkan (1) bentuk bahasa (pho-nologi, morfologi, sintaksis), (2) isi bahasa (semantik), dan / atau (3) fungsi bahasa dalam komunikasi (pragmatik) dalam kombinasi apapun (Kuder, 2003) gangguan bahasa diartikan sebagai penyimpangan (atau perbedaan) dari perkembangan tipikal dan / atau penggunaan bahasa yang tepat. Itu penting- ingin mengidentifikasi gangguan bahasa sedini mungkin karena gangguan tersebut dapat menyebabkan masalah serius dalam pembelajaran dan sosialisasi. Apalagi dengan identifikasi awal, mungkin saja mungkin untuk membantu anak-anak membuat peningkatan yang signifikan dalam keterampilan bahasa mereka. Definisi ASHA (Nabila, Teresa, & Wijayanto, 2018) adalah bahwa gangguan bahasa mencakup baik pemahaman bahasa maupun produksi bahasa . Anak-anak yang mengalami kesulitan pemahaman (bahasareseptif) mungkin kesulitan mengikuti petunjuk dan mungkin tampak lalai.

Anak yang memiliki masalah dengan produksi bahasa (bahasa ekspresif) mungkin enggan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang membutuhkan penggunaan bahasa. Mereka mungkin menggunakan bahasa yang lebih dewasa mengukur daripada rekan-rekan mereka. Mereka mungkin juga mengalami kesulitan menghubungkan pengalaman pribadi atau menceritakan kembali cerita. Kadang-kadang masalah bahasa produktif lebih jelas, tetapi Kegagalan dalam pemahaman bisa menjadi masalah yang sama atau bahkan lebih di kelas. Poin utama kedua yang dibuat oleh definisi tersebut adalah bahwa gangguan tersebut dapat diidentifikasi baik bahasa lisan atau tulisan . Biasanya kita menganggap gangguan bahasa hanya mengacu pada masalah bahasa lisan . Tetapi definisi tersebut menunjukkan bahwa bahasa adalah bagian penting menulis juga. Terkadang masalah dalam menulis disebabkan oleh kesulitan yang mendasarinya dalam menggunakan bahasa. Gangguan bahasa dapat bervariasi dari yang ringan (mis., Masalah dalam menggunakan akhiran kata tetapi mudah dipahami oleh orang lain) sampai parah (misalnya, kesulitan ekstrim dalam memahami apa yang orang lain katakan atau dipahami oleh orang lain). Seringkali anak-anak dengan gangguan bahasa dan komunikasi mengalami masalah terkait masalah yang mungkin

disebabkan oleh kesulitan bahasa mereka. Mereka mungkin mengalami kesulitan berinteraksi- berbicara dengan temanteman mereka. Mereka mungkin pemalu dan enggan mendekati orang lain. Anak-anak lain mungkin mengabaikan mereka atau, lebih buruk lagi, menolak upaya persahabatan mereka. Beberapa anak dengan gangguan bahasa dan komunikasi mengalami kesulitan dengan fungsi kognitif. Mereka mungkin memiliki masalah dalam mengatur informasi untuk diingat, mungkin kurang perhatian daripada mereka teman sebaya, dan mungkin umumnya lebih lambat merespons. Terkadang anak-anak dengan bahasa dan kesulitan komunikasi menunjukkan masalah perilaku. Masalah-masalah ini mungkin akibatnya frustrasi mereka sendiri dengan komunikasi, atau mungkin hasil dari tanggapan orang lain untuk kesulitan mereka. Beberapa anak dengan gangguan bahasa dan komunikasi memiliki cacat fisik yang menyebabkan atau memperburuk kesulitan mereka. Misalnya, anak-anak dengan celah langit-langit sering mengalami kesulitan dengan artikulasi, dan anakanak dengan ringan.

Setiap elemen bahasa fonologi, morfologi, sintaksis, semantik, dan pragmatik adalah sumber bahasa yang potensial gangguan. Misalnya, beberapa anak mampu berekspresi sesuai

usia ide dalam struktur kalimat yang benar tetapi tidak dapat menggunakan aturan morfologi yang diterima; mereka mungkin memiliki kesulitan dengan bentuk jamak (foot-feet), dengan bentuk kata kerja (lari-lari, jalan-jalan), atau dengan menggunakan prefiks (pra-, anti-). Bahasa melibatkan penerimaan (menerima informasi) dan ekspresi (memberi keluar informasi verbal dan menghasilkan bahasa tertulis).

B. Klasifikasi Gangguan Komunikasi

Gangguan komunikasi adalah gangguan dalam kemampuan menerima, mengirim, memproses, dan memahami konsep sistem simbol verbal, nonverbal, dan grafis. Gangguan komunikasi mungkin terlihat dalam proses pendengaran, bahasa, dan / atau pidato. Gangguan komunikasi dapat berkisar dalam tingkat keparahan dari ringan hingga berat. Mungkin berkembang atau diperoleh. Individu dapat menunjukkan satu atau kombinasi dari gangguan komunikasi. Gangguan komunikasi dapat mengakibatkan kecacatan primer, atau mungkin sekunder untuk kecacatan lainnya.

A. Gangguan bicara adalah gangguan artikulasi suara bicara, kefasihan, dan / atau suara.

1. Gangguan artikulasi adalah produksi suara ucapan atipikal yang ditandai oleh substitusi, kelalaian, penambahan, atau distorsi yang dapat mengganggu kejelasan.
2. Gangguan kelancaran adalah gangguan dalam aliran berbicara yang ditandai dengan atipikal rate, ritme, dan pengulangan dalam suara, suku kata, kata, dan frase. Ini mungkin disertai ketegangan yang berlebihan, perilaku pergulatan, dan tingkah laku sekunder.
3. Gangguan suara ditandai dengan produksi yang tidak normal dan / atau hilangnya vocal kualitas, nada, kenyaringan, resonansi, dan / atau durasi, yang tidak sesuai untuk sebuah usia dan / atau jenis kelamin individu.

B. Gangguan bahasa adalah gangguan pemahaman dan / atau penggunaan lisan, tulisan, dan / atau sistem simbol lainnya. Gangguan tersebut mungkin melibatkan (1) bentuk bahasa (fonologi, morfologi, sintaksis), (2) isi bahasa (semantik), dan / atau (3) fungsi bahasa dalam komunikasi (pragmatik) dalam kombinasi apa pun.

Perbedaan komunikasi/dialek adalah variasi dari sistem simbol yang digunakan oleh sekelompok orang individu yang

mencerminkan dan ditentukan oleh kesamaan regional, sosial, atau budaya / etnis faktor. Variasi regional, sosial, atau budaya / etnis dari sistem simbol tidak boleh dianggap sebagai gangguan bicara atau bahasa.

C. Karakteristik Gangguan Komunikasi Gangguan Berbahasa secara Kognitif

Isi pikiran diutarakan dalam ekspresi verbal. Oleh karena itu, bisa disimpulkan bahwa ekspresi verbal yang terganggu Gangguan Berbahasa bersumber atau disebabkan oleh pikiran yang terganggu. **Gangguan kognitif** tersebut dapat berupa sebagai berikut:

1. Demensia

Istilah demensia mencakup diagnosa yang luas sebagai simptom dari kemunduran intelektualitas akibat perubahan jaringan sel di otak. Orang yang menderita demensia menunjukkan banyak gangguan seperti: *agnosia* (kesulitan mengenali obyek melalui rangsang indera), *apraksia* (ketidakmampuan melakukan perbuatan kompleks dan tangkas menurut kehendak), *amnesia* (gangguan memori), perubahan kepribadian, perubahan perilaku, dan kemunduran dalam segala macam fungsi intelektual. Semua gangguan ini meyebabkan

kurangnya berpikir, sehingga ekspresi verbalnya diwarnai dengan kesukaran menemukan kata-kata yang tepat. Kalimat seringkali diulang-ulang, pembicaraan sering terputus karena arah pembicaraan tidak teringat atau sering berpindah ke topik lain.

Sebagai akibat menurunnya fungsi kognitif, penderita mengalami agnosia yaitu ketidakmampuan mengenali benda yang dilihat, didengar atau diraba. Selain itu dia tidak mampu mengenali benda tersebut melalui pengalaman lampau. Ketidakmampuannya dalam bertindak juga beragam, antara lain:

- **apraxia ideal**, tidak mampu mempertahankan ide dalam waktu tertentu;
- **apraxia ideomotorik**, ketidakmampuan memformulasikan rencana suatu perbuatan;
- **apraxia kinetik**, tidak mampu berbuat menurut kehendak;
- **dressing apraxia**, tidak mampu mengenakan pakaian karena gangguan orientasi ruang sehingga tidak tahu mana yang diperuntukkan untuk lengan atau tungkai;
- **apraxia konstruksi**, ketidakmampuan mencontoh gambar atau menyusun balok sesuai contoh (Usman, 2008).

Dr. Martina W.S. Nasrun (dalam Chaer, 2003) mengatakan bahwa demensia atau pikun adalah suatu penurunan fungsi memori atau daya ingat dan daya pikir lainnya yang dari hari ke hari semakin buruk. Gangguan kognitif ini meliputi terganggunya ingatan jangka pendek, kekeliruan mengenali tempat, orang, dan waktu. Juga gangguan kelancaran bicara.

Gangguan Berbahasa secara Psikogenik (Rohmani Nur Indah, 2017)

Selain karena faktor kognitif sebagaimana dijabarkan di atas, gangguan berbahasa disebabkan segi mental atau psikogenik. Gangguan ini bersifat lebih ‘ringan’ karena itu lebih tepat disebut sebagai variasi cara berbicara yang normal sebagai ungkapan dari gangguan mental. Modalitas mental ini terungkap dari nada, intonasi, intensitas suara, lafal, dan diksi. Ujaran yang berirama lancar atau tersendat-sendat juga mencerminkan sikap mental si pembicara. Gangguan psikogenik ini antara lain sebagai berikut:

1. Berbicara manja

Disebut berbicara manja karena ada kesan keinginan untuk dimanja sebagaimana anak kecil yang membuat

perubahan pada cara bicaranya. Fonem [s] dilafalkan [c] sehingga kalimat “sakit sekali susah sembuhnya” menjadi Gangguan Berbahasa “cakit cekali susah sembuhnya”. Gejala seperti ini dapat diamati pada orang tua pikun atau jompo (biasanya wanita). Gejala ini memberikan kesan bahwa struktur bahasa memiliki *substrat serebral*. Namun bagaimana bentuk organisasinya belum masih diteliti.

2. Berbicara kemayu

Menurut Sidharta (dalam Chaer, 2003) istilah kemayu mengacu pada perandai kewanitaan yang berlebihan yang dalam hal ini ditunjukkan oleh seorang pria. Berbicara kemayu dicirikan oleh gerak bibir dan lidah yang menarik perhatian dan lafal yang dilakukan secara menonjol atau ekstra lemah gemulai dan memanjang. Meskipun berbicara jenis ini tidak langsung termasuk gangguan bahasa, tetapi dapat dipandang sebagai *sindrom fonologik* yang mengungkapkan gangguan identitas kelamin.

3. Berbicara gagap

Gagap yaitu berbicara yang kacau, tersendat-sendat, mendadak berhenti, lalu mengulang-ulang suku kata pertama,

kakta-kata berikutnya, dan setelah berhasil mengucapkan kata-kata itu kalimat dapat diselesaikan. Penderita gagap kerap tidak berhasil mengucapkan suku kata awal, hanya berhasil mengucapkan konsonan atau vokal awalnya dengan susah payah hingga bisa menyelesaikan kalimatnya. Dalam usahanya mengucapkan kata pertama yang barangkali gagal, penderita gagap menampakkan rasa letih dan kecewanya. Penyebab gagap belum diketahui secara tuntas. Namun, hal-hal yang dianggap berperan misalnya: Faktor 'stress'; Pendidikan anak yang terlalu keras dan ketat, serta tidak mengijinkan anak berargumentasi atau membantah; Adanya kerusakan pada belahan otak (hemisfer) yang dominan; Faktor neurotik famial.

Dulu gagap dianggap terjadi karena adanya pemaksaan untuk menggunakan tangan kanan pada anak-anak yang kidal. Namun, kini anggapan tersebut tidak dapat dipertahankan. Gagap termasuk disfasia ringan yang lebih sering terjadi pada kaum laki-laki daripada perempuan, dan lebih banyak terjadi pada golongan remaja daripada orang dewasa.

Berbicara latah

Latah atau *ekolalia* yaitu perilaku membeo atau menirukan ucapan orang lain. Ini merupakan sindrom yang terdiri atas

curah verbal repetitif yang bersifat jorok (koprolalla) dan gangguan lokomotorik yang dapat dipancing. Kata-kata jorok yang ditiru cenderung berorientasi pada alat kelamin laki-laki. Yang sering dihindangi sindrom ini adalah wanita berumur 40 tahun ke atas. Timbulnya latah ini berkorelasi dengan kepribadian histeris.

Gangguan Berbahasa secara Linguistik

Yang dimaksud dengan gangguan berbahasa secara linguistik yaitu ketidakmampuan dalam pemerolehan dan pemrosesan informasi linguistik. Di atas telah disinggung gangguan berbahasa yang berkembang dari kelainan sejak lahir. Kelainan ini dapat berimbas pada beberapa hal berikut:

Masalah kefasihan

Pada sebagian penutur, masalah ini lebih banyak bersifat psikologis, misalnya yang terjadi pada orang yang gagap dan latah. Pada penutur lain masalah ini bersifat fisiologis, menyangkut kesalahan formasi dan pengolahan organ artikulasi (seperti mulut, lidah, langit-langit mulut).

Gangguan Bicara

Gangguan bicara mungkin termasuk masalah dengan artikulasi dan fonologis pemrosesan, kelancaran, dan / atau suara. (Kirk et al., 2009)

Gangguan artikulasi dapat berkisar dari cadel frontal ringan hingga flet keraguan dalam kata-kata untuk salah pengucapan pidato terdengar begitu parah pembicara tidak dapat dipahami oleh pendengar di komunitasnya sendiri. Tidak tepat produksi fonem (suara) atau kesalahan artikulasi termasuk substitusi, distorsi, kelalaian, dan, jarang, penambahan suara ekstra. Saat dimaksudkan fonem diganti dengan fonem lain, kesalahannya adalah salah satu substitusi.

Contoh umum adalah w untuk r (wight untuk kanan), t untuk k (toat untuk mantel), dan w untuk l (merajut untuk cinta). Pengaruh beberapa substitusi pada kejelasan menjadi terlihat ketika suka menjadi pucat. Dalam kasus lain, salah produksi membuat file fonem terdengar berbeda, tetapi tidak cukup berbeda untuk mengubah produksi menjadi fonem yang berbeda. Produksi ini dikenal sebagai distorsi (misalnya, bru untuk biru). Ketika gangguan melibatkan kelalaian, suara tertentu dihilangkan seluruhnya (bayar untuk bermain, ka untuk

kucing atau topi). Salah artikulasi tidak selalu konsisten. Dalam beberapa urutan fonem, bunyi diartikulasikan dengan benar; pada orang lain, mereka tidak. Seringkali posisi suara (di awal, tengah, atau akhir kata) atau posisi sebuah kata mempengaruhi produksi. Johnny, bocah itu berdiskusi di awal bab, memiliki kesulitan terutama dengan artikulasi. Bahkan dengan intens terapi bicara awal, pidatonya hampir tidak bisa dipahami sampai dia berusia 8 tahun.

Gangguan Kefasihan Berbicara

Kefasihan adalah aliran bicara. Gangguan fluensi yang paling umum adalah gagap, yang ditandai dengan pengulangan dan perpanjangan suara, suku kata, atau kata-kata; ketegangan; dan gerakan asing (ASHA, 2008). Gagap itu rumit gangguan bicara dengan berbagai penyebab yang diasumsikan. Beberapa peneliti percaya itu mungkin ada komponen genetik untuk gagap (Yairi, Ambrose, & Cox, 1996). Banyak anak yang gagap menunjukkan pemulihan spontan pada usia sekolah (Bloodstein, 1995). Tetapi yang lainnya, seperti Michelle, terus mengalami kesulitan. Seperti kebanyakan orang disabilitas, intervensi dini (dimulai pada usia 3 tahun) bisa sangat efektif mengurangi gagap (Onslow, Costa, Andrews, Harrison, & Packman, 1996).

Gangguan Suara

Suara adalah produksi suara di laring dan transmisi selektif dan modifikasi suara itu melalui resonansi dan kenyaringan (Anda mungkin ingin lihat kembali Gambar 7.3 untuk mengingatkan diri Anda sendiri bagaimana pidato dihasilkan). Saat kita berbicara tentang suara, kita biasanya memikirkan tiga karakteristik: kualitas, nada, dan kenyaringan (ASHA, 2008). Kami mengevaluasi karakteristik ini dalam hal usia pembicara, jenis kelamin, dan budaya (Moore, 1996). Gangguan suara adalah variasi yang tidak tepat ini. Gangguan kualitas suara, umumnya disebut disfonia, bisa terkait ke fonasi, resonansi, atau keduanya. Nafas, suara serak, dan kekerasan adalah gangguan fonasi.

Masalah dengan resonansi termasuk hypernasality (secara berlebihan ucapan yang terdengar sengau) dan hiponasitas (ucapan yang terdengar seolah-olah itu speaker memiliki flu yang buruk). Seringkali terdapat gangguan fonasi dan resonansi orang yang sama, tetapi mereka bisa menjadi gangguan yang terpisah. Pitch menunjukkan apakah file pembicara adalah pria atau wanita, tua atau muda. Pitch break, masalah umum, terjadi pada remaja dan mempengaruhi anak laki-laki terutama ketika suara mereka semakin dewasa. Dengan bertambahnya jumlah

anak dari budaya dan bahasa yang beragam keluarga di sekolah saat ini, kita harus sangat berhati-hati dalam mengambil latar belakang bahasa anak menjadi pertimbangan saat kami melihat kemungkinan area perhatian (Guiberson et al., 2006; Salvia et al., 2007).

D. Faktor Penyebab Gangguan Komunikasi

Gangguan bahasa secara biologis disebabkan ketidaksempurnaan organ. Contohnya yaitu yang dialami tunarungu, tunanetra dan penyandang gangguan mekanisme berbicara.

1. Gangguan akibat ketidaksempurnaan organ

Pada penderita **tunawicara**, pendekatan modern yang digunakan untuk mendidik tunarungu memprioritaskan pada pengajaran bahasa isyarat. Dengan menggunakan bahasa isyarat sebagai bahasa ibu, tunarungu kemudian memahami bahasa lisan dan tulis sebagai bahasa kedua. Dewasa ini mengajarkan pemahaman membaca gerak bibir lebih ditekankan. Namun demikian bagi penderita tunarungu dengan kerusakan pendengaran yang sangat parah hanya dapat diajari dengan **bahasa isyarat**.

2. Gangguan pada mekanisme bicara

Ketidaksempurnaan organ wicara menghambat kemampuan seseorang memproduksi ucapan (perkataan) yang sejatinya terpadu dari pita suara, lidah, otot-otot yang membentuk rongga mulut serta kerongkongan, dan paru-paru. Hal ini disebut **gangguan mekanisme berbicara**. Menurut Chaer (2003) berdasarkan mekanismenya : **gangguan berbicara** dapat terjadi akibat kelainan pada paru-paru (**pulmonal**), pada pita suara (**laringal**), pada lidah (**lingual**), serta pada rongga mulut dan kerongkongan (**resonantal**).

I. Gangguan akibat faktor **pulmonal**

Gangguan berbicara ini dialami oleh para penderita penyakit paru-paru. Pada penderita penyakit paru-paru ini kekuatan bernapasnya sangat kurang, sehingga cara berbicaranya diwarnai oleh nada yang monoton, volume suara yang kecil sekali, dan terputus-putus, meskipun dari segi semantik dan sintaksis tidak ada masalah.

II. Gangguan akibat faktor **laringal**

Gangguan pada pita suara menyebabkan suara yang dihasilkan menjadi serak atau hilang sama sekali. Gangguan berbicara akibat faktor laringal ini ditandai oleh suara yang serak atau hilang, tanpa kelainan semantik dan sintaksis. Artinya, dilihat dari segi semantik dan sintaksis ucapannya bisa diterima.

III. Gangguan akibat faktor **lingual**

Lidah yang sariawan atau terluka akan terasa pedih jika digerakkan. Untuk mencegah rasa sakit itulah cara berbicara diatur dengan gerak lidah yang dibatasi. Dalam keadaan seperti ini maka pengucapan sejumlah fonem menjadi tidak sempurna. kalimat “Jangan ragu-ragu silahkan ambil saja” menjadi “Hangan agu-agu siakang ambiy aja”. Pada orang yang terkena stroke dan badannya lumpuh sebelah, maka lidahnya pun lumpuh sebelah. Berbicarannya menjadi pelo atau cadel yang dalam istilah medis disebut disatria (terganggunya artikulasi).

IV. Gangguan akibat faktor **resonansi**

Gangguan akibat faktor resonansi ini menyebabkan suara yang dihasilkan menjadi sengau. Misalnya yang diderita orang sumbing akibat gangguan resonansi pada langit-langit keras (palatum) pada rongga mulut. Selain itu juga terjadi pada

orang yang mengalami kelumpuhan pada langit-langit lunak (velum). Rongga langit-langit itu tidak memberikan resonansi yang seharusnya sehingga suaranya menjadi bersengau. Penderita penyakit *miastenia gravis* (gangguan yang menyebabkan otot menjadi lemah dan cepat lelah) sering dikenali secara langsung karena kesengauan ini.

Faktor risiko paling sering (Fox, Dodd, & Howard, 2002)

Dilaporkan memiliki riwayat keluarga yang positif, gangguan pendengaran yang disebabkan oleh telinga tengah infeksi dengan eVusion, masalah sebelum dan perinatal termasuk kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah, dan faktor psikososial.

Asal genetik

Sejarah kasus sering mengungkapkan riwayat keluarga yang positif dari gangguan komunikasi. Antara 28% dan 60% anak-anak dengan kesulitan bicara dan bahasa memiliki saudara kandung dan / atau orang tua juga terpengaruh dengan kesulitan bicara dan bahasa (mis. Bishop dan Edmundson 1986, Tallal *dkk.* 1989, Whitehurst *dkk.* 1991, Lewis 1992).

Perbedaan ditemukan pada ukuran artikulasi, fonologi, bahasa, motorik oral keterampilan atau melek huruf antara anak-anak dengan riwayat keluarga gangguan bicara dan mereka siapa yang tidak. Namun demikian, disimpulkan bahwa riwayat keluarga yang positif bisa masih berfungsi sebagai faktor risiko yang memungkinkan identifikasi dini dan kemungkinan juga intervensi dini untuk anak-anak yang keluarganya menunjukkan agregasi keluarga gangguan '(Lewis dan Freebairn 1997: 398).

Pendengaran

Sekitar 80% dari semua anak prasekolah mengalami satu atau lebih episode akut otitis media (AOM) atau otitis media dengan eVusion (OME) (Grievink *et al.* 1993). Selama episode ini, anak-anak mengalami gangguan pendengaran yang berfluktuasi, biasanya di antaranya 20 dB dan 50 dB (Gravel dan Nozza 1997 untuk tinjauan), aVecting jumlah dan kualitas bicara dan bahasa yang dirasakan. Sejumlah penelitian telah melaporkan kemungkinan hubungan sebab akibat antara otitis media dengan atau tanpa bicara dan ucapan selanjutnya dan perkembangan bahasa. Lima makalah utama telah mengulas literatur yang ada (Roberts *et al.* 1991, 1997, Pagel Paden 1994, Roberts dan Clarke-Klein 1994, Schwartz *dkk.* 1997).

Ulasan tersebut menyimpulkan bahwa beberapa, tetapi tidak semua, anak-anak yang pernah mengalami episode infeksi telinga tengah memiliki gangguan bicara dan bahasa perintah dan tidak semua anak yang memiliki gangguan bicara dan bahasa mengalami infeksi telinga tengah. Sejauh ini, penelitian belum memastikan apakah Infeksi telinga tengah memiliki efek negatif pada perkembangan bicara dan bahasa.

Masalah pra dan perinatal

Hubungan sebab-akibat khusus antara kesulitan pra- dan perinatal dan ucapan dan gangguan bahasa juga belum ditemukan. Infeksi selama kehamilan, kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah telah dilaporkan memiliki efek negatif pada perkembangan bicara dan bahasa (Byers-Brown dan Edwards 1989, Tomblin *et al.* 1991, 1997, Peters *et al.* 1997, Gerber 1998).

E. Prevalensi Anak Gangguan Komunikasi

Data Prevalensi dari keterlambatan bicara dan berbahasa telah dilaporkan dalam rentang yang luas. Sebuah tinjauan terkini dari Cochrane menyimpulkan data prevalensi pada keterlambatan bicara, keterlambatan berbahasa, dan

keterlambatan kombinasi pada anak-anak usia prasekolah dan sekolah. Untuk anak-anak usia prasekolah, 2 sampai 4,5 tahun, studi yang menilai kombinasi keterlambatan bicara dan berbahasa melaporkan angka prevalensi berkisar antara 5% sampai 8%, dan studi dari keterlambatan berbahasa dari 2,3% sampai 19%. Keterlambatan bicara dan berbahasa pada anakanak prasekolah telah menunjukkan berbagai tingkat, dari 0% sampai 100%, dengan kebanyakan antara 40% sampai 60%. Prevalensi keterlambatan perkembangan berbahasa di Indonesia belum pernah diteliti secara luas. Data di Departemen Rehabilitasi Medik RSCM tahun 2006, dari 1125 jumlah kunjungan pasien anak terdapat 10,13% anak terdiagnosis keterlambatan bicara dan bahasa. Penelitian Wahjuni tahun 1998 di salah satu kelurahan di Jakarta Pusat menemukan prevalensi keterlambatan bahasa sebesar 9,3% dari 214 anak yang berusia bawah tiga tahun Hoesin subdivisi Neurootologi dari Januari 2010 sampai dengan maret 2012, didapatkan populasi anak dengan keterlambatan bicara sebanyak 513 anak, anak yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan kedalam penelitian, anak yang memenuhi kriteria ekskusi dikeluarkan dari penelitian, kriteria eksklusi meliputi anak dengan retardasi mental, usia dibawah 6 tahun atau usia diatas 12 tahun dan pendengaran

normal, anak yang memenuhi kriteria eksklusi sebanyak 51 anak, sehingga didapatkan sampel penelitian sebanyak 452 anak.

Penelitian ini menunjukkan bahwa anak-anak penderita keterlambatan bicara dengan gangguan pendengaran terbanyak adalah lakilaki, pada penelitian ini jumlah anak laki-laki sebanyak 65,9% (298). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya. Feldman. H. menganalisa data bahwa anak laki-laki yang mengalami keterlambatan bicara dengan gangguan pendengaran lebih banyak jika dibandingkan dengan anak perempuan. Rata-rata usia pada waktu dilakukan deteksi adalah pada tahun 2010 usia rata-rata adalah 3 tahun 4 bulan, pada tahun 2011 adalah 3 tahun 2 bulan dan pada tahun 2012, usia rata-rata adalah 2 tahun 3 bulan. Peningkatan rata-rata usia pada saat deteksi merupakan keberhasilan perbaikan sistem kesehatan dan keberhasilan penyuluhan masalah tumbuh kembang. Deteksi idealnya harus dibawah usia 6 bulan.(Hoesin et al., 2015)

F. Cara Identifikasi Gangguan Komunikasi

Cara Identifikasi gangguan komunikasi yaitu dengan melihat Bahasa yang diperoleh dalam konteks percakapan awal

antara ibu (pengasuh dan anak). Seorang neonatus juga memiliki seperangkat perilaku terbatas yang akan membantunya mulai berkomunikasi. Faktanya, bayi baru lahir berkomunikasi secara tidak sengaja sebelum lahir, biasanya dengan tendangan mengungkapkan ketidaknyamanan akibat posisi ibu. Keadaan bayi memengaruhi perilaku orang ibu. Seorang ibu atau pengasuh mempelajari waktu yang tepat untuk bermain dengan bayi baru lahir sehingga memberikan komunikasi kepada bayi.. Kehalusan sinyal dan daya tanggap bayi kepada pengasuh memperkuat komunikasi lebih lanjut. Contohnya jika Status bayi baru lahir lapar atau kedinginan, maka bayi akan memberikan signal komunikasi menangis.(Kuder, 2003)

Seorang ibu mengubah pola tatapan khasnya, serta cara bicaranya, saat dia berinteraksi dengannya bayi. Pola tatapan orang dewasa yang matang, yang jarang bertahan lebih dari beberapa detik, bisa membangkitkan semangat perasaan jika diperpanjang. Dalam percakapan, pembicara yang dewasa membuang muka saat mereka mulai berbicara dan memeriksa kembali hanya sesekali. Namun, ketika seorang ibu menatap bayinya, dia mungkin melakukannya tetap melakukan kontak mata selama lebih dari tiga puluh detik. Selama bermain,

mungkin terjadi tatapan keibuan hingga 70% dari waktu bersamaan dengan vokalisasi.(Arnold, Winckel, & Wyke, n.d.)

Sejak bayi, bahasa diperoleh (Kirk et al., 2009) melalui interaksi sosial dengan orang lain, melalui kesempatan mendengarkan dan menguji coba suara dan kata. Sebagai tambahan, tata bahasa anak-anak berdasarkan pada pertimbangan dan anak-anak mampu memperoleh katakata dari percakapan. Bayi memperoleh bahasa selama beberapa bulan pertama. Hal ini dapat terindikasi dengan merespon suara atau lebih sering disebut bahasa ayah dan ibu yang dikarakteristikan dengan intonasi dan irama yang unik seperti orang tua berbicara dengan anaknya. Bahasa ayah/ bapak tidak dipelajari secara luas seperti bahasa ibu, tetapi lebih bertipe melucu, menemani, lebih memerintah, dan menggunakan bahasa yang canggih dari anak-anak.

Anak-anak yang tidak dapat mengembangkan kecakapan bahasa rumah kemungkinan mengalami kesulitan pada penguasaan kosakata, ingatan-pendengaran, perbedaan penguasaan, masalah tugas sederhana, dan kemampuan mengikuti sesuai dengan urutan. Kesulitan bahasa seperti ini sering kali dikelompokkan kedalam anak-anak yang berkebutuhan khusus (pendidikan khusus) atau disebut ABK.

Seorang bayi secara bawaan diprogram untuk berkomunikasi melalui senyuman, kontak mata, suara, dan gerak tubuh (sistem prelinguistik). Bayi sangat sosial makhluk dan termotivasi untuk berhubungan dengan orang-orang di lingkungan mereka. Sistem bahasa menggunakan bakat ini, dan orang tua mengajari anak itu orang dan benda memiliki nama dan suara tertentu untuk mengidentifikasinya. Meskipun bahasa spesifik yang dipelajari setiap anak akan bergantung pada bahasa yang digunakan di rumah, pola perkembangan bahasa tampaknya serupa bahasa. Dua aspek bahasa tersebut di atas, bahasa reseptif dan bahasa ekspresif, sangat penting untuk perkembangan anak. Memahami tipikal perkembangan bahasa sangat penting untuk memahami kapan dan bagaimana masalah dengan bahasa bisa memanifestasikan dirinya. (Rohmani Nur Indah, 2017).

Perkembangan bahasa dapat dijelaskan melalui tabel dibawah ini, dari usia 0 – 5 tahun.

Perkembangan Bahasa Khas untuk Anak-anak dari Lahir hingga Usia Lima Tahun		
Usia kronologis dalam bulan dan	Harapan untuk reseptif yang khas perkembangan bahasa (pendengaran	Harapan untuk ekspresif khas perkembangan bahasa (berbicara)

Perkembangan Bahasa Khas untuk Anak-anak dari Lahir hingga Usia Lima Tahun

tahun	dan pengertian)
Lahir – 3 bulan	<p>Kaget dengan suara keras</p> <p>Diam atau tersenyum saat diajak bicara</p> <p>Sepertinya mengenali suara dan ketenangan Anda jika menangis</p> <p>Meningkatkan atau menurunkan perilaku menghisap menanggapi suara</p>
4–6 months	<p>Menggerakkan mata ke arah suara</p> <p>Menanggapi perubahan nada suara mu</p> <p>Memperhatikan mainan yang mengeluarkan suara</p> <p>Memperhatikan musik</p> <p>Membuat suara kesenangan (berdeket, pergi)</p> <p>Menangis secara berbeda untuk kebutuhan yang berbeda</p> <p>Tersenyumlah saat melihat Anda</p> <p>Mengoceh terdengar lebih mirip pidato</p> <p>banyak suara yang berbeda termasuk p, b, dan N</p> <p>Menyuarakan kegembiraan dan ketidaksenangan</p> <p>Membuat suara gemericik saat ditinggal sendirian dan saat bermain denganmu</p>

Perkembangan Bahasa Khas untuk Anak-anak dari Lahir hingga Usia Lima Tahun

7 months–1 year	Suka game seperti peek-a-boo dan menepuk kue Beralih dan melihat ke arah suara Mendengarkan saat diajak bicara Mengenali kata-kata untuk barang umum, seperti sebagai cangkir, sepatu, atau jus Mulai menanggapi permintaan (misalnya, "datang di sini "atau" ingin lebih? ")	Mengoceh memiliki kelompok panjang dan pendek suara, seperti tata upup bibibibi Menggunakan suara ucapan atau tidak menangis untuk mendapatkan dan tetap perhatikan Meniru suara ucapan yang berbeda Memiliki satu atau dua kata (mis., Bye-bye, dada, mama), meskipun mungkin tidak jelas
1 year–2 years	Menunjuk ke beberapa bagian tubuh saat ditanya Mengikuti perintah sederhana dan	Mengatakan lebih banyak kata setiap bulan Menggunakan beberapa pertanyaan satu atau dua kata

Perkembangan Bahasa Khas untuk Anak-anak dari Lahir hingga Usia Lima Tahun

	memahami pertanyaan sederhana (mis. "Apa itu?" "Roll the ball", "Kiss baby", "Dimana sepatumu?")	(mis., "Di mana kucing?" "Selamat tinggal?" "Apa itu?")
	Dengarkan cerita, lagu, dan sajak	Menyatukan dua kata (mis., "Lebih kue, "" Tanpa jus ", " Buku ibu ")
	Menunjuk ke gambar di buku saat diberi nama	Menggunakan banyak bunyi konsonan yang berbeda di awal kata
2years–3 years	Memahami perbedaan makna ("go / stop, "" in / on ", " big / little ")	Memiliki kata untuk hampir semua hal
	Mengikuti permintaan dua langkah ("dapatkan bukunya dan meletakkannya di atas meja ")	Menggunakan "kalimat" dua atau tiga kata untuk membicarakan dan meminta sesuatu
		Pidato dipahami oleh pendengar yang akrab sebagian besar waktu
		Sering meminta atau mengarahkan perhatian objek dengan menamainya

Perkembangan Bahasa Khas untuk Anak-anak dari Lahir hingga Usia Lima Tahun

3- 4 years	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengar Anda saat menelepon kamar orang lain • Mendengar televisi atau radio secara bersamaan tingkat kenyaringan seperti anggota keluarga lainnya • Memahami wh-sederhana (siapa, apa, dimana, mengapa) pertanyaan 	<p>Anda Anda dari rumah teman</p> <p>Berbicara dengan cukup jelas daripada orang di luar keluarga biasanya dapat memahaminya atau pidatonya</p> <p>Menggunakan banyak kalimat yang memiliki empat atau lebih kata</p> <p>Biasanya berbicara dengan mudah tanpa mengulang suku kata atau kata</p>
4-5 years	<ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan cerita pendek dan menjawab pertanyaan sederhana tentang itu 	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat suara terdengar jelas seperti lainnya anak-anak • Menggunakan kalimat yang memberikan banyak detail (mis.,

Perkembangan Bahasa Khas untuk Anak-anak dari Lahir hingga Usia Lima Tahun

- Mendengar dan memahami sebagian besar dari apa itu kata di rumah dan di sekolah
- "Saya suka membaca buku saya".)
- Bercerita tentang topik yang sesuai
- Berkomunikasi dengan mudah dengan anak-anak lain dan orang dewasa
- Mengatakan sebagian besar suara dengan benar (kecuali mungkin yang tertentu seperti l, s, r, v, z, ch, sh, th)
- Menggunakan tata bahasa yang sama dengan file keluarga

Sumber : (Kirk et al., 2009)

Pada hakikatnya perkembangan bahasa merupakan proses pemerolehan bahasa sesuai dengan umurnya. Hal ini tidak hanya menyangkut jumlah kata yang dikuasai anak, namun juga menyangkut perluasan makna yang dipahaminya, asosiasi antar

kata yang dimiliki anak, dan bagaimana kombinasi kata terbentuk menjadi kalimat yang bermakna.

Pemerolehan semantik

Pada pemerolehan semantik, anak mulai memperkaya perbendaharaan kosakatanya sesuai dengan usia sebagaimana sebagai berikut:

Usia (tahun)	Jumlah kata
1	Beberapa kata
2	kata 270 – 200
3	Lebih kurang 900 kata
4	Lebih kurang 1520 kata
5	Lebih kurang 2060 kata
6	Lebih kurang 2550 kata

Sumber : (Kirk et al., 2009)

G. Strategi Pembelajaran Bagi Anak Tunarungu

Cara mengajarkan anak dengan gangguan komunikasi (Kirk et al., 2009), yaitu

- 1) Bangun pelajaran di sekitar latar belakang anak pengetahuan dan jembatankan ini ke teks atau materi sedang dipelajari.

- 2) Sediakan salinan tertulis dari arah dan kunci instruksi.
- 3). Ajukan pertanyaan prediksi (misalnya, “Apa kamu pikir . . . ?”)
- 4) Ajarkan keterampilan belajar mandiri (misalnya, mencatat, organisasi, dan strategi pengambilan tes).
- 5) Mendorong siswa untuk mengajukan pertanyaan.
- 6) Buat model bentuk bahasa yang benar dan gunakan yang sesuai tunggu waktu agar siswa dapat merespons.
- 7) Ajarkan rutinitas bahasa untuk membantu anak dalam tipikal situasi (misalnya, mengajukan pertanyaan, menerima apa yang dia butuhkan, dan memberikan informasi).
- 8) Gunakan latihan tata bahasa dan instruksi langsung.
- 9) Berlatih berbicara formal atau terstruktur.
- 10) Memungkinkan pengalihan kode dan pencampuran kode (yaitu, penggunaan bahasa utama).
- 11) Ketika siswa telah mencapai tingkat profesi yang lebih tinggi kecakapan dengan bahasa Inggris, gunakan kalimat yang lebih kompleks.
- 12) Secara eksplisit mengajarkan kosakata yang dibutuhkan dalam konteks pembelajaran.

Strategi ini membahas dua bidang bahasa kompetensi yang dibutuhkan pembelajar bahasa Inggris: (1) keterampilan komunikasi interpersonal dasar dan (2) kemahiran bahasa kognitif / akademik (Bunce, 2003). Dengan kata lain, anak harus bisa berkomunikasi dengan orang lain secara sosial, dan mereka membutuhkan lebih banyak keterampilan bahasa khusus yang dibutuhkan untuk sukses di sekolah.

Untuk memahami cara untuk mengajarkan anak dengan penelitian yang dituliskan oleh oleh (Khoiriyah, Anizar Ahmad, Dewi Fitriani, 2016) dengan yaitu **pertama**, Melatih anak berbicara dengan benar, pelan dan berulang-ulang. mengatakan bahwa di dalam atau di luar sekolah, dukungan terhadap perkembangan bahasa bahkan latihan dan ulangan merupakan kuncinya. **Kedua**, Saat berbicara selalu memperhatikan tata bahasa yang diucapkan. Selalu melibatkan anak berbicara pada setiap keadaan dengan memperbaiki pengucapan anak yang masih keliru. **Ketiga**, Penggunaan media teknologi yang mendukung pembendaharaan kata anak-anak mendukung pembendaharaan kata anak-anak dengan menggunakan tiga jenis teknologi yaitu seperti: komputer, gambar, buku audio, dan televisi pendidikan. **Ke empat**, Konsultasi rutin untuk mengetahui perkembangan anak pada Dokter dan Psikolog anak

dan terapi wicara. **Kelima, Belajar dengan musik** Mendengarkan musik dan nyanyian dapat menjadi salah satu media terapi yang baik untuk anak-anak dengan kondisi terlambat bicara. Nyanyian dan musik akan menarik perhatian anak-anak. Jika ia sudah tertarik, maka anak pun akan berusaha menirukan bahasa, gerakan, maupun isyarat. Cara ini memang cukup menarik dan efektif dalam terapi penyembuhan. Bahkan saat musik dimatikan sekalipun, anak-anak tetap cenderung bernyanyi maupun menari dengan sendirinya. Tentunya musik dan nyanyian yang diperdengarkan haruslah sesuai dengan umur anak. Sehingga nantinya juga dapat menambah kekayaan bahasa bagi anak-anak.

Adapun cara mengajarkan anak dengan kondisi terlambat bicara yang dituliskan oleh (Taseman, Safaruddin, Nasrul Fuad Erfansyah, Wilujeng Asi Purwani, 2020) yaitu pertama, mengamati, memperhatikan kondisi masing anak berkebutuhan dari aspek fisik, motorik, bahasa, perumbuhan dan perkembangan. **Kedua**, Melakukan tindakan khusus dengan melibatkan orang tua wali murid untuk mengidentifikasi apa saja masalah yang dimiliki anak usia dini dari sejak lahir, kemudian, sudah wali murid melakukan tindakan serta penanganan saat di rumah, anak yang telah dititipkan saat di

sekolah menjadi tanggung jawab guru, guru akan memberikan tindakan (perlakukan khusus). **Ketiga,** Mengajarkan bahasa isyarat, Anak-anak dengan kondisi terlambat bicara memang sebaiknya diajari mengenai bahasa isyarat yang nantinya dapat mewakili kosakata. Anak dengan kondisi terlambat bicara memang cenderung mudah marah karena kesulitan dalam berkomunikasi yang menyebabkan keinginannya akan sulit terpenuhi. Untuk itu, penting bagi orangtua untuk memahami bagaimana cara mengatasi anak pemarah. Mungkin di awal bahasa isyarat akan sulit dipahami oleh anak-anak. Namun setelah beberapa waktu kemudian anak akan memahami dan mulai berlatih bicara. Mama dapat memberikan bahasa-bahasa isyarat yang dipergunakan untuk beberapa benda yang mungkin sering dibutuhkan anak. Jangan lupa pula untuk selalu mengucapkan kosakata secara jelas ketika memberikan bahasa isyarat. **Keempat, Bermain sambil bicara** Saat anak-anak bermain, sebenarnya anak-anak sedang merasa jika dunia miliknya sendiri. Dan waktu inilah yang paling tepat untuk memulai berkomunikasi dengan anak. Mama dapat ikut bermain bersama anak dan berbicara sesuai dengan hal apa yang sedang dimainkannya. Misalnya saja, saat anak bermain boneka hewan, Mama dapat menirukan suara hewan dan membuat

ekspresi yang jelas. Terapi ini dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja. Tak hanya membuat anak senang, terapi ini juga akan melatih anak untuk mulai ikut berbicara. Kelima, **Bermain dengan banyak benda** Sama seperti penjelasan sebelumnya, waktu bermain anak menjadi waktu yang tepat untuk melatih komunikasi dengan anak. Banyak anak yang mengalami terlambat bicara dikarenakan kosakatanya yang sangat sedikit. Untuk mengatasinya, Mama bisa mencoba memberikan banyak benda saat anak-anak bermain yang mana nantinya secara tidak langsung menambah kosa kata anak. Mama bisa memberikan mainan seperti miniatur dengan beragam tema untuk permainan anak. Mama tak harus memberikan mainan dalam bentuk fisik namun juga dapat diberikan dalam bentuk alat peraga seperti halnya gambar. Jangan lupa pula menjelaskan maksud dari gambat-gambar yang tersedia dengan penuh kesabaran.

Pembelajaran bagi anak berkebutuhan khusus menurut (Rahmawati, Juhaeni, Aisah, Kinasih, & Shibyany, 2019) yang bermakna bukan saja hanya mengajar dan menyampaikan informasi/pesan tetapi juga meliputi perkembangan pribadi siswa, interaksi sosial, serta penanaman sikap dan nilai pada diri siswa. Proses belajar yang bermakna akan terwujud dalam kondisi, suasana kelas yang kondusif, efektif, kreatif, produktif

dan menyenangkan. Selain itu terbina hubungan interpersonal yang sehat dan mendorong munculnya perubahan perilaku belajar siswa yang diharapkan. Untuk mencapai suasana kelas tersebut maka diperlukan pengelolaan yang dilakukan guru di dalam kelas. Sehubungan dengan pengelolaan kelas menggambarkan tentang hakekat pengelolaan kelas itu antara lain:

1. Menciptakan iklim kelas yang efektif dan produktif
2. Menciptakan hubungan interpersonal yang sehat
3. Mendorong munculnya tingkah laku yang diharapkan
4. Memberikan kebebasan siswa yang mendisiplinkan siswa.

Dengan demikian pengelolaan kelas yang efektif adalah serangkaian kegiatan yang dilaksanakan guru untuk menciptakan, memelihara dan mengembangkan kondisi kelas yang memungkinkan terjadi proses pembelajaran yang efektif dan efisien.

Perlunya guru yang memiliki kreatifitas dan kesabaran yang cukup tinggi tentu akan menunjang kemampuan siswa dalam menerima pelajaran dan melatih kemampuan berbahasa mereka dengan baik. Dimana kedepannya anak dapat bersosialisasi dan berkomunikasi dengan baik di lingkungannya.

REFERENSI

- American Association of Suicidology: Kochanek, K.D., Murphy, S.L., Anderson, R.N., & Scott, C. (2004). Deaths: Final data for 2002. *National Vital Statistics Reports*, 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. DHHS Publication No. (PHS) 2005-1120. (p. 92, Table 29)
- Baker, J. (1995). Depression and suicidal ideation among academically gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 39(4), 218–223
- Boston: Allyn & Bacon. Strand, S., Drury, I., & Smith, P. (2006). Sex differences in cognitive abilities test scores: A UK national picture. *British Journal of Educational Psychology*, 76, 463–480
- Coleman, L., & Cross, T. (2001). *Being gifted in school: An introduction to development, guidance, and teaching*. Waco, TX: Prufrock Press
- Conny Semiawan, (1994), *Perspektif Pendidikan Anak Berbakat*, Jakarta.
- Cross, T. (2008). Suicide. In J. Plucker & C. Callahan (Eds.), *Critical issues and practices in gifted education* (pp. 629–640).

- Cross, T., Cassady, J., & Miller, K. (2006). Suicide ideation and personality characteristics among gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 50, 295–306.
- Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Proyek Pembinaan Dan Peningkatan Mutu Tenaga Kependidikan.
- Feldman, D. (1984). A follow-up of subjects scoring above 180 IQ in Terman's genetic studies of genius. *Exceptional Children*, 50, 518–523
- Flynn, J. (1999). Searching for justice: The discovery of IQ gains over time. *American Psychologist*, 54(1), 5–20
- Friend, M. (2005). *Students Who Are Gifted and Talented. Special Education, Contemporary Perspective for School Professionals.*
- Gargiulo, R.M. (2006). *Persons Who Are Gifted and Talented. Special Education in Contemporary Society, Second edition. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.*
- Greenan, James P, dkk. 1995. Talented Student in Career, Vocational, and technical, *The Educational Forum*, Summer 1995 Vol. 59 No. 4:409-422
- Johnsen, H. dan Skjorten, D. (2004): *Pendidikan Kebutuhan Khusus, Program Pascasarjana, Universitas Pendidikan*

Indonesia.

Kerr, B. A., & Cohn, S. J. (2001). *Smart boys: Talent, manhood, and the search for meaning*. Scottsdale, AZ: Great Potential.

Neihart, M., Reis, S., Robinson, N., & Moon, S. (Eds.). (2002). *The social and emotional development of gifted children: What do we know?* Waco, TX: Prufrock Press.

Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan, Jakarta.

Plomin, R., Defries, J., Craig I., & McGuffin, P. (2003). *Behavioral genetics in the postgenomic era*. Washington, DC: American Psychological Association

Reis, S. M. (2003). Gifted girls, twenty-five years later: Hopes realized and new challenges found. *Roeper Review*, 25, 154–157.

Reni Akbar Hawadi. 1985. *Proyek Uji Coba Anak Berbakat Sebagai Wahana Pengembangan Potensi Generasi Muda Indonesia*, Makalah pada Kogres ISPI di Jakarta tanggal 7-10 Nopember 1985

Renzulli, J.S., (1979), *What Makes Giftedness : A Reexamination of the Definition of the Gifted and Talented*, California, Ventura Country Superintendent

- Schools Office. Robinson, N., Zigler, E., & Gallagher, J. (2000).
- Silverman, L. (1997). Family counseling with the gifted. In N. Colangelo & G. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 382–397).
- Sudarko, R. A. (2011). Developing Creativity Multi Intelligence. In *Proceeding International Seminar 'Sport Science Today And Tomorrow'*. UNESA Surabaya
- Tannenbaum, A. (2000) A history of giftedness in school and society. In K. Heller, R. Subotnik, & R. Sternberg (eds) *International Handbook on Gifted*. New York, Elsever.
- Tirtonegoro, Sutratinah, (1984), *Anak Supernormal dan Program Pendidikannya*, Jakarta, PT. Bina aksara.
- Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Jakarta.
- Waco, TX: Prufrock Press ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children. (1990). *Giftedness and the Gifted: What's It All About?*. ERIC EC Digest #E476. The ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education (ERIC EC): Internet: <http://ericec.org/ericec.htm>
- Wade, R. C. (1997). *Community Service-Learning: A Guide To Including Service In The Public School Curriculum*.

SUNY Press

Webb, J., Gore, J., Amend, E., & DeVries, A. (2007). *A parent's guide to gifted children*. Scottsdale, AZ: Great Potential Press.

Wehmeyer, M., & Schwartz, M. (1998). The relationship between self-determination and quality of life. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33, 3–12.

BAB VI
SISWA DENGAN HAMBATAN EMOSI DAN
PERILAKU
(Children With Emotional dan Behavior Disorder)

Oleh: Nur Latifah

A. Pengertian Tunalaras

Samuel A.Kirk dalam buku *Educating Exceptional Children* mendefinisikan Tunalaras (emotional and behavior disorder) suatu kondisi yang menghilangkan satu atau lebih karakteristik berikut dalam jangka waktu yang lama dan pada tingkat tertentu yang berdampak buruk pada kinerja pendidikan(Samuel et al. 2009). Dengan terganggunya aspek emosi dapat merugikan dirinya sendiri dan orang lain atau lingkungannya. Sedangkan(Desiningrum 2016) anak tunalaras adalah anak yang mengalami gangguan perilaku dan memberikan respon-respon kronis yang jelas tidak dapat diterima secara sosial oleh lingkungan dan atau perilaku yang secara personal kurang memuaskan, tetapi masih dapat dididik sehingga dapat berperilaku yang dapat diterima oleh kelompok sosial dan bertingkah laku yang dapat memuaskan dirinya sendiri. Berarti

dapat dikatakan bahwa tunalaras adalah gangguan emosional dan perilaku yang dapat dilihat dari aspek sosial dan lingkungan.

Kemunculan kesulitan literasi dan gangguan emosi dan perilaku Emotional and Behavior Disorder (EBD) merupakan kenyataan bagi sebagian kecil anak. EBD digunakan di sini sebagai istilah umum yang mencakup eksternalisasi Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) dan Conduct Disorders (juga disebut sebagai gangguan perilaku anti-sosial) dan gangguan internalisasi depresi dan kecemasan (juga disebut sebagai gangguan emosional (Hurry, Flouri, and Sylva 2018). Hal ini menjelaskan bahwa gangguan emosional mencakup gangguan lainnya. Dalam sebuah penelitian mendefinisikan bahwa tunalaras adalah gangguan gerak dan / atau perilaku dapat didefinisikan sebagai kelainan perilaku, emosi atau hubungan, cukup ditandai dan berkepanjangan untuk menyebabkan kecacatan pada individu murid, dan / atau kesusahan atau gangguan serius dalam keluarga, sekolah atau komunitas (Scanlon and Barnes-holmes 2014). Banyak definisi terkait menyatakan siswa tunalaras hadir dengan perilaku menyimpang atau mengganggu. Perilaku mereka dapat disebut bertindak diluar batas.

Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa Tunalaras atau emotional and behavior disorder (EBD) adalah Tingkah laku yang muncul berupa suatu tindakan yang ekstrem, dan bukanlah suatu tindakan yang hanya berbeda sedikit dengan tindakan yang biasa dilakukan. Disebut gangguan karena bersifat sesuatu yang kronis, tidak akan mudah hilang begitu saja. Tingkah laku tersebut merupakan suatu tingkah laku yang tidak dapat diterima karena tidak sesuai harapan-harapan sosial dan budaya.

B. Klasifikasi Tunalaras

Terdapat banyak cara dalam mengklasifikasikan gangguan emosional atau penyimpangan perilaku berdasar pada masalahnya, tetapi tidak ada sistem yang berlaku umum untuk dapat mengklasifikasikannya (Desiningrum 2016). Beberapa psikolog dan pendidik melakukan asesmen lebih secara individual dari tingkah tingkah laku anak dan faktor situasional. Berikut penjelasan jenis klasifikasinya:

1. Klasifikasi Dimensional adalah tingkah laku yang akan digunakan untuk menggambarkan bentuk gangguan merupakan tingkah laku khas yang sering dilihat dalam situasi kelas. Pendidik biasanya menggunakan tingkah laku

tersebut sebagai bukti adanya masalah, seperti: Mengganggu di kelas, tidak sabar atau terlalu cepat bereaksi, tidak menghargai, menentang, dan melawan, menyalahkan orang lain, kecemasan terhadap prestasi sekolah, dependen pada orang lain, kurang dalam pemahaman, heaksi yang tidak sesuai, melamun, tidak ada perhatian, dan menarik diri dari lingkungan social.

2. Klasifikasi Berdasarkan Jenis dan Penyimpangannya Anak. Berdasarkan jenisnya di bagi menjadi aspek kepribadian dan aspek kesahetan jiwa berdasarkan derajat penyimpangannya di bagi menjadi tarag ringan, taraf sedang, dan taraf berat

Ada beberapa kriteria yang dapat dijadikan pedoman untuk menetapkan berat ringan kriteria itu adalah:

1. Besar kecilnya gangguan emosi, artinya semakin tinggi memiliki perasaan negative terhadap orang lain. Makin dalam rasa negative semakin berat tingkat kenakalan anak tersebut.
2. Frekwensi tindakan, artinya frekwensi tindakan semakin sering dan tidak menunjukkan penyesalan terhadap perbuatan yang kurang baik semakin berat kenakalannya.

3. Berat ringannya pelanggaran/kejahatan yang dilakukan dapat diketahui dari sanksi hukum
4. Tempat/situasi kenakalan yang dilakukan artinya Anak berani berbuat kenakalan di masyarakat sudah menunjukkan berat, dibandingkan dengan apabila di rumah
5. Mudah sukarnya dipengaruhi untuk bertingkah laku baik. Para pendidikan atau orang tua dapat mengetahui sejauh mana dengan segala cara memperbaiki anak. Anak “bandel” dan “keras kepala” sukar mengikuti petunjuk termasuk kelompok berat.
6. Tunggal atau ganda ketunaan yang dialami. Apabila seorang anak tunalaras juga mempunyai ketunaan lain maka dia termasuk golongan berat dalam pembinaannya.

Maka kriteria ini dapat menjadi pedoman pelaksanaan penetapan berat-ringannya kenakalan untuk dipisah dalam pendidikannya

C. Karakteristik Tunalaras

Karakteristik tunalaras berdasarkan Integrasi dan prestasi Penelitian menunjukkan bahwa rata-rata anak dengan gangguan emosional dan tingkah laku memiliki tingkat inteligensi pada tingkat dull normal range (skor IQ berkisar pada angka 90), dan

hanya sedikit yang memiliki tingkat inteligensi di atas rata-rata. Dibandingkan dengan distribusi normal inteligensi, kebanyakan anak dengan gangguan emosional dan tingkah laku berada pada kategori slow learner dan ketidakmampuan intelektual ringan (mild intellectual disability). Kebanyakan anak yang memiliki gangguan emosional dan tingkah laku juga merupakan anak yang tidak berprestasi (underachiever) disekolahnya. Karakteristik ini menunjukkan penentuan tunalaras di tentukan oleh inelektual dan prestasi.

Karakteristik tunalaras berdasarkan karakter social dan emosional yaitu tingkah laku yang tidak terarah (tidak patuh, perkelahian, perusakan, pengucapan kata-kata kotor dan tidak senonoh, senang memerintah, berperilaku kurang ajar), gangguan kepribadian (merasa rendah diri, cemas, pemalas, depresi, kesedihan yang mendalam, menarik diri dari pergaulan), tidak matang / tidak dewasa dalam sikap (pasif, kaku dalam bergaul, cepat bingung, perhatian terbatas, senang melamun, berkhayal), pelanggaran sosial (terlibat dalam aktivitas geng, mencuri, membolos). Berdasarkan(Samuel et al. 2009) karakteristik tunalaras dapat dilihat jangka waktu yang lama dan pada tingkat tertentu yang mempengaruhi kinerja pendidikan secara negatiseperti:

1. Ketidakmampuan untuk belajar yang tidak dapat dijelaskan oleh faktor intelektual, sensorik, atau kesehatan.
2. Ketidakmampuan untuk membangun atau memelihara hubungan interpersonal yang memuaskan dengan teman sebaya dan guru.
3. Jenis perilaku atau perasaan yang tidak pantas dalam keadaan normal.
4. Suasana perasaan tidak bahagia atau depresi yang menyebar luas.
5. Kecenderungan untuk mengembangkan gejala fisik atau ketakutan yang berhubungan dengan masalah pribadi atau sekolah.
6. Istilah ini tidak berlaku untuk anak-anak yang secara sosial tidak dapat menyesuaikan diri kecuali jika ditentukan bahwa mereka mengalami gangguan emosi.

Karakteristik yang di sampaikan memberikan pemahaman bahwa identifikasi gangguan emosional and behaviour dapat di pertahankan atau di analisis sesuai dnegan karakteristik yang ada sehingga dapn memberikan jawaban tunalasers tersebut berada pada kriteria yang mana.

D. Faktor Penyebab Tunalaras

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

1. Faktor Internal seperti faktor biologis perilaku, serta emosi dipengaruhi oleh faktor genetik, neurologis, ataupun biokemikal, bahkan kombinasi dari faktor-faktor tersebut. Terdapat hubungan antara tubuh dan tingkah laku sehingga terdapat keterkaitan faktor sebab-sebab biologis dengan timbulnya gangguan emosional serta tingkah laku. Penyakit malnutrisi dan kerusakan otak dapat menjadi factor predisposisi bagi anak untuk mengembangkan emosional dan tingkah laku. Beberapa anak memiliki kecenderungan genetik terhadap masalah perilaku. Hal ini dapat dibantu melalui pendidikan khusus dan lingkungan social (Samuel et al. 2009).
2. Faktor Eksternal seperti faktor keluarga, sekolah budaya dan lingkungan. situasi atau kondisi tertentu dalam keluarga yang turut mempengaruhi atau merupakan sumber penyimpangan tingkah laku 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. Sedangkan lingkungan memiliki perana pembentukan karakter karna pesertadidik berinteraksi lebih bannyak di lingkungan. anak-anak yang menjadi korban pelecehan dan kekerasan sering belajar untuk meniru perilaku tersebut pada orang lain.

E. Prevalensi Tunalaras

Prevalensi atau Jumlah penderita tunalaras di lihat dari Peserta Pendidikan berdasarkan data status pelaporan klasifikasi anak per-UPT pada kanwil Banten:

No	UPEI	Kawil	Klasifikasi										Created Date	
			Anak			Kejadian								
			AK	AS	AP	PO	PI	PS	PK	PS	AK			
1	KAWIL KELAS I TANGERANG	KAWIL BANTEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2020-03-04 09:24:23
2	KAWIL KELAS II A CILIGONG	KAWIL BANTEN	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2019-12-02 08:20:52
3	KAWIL KELAS II B SERANG	KAWIL BANTEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2019-12-14 10:31:56
4	KAWIL KELAS II C TANGERANG	KAWIL BANTEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2019-12-03 13:10:57
5	KAWIL KELAS III BANGSAREMBERANG	KAWIL BANTEN	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	2019-11-01 09:30:23
6	KAWIL KELAS III A TANGERANG	KAWIL BANTEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2019-11-09 09:24:41
7	KAWIL PESERIKAWAN KELAS II A TANGERANG	KAWIL BANTEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2019-11-05 09:20:49
8	KAWIL TERPADU KELAS II B CILIGONG	KAWIL BANTEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2019-12-29 08:52:44
9	LEMBAGA PESERIKAWAN KAWIL ANAK KELAS I TANGERANG	KAWIL BANTEN	0	0	214	214	85	124	114	28	0	15	18	2019-11-12 10:36:44
10	BUTAL KELAS I TANGERANG	KAWIL BANTEN	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2019-11-05 13:16:39
11	BUTAL KELAS II B PANGSALANG	KAWIL BANTEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2019-11-01 08:40:49
12	BUTAL KELAS III B SERANG	KAWIL BANTEN	0	0	10	10	12	12	12	0	0	0	0	2019-11-02 14:50:27
Total			0	0	130	130	92	124	124	28	15	18		

Gambar 1.

Prevalensi Tunalaras

Sumber: status pelaporan Klasifikasi Anak Per-UPT pada Kanwil

F. Cara Identifikasi/Diagnosis Tunalaras

Terdapat sistematis cara mengidentifikasi penderita tunalaras, berikut ini ada beberapa cara untuk menetapkan tunalaras:

1. Psikotes

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

- a. Tes Rorschach. Tes ini memberikan gambaran mengenai keseluruhan kepribadian, kelainan dan perlunya psikoterapi. Gambaran ini ditafsirkan dari reaksi anak terhadap gambar-gambar yang terbuat dari tetesan tinta. Beberapa orang mengkritik jika penilaian jawaban dari tes Rorschach ini terlalu subjektif, membuat hasil tes ini sebenarnya tidak bisa diterima. Namun ada pula riset lain yang menemukan bukti jika ada hasil yang sama atau sebuah keobjektifan dari hasil

tes ini terhadap ekspresi seseorang terhadap gambar-gambar tersebut.



Gambar 2

Salah satu contoh kartu dalam tes Rorschach

- b. Thematic Apperception Test (TAT). Tes ini memperlihatkan berbagai situasi-emosi dalam bentuk gambar-gambar. Gambaran kepribadian nampak dari tafsiran anak mengenai situasi emosi tersebut untuk itu disediakan skala khusus.



Gambar 3

Contoh kartu dalam tes TAT

- c. Tes Gambar Orang. Dalam tes ini persoalan-persoalan emosi nampak dari gambar yang harus dibuat oleh anak. Gambarnya ialah seorang laki-laki dan seorang perempuan.

Yang berhak melakukan psikotes dan mengumumkannya adalah psikolog, psikiater, dan counselor, atau orang lain di bawah bimbingannya. Tenaga-tenaga ini ada yang membuka praktek sendiri, ada pula yang tidak membuka praktek sendiri tetapi bekerja di Fakultas Psikologi, Fakultas Kedokteran, Lembaga Kesehatan Jiwa, Balai Bimbingan dan Penyuluhan, Biro Konsultasi Psikologi, dan sebagainya.

2. Sosiometri

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

berikutnya. Walaupun demikian, sosiometri dapat dipakai bersama- sama dengan cara yang lain.

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

G. Strategi/Pendekatan Pembelajaran

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

1. Pendekatan Biomedis adalah Pendekatan ini berusaha memandang dan memperlakukan anak tunalaras dari sudut pandang ilmu kedokteran. Pendekatan ini tentu saja ditekankan pada obat dan penanganan secara medis.

Orangtua dan guru dapat berkolaborasi dengan ahli medis atau dokter atau psikiater guna melakukan treatment pengobatan kepada anak sehingga siswa mendapat penanganan medis. Pendekatan ini digunakan untuk siswa tunalaras yang mengalami ketunalarasan karena cedera neurologis.

2. Pendekatan Psikodinamik adalah Pendekatan psikodinamik menitikberatkan pada segi psikologis anak. Pendekatan ini digunakan untuk mengatasi kelainan emosi. Strateginya adalah memahami dan memecahkan masalah yang difokuskan pada penyebab-penyebab hambatan yang dialami siswa. Biasanya para ahli yang melakukan pendekatan ini adalah konselor, psikolog, psikiater, dan atau pekerja sosial. Guru dapat juga menjadi bagian dari tim terapi yang menggunakan pendekatan psikodinamik.
3. Pendekatan Perilaku adalah Pendekatan perilaku atau modifikasi perilaku adalah usaha untuk mengubah perilaku yang merupakan problematika sosial dan personal bagi anak. Tujuannya adalah menghilangkan perilaku yang menjadi hambatan dan menggantinya dengan perilaku yang lebih layak secara sosial. Peran orangtua dan guru sangat penting karena lebih banyak menghabiskan waktu dengan anak.

4. Pendekatan Pendidikan adalah Siswa tunalaras dengan hambatan emosi dan perilaku kurang mampu berkonsentrasi yang berakibat mereka juga kurang dapat mengikuti pembelajaran dengan baik. Program pengajaran yang tertata rapi dengan harapan-harapan jelas, dan rancangan indikator ketercapaian tujuan pembelajaran yang jelas dipercaya dapat meningkatkan prestasi siswa tunalaras. Kuncinya ada pada pembentukan suasana belajar yang baik, kondusif, dan ramah yang harus menjadi prioritas guru.
5. Pendekatan Ekologis adalah Pendekatan ini menitikberatkan pada faktor-faktor dan tekanan-tekanan dalam masyarakat. Usaha pada pendekatan ini difokuskan pada pengaruh interaksi lingkungan terhadap anak, sehingga pendekatan ini menekankan usaha kolaborasi antar keluarga, sekolah, teman, maupun lingkungan masyarakat.

REFERENSI

- Alnahdi, Ghaleb H., Ayman Elhadi, and Susanne Schwab. 2020. "The Positive Impact of Knowledge and Quality of Contact on University Students' Attitudes towards People with Intellectual Disability in the Arab World." *Research in Developmental Disabilities* 106(June): 103765.

<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103765>.

- Baehr, Jason. 2017. "The Varieties of Character and Some Implications for Character Education." *Journal of Youth and Adolescence* 46(6): 1153–61.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-017-0654-z>.
- Carmichael, Karla D. 1993. "Play Therapy and Children with Disabilities." *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 16(3): 165–73.
- Desiningrum, Dinie Ratri. 2016. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain Anak Berkebutuhan Khusus.
- Engelbrecht, Petra, Marietjie Oswald, Estelle Swart, and Irma Eloff. 2003. "Including Learners with Intellectual Disabilities: Stressful for Teachers?" *International Journal of Disability, Development and Education* 50(3): 293–308.
- Forlin, Chris, Graham Douglas, and John Hattie. 1996. "Inclusive Practices: How Accepting Are Teachers?" *International Journal of Phytoremediation* 43(2): 119–33.
- Gasteiger-Klicpera, Barbara, Christian Klicpera, Markus Gebhardt, and Susanne Schwab. 2013. "Attitudes and Experiences of Parents Regarding Inclusive and Special School Education for Children with Learning and

- Intellectual Disabilities.” *International Journal of Inclusive Education* 17(7): 663–81.
- Hickey-Moody, Anna. 2003. “‘Turning Away’ from Intellectual Disability: Methods of Practice, Methods of Thought.” *Melbourne Studies in Education* 44(1): 1–22.
- Hurry, Jane, Eirini Flouri, and Kathy Sylva. 2018. “Literacy Difficulties and Emotional and Behavior Disorders: Causes and Consequences Literacy Difficulties and Emotional and Behavior Disorders :” *Journal of Education for Students Placed at Risk (JESPAR)* 0(0): 1–21.
- Kassah, Bente Lilljan Lind, Alexander Kwesi Kassah, and Deborah Phillips. 2018. “Children with Intellectual Disabilities and Special School Education in Ghana.” *International Journal of Disability, Development and Education* 65(3): 341–54.
<http://doi.org/10.1080/1034912X.2017.1374358>.
- Kirk, Samuel, James J Gallagher, Mary Ruth Coleman, and Nick Anastasiow. 2009a. Educating Exeptional Children *Children Who Are Deaf or Hard of Hearing*.
- . 2009b. Educating Exeptional Children *Educating Exeptional Children*.
- Kruithof, Kasper, Jeanine Suurmond, and Janneke Harting.

2018. “Eating Together as a Social Network Intervention for People with Mild Intellectual Disabilities: A Theory-Based Evaluation.” *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 13(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1516089>.
- Maulik, Pallab K. et al. 2011. “Prevalence of Intellectual Disability: A Meta-Analysis of Population-Based Studies.” *Research in Developmental Disabilities* 32(2): 419–36.
- McKenzie, Judith Anne, and Catriona Ida MacLeod. 2012. “The Deployment of the Medico-Psychological Gaze and Disability Expertise in Relation to Children with Intellectual Disability.” *International Journal of Inclusive Education* 16(10): 1083–98.
- Park, Jiyeon, Emily C. Bouck, and Cynde K. Josol. 2020. “Maintenance in Mathematics for Individuals with Intellectual Disability: A Systematic Review of Literature.” *Research in Developmental Disabilities* 105(August): 103751. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103751>.
- Rogers, Chrissie. 2013. “Inclusive Education and Intellectual Disability: A Sociological Engagement with Martha Nussbaum.” *International Journal of Inclusive Education* 17(9): 988–1002.

- Sa'adati, Tatik Imadatus. "Intervensi Psikologis Pada Siswa Dengan Kesulitan Belajar (Disleksia, Disgrafia Dan Diskalkulia)." : 13–37.
- Salvador-Carulla, Luis et al. 2015. "Training on Intellectual Disability in Health Sciences: The European Perspective." *International Journal of Developmental Disabilities* 61(1): 20–31.
- Samuel, Kirk, James J. Gallagher, Coleman Marry Ruth, and Anastasiow Nick. 2009. *Educating Exceptional Children*. Twelfth Ed. New York, New York, USA: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.
- Scanlon, Geraldine, and Yvonne Barnes-holmes. 2014. "Emotional and Behavioural Difficulties Changing Attitudes : Supporting Teachers in Effectively Including Students with Emotional and Behavioural Difficulties in Mainstream Education." *Emotional and Behavioural Difficulties* (December).
- Sichern, Véronique. 1995. "Learning Disabilities and Script: The Brain Suggests, the Environment Predisposes, and the Individual Decides." *Transactional Analysis Journal* 25(3): 259–64.
- Simpson, Neill, Lindsay Mizen, and Sally Ann Cooper. 2020.

“Intellectual Disabilities.” *Medicine (United Kingdom)*
48(11): 732–36.
<https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.08.010>.

Zablotsky, Benjamin, and Lindsey I. Black. 2020. “Prevalence of Children Aged 3–17 Years with Developmental Disabilities, by Urbanicity: United States, 2015–2018.” *National Health Statistics Reports* 2020(139): 2015–18.

BAB VII

SISWA DENGAN KESULITAN BELAJAR

(Children with Learning Disabilities)

Oleh: Robiatul Munajah

A. Peristilahan dan pengertian

Kesulitan belajar atau *learning disability* yang biasa juga disebut dengan istilah *learning disorder* atau *learning difficulty* adalah suatu kelainan yang membuat individu yang bersangkutan sulit untuk melakukan kegiatan belajar secara efektif. Seperti kutipan dari buku “*Educating Exceptional Children disabilities*” Samuel Kirk et al (2009) berpendapat anak-anak dengan kesulitan belajar bagi sebagian orang nampak membingungkan dan paradoks. Terlepas dari kecerdasan yang hampir rata-rata atau lebih tinggi dari rata-rata, siswa dengan kesulitan belajar sering kali membuat sekolah menjadi sangat sulit. Sama seperti istilah ketidakmampuan belajar, anak-anak ini berjuang untuk belajar dan sering membutuhkan dukungan tambahan untuk membantu mereka berhasil di sekolah.

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 tidak mencakup kondisi-kondisi seperti gangguan konseptual, luka pada otak, disleksia, dan Afasia perkembangan. Batasan tersebut mencakup anak-anak yang memiliki problematika belajar yang penyebab utamanya berasal dari adanya hambatan dalam penglihatan, pendengaran, atau motorik, hambatan karena tuna-grahita, karena gangguan emosional, atau karena kemiskinan lingkungan, budaya, atau ekonomi (Mulyono, 2012).

Hammill, et al., (1981) mendefinisikan kesulitan belajar adalah beragam bentuk kesulitan yang nyata dalam aktivitas mendengarkan, bercakap-cakap, membaca, menulis, menalar, dan/atau dalam berhitung. Gangguan tersebut berupa gangguan intrinsik yang diduga karena adanya disfungsi sistem saraf pusat. Kesulitan belajar bisa terjadi bersamaan dengan gangguan lain (misalnya gangguan sensoris, hambatan sosial, dan emosional) dan pengaruh lingkungan (misalnya perbedaan budaya atau proses pembelajaran yang tidak sesuai). Gangguan-gangguan eksternal tersebut tidak menjadi faktor penyebab

kondisi kesulitan belajar, walaupun menjadi faktor yang memperburuk kondisi kesulitan belajar yang sudah ada.

ACCALD (*Association Committee for Children and Adult Learning Disabilities*) dalam Lovitt, (1989) Kesulitan belajar khusus adalah suatu kondisi kronis yang diduga bersumber dari masalah neurologis, yang mengganggu perkembangan kemampuan mengintegrasikan dan kemampuan bahasa verbal atau nonverbal. Individu berkesulitan belajar memiliki inteligensi tergolong rata-rata atau di atas rata-rata dan memiliki cukup kesempatan untuk belajar. Mereka tidak memiliki gangguan sistem sensoris.

NJCLD (*National Joint Committee of Learning Disabilities*) dalam Learner, (2000) mengemukakan kesulitan belajar adalah istilah umum untuk berbagai jenis kesulitan dalam menyimak, berbicara, membaca, menulis, dan berhitung. Kondisi ini bukan karena kecacatan fisik atau mental, bukan juga karena pengaruh faktor lingkungan, melainkan karena faktor kesulitan dari dalam individu itu sendiri saat mempersepsi dan melakukan pemrosesan informasi terhadap objek yang diinderainya.

The World Health Organisation (WHO), seperti yang dikutip oleh *British Institute of Learning Disabilities*

mendefinisikan kesulitan belajar sebagai berikut: *“Learning disabilities as a state of arrested or incomplete development of mind. Somebody with a leaning disability is said also to have significant impairment of intellectual functioning and significant impairment adaptive/social functioning. This means that the person will have difficulties understanding, learning, remembering new things, and in generalising any learning to new situations. Because of these difficulties with learning, the person may have difficulties with a number of social task, for example communication, self-care, awarness of health and safety”* (Jamaris, 2014). Kesulitan belajar merupakan keadaan individu memiliki perkembangan pikiran yang tidak lengkap. Seseorang dengan kesulitan belajar cenderung dikatakan memiliki "gangguan signifikan fungsi intelektual dan gangguan yang signifikan adaptif / fungsi sosial. Ini berarti bahwa orang tersebut akan mengalami kesulitan memahami, belajar, mengingat hal-hal baru, dan dalam menerima setiap pembelajaran terhadap situasi baru. Karena kesulitan belajar ini, anak tersebut mungkin mengalami kesulitan dengan sejumlah tugas sosial, misalnya komunikasi, perawatan diri, kewaspadaan kesehatan dan keselamatan.

The Learning Disabilities Association of Canada mendefinisikan kesulitan belajar seperti berikut ini: “*Learning Disabilities*” refer to a number of disorders which may affect the acquisition, organization, retention, understanding, ore use of verbal or nonverbal information. These disorders affect learning in individuals who otherwise demonstrate at least average abilities essential for thinking and/or reasoning as such, learning dissabilities are distinct from global intellectual deficiency (Jamaris, 2014). Kesulitan belajar mengacu pada sejumlah gangguan yang dapat mempengaruhi akuisisi atau pemerolehan bahasa, organisasi, retensi, pemahaman, kemampuan menggunakan informasi verbal atau nonverbal. Gangguan ini menunjukkan perbedaan individu dalam belajar secara umum.

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian kesulitan belajar adalah suatu kondisi dimana anak mengalami kesulitan untuk memahami atau menerima pembelajaran yang disebabkan oleh gangguan saraf pusat (otak). Sehingga anak mengalami gangguan yang mempengaruhi kemampuan untuk melakukan interpretasi apa yang dilihat dan didengar atau mendapat informasi dari bagian otak yang berbeda. Beberapa gangguan dapat mempengaruhi kegiatan

belajar di sekolah berupa gangguan belajar dalam menulis, membaca atau mengerjakan matematika.

B. Klasifikasi

Proses pembelajaran anak dengan kesulitan belajar membutuhkan beberapa strategi yang disesuaikan pada kondisi anak. Kesulitan membaca, kesulitan dalam ekspresi tulisan, dan kesulitan dalam proses berhitung merupakan bagian dari kesulitan belajar pada kelompok masalah prestasi akademik. Hallahan dan Kaufman sebagaimana di kutip Mangunsong, menyatakan bahwa beberapa karakteristik yang umumnya dimiliki oleh siswa dengan kesulitan belajar, dikelompokkan kedalam enam macam masalah, yaitu masalah prestasi akademis; masalah perseptual, perseptual-motor, dan kordinasi umum; gangguan atensi dan hiperaktivitas; masalah memori, kognitif, dan metakognitif; masalah sosial-emosional; dan masalah motivasional. Dari klasifikasi tersebut masalah prestasi akademik terbagi dalam istilah disleksia, diskalkulia dan disgrafia (Sa 'adati, n.d. 2015).

Disleksia dianggap sebagai gangguan dalam populasi kesulitan belajar, dan didefinisikan oleh Asosiasi Disleksia Internasional sebagai berikut: Salah satu dari beberapa kesulitan

belajar yang berbeda, yaitu gangguan konstitusional berbahasa tertentu yang ditandai dengan kesulitan dalam decoding kata tunggal, biasanya mencerminkan pemrosesan fonologis yang tidak cukup. Kesulitan dalam decoding kata tunggal sering tak terduga dalam kaitannya dengan usia dan kemampuan kognitif dan akademik lainnya; mereka tidak termasuk dalam gangguan perkembangan umum atau gangguan sensorik. Disleksia dimanifestasikan dalam kesulitan variabel dengan berbagai bentuk bahasa, selain masalah dengan membaca, masalah mencolok dalam memperoleh kecakapan dalam menulis dan ejaan (*Orton Dyslexia Research Committee, 1994*).

Attention-Deficit Hyperactivity Disorders *Attention-deficit hyperactivity disorders* (ADHD) dapat dianggap sebagai bentuk spesifik dari kesulitan belajar yang berkaitan dengan ketidakmampuan individu untuk melakukan atau fokus pada tugas tertentu. Meskipun ada beberapa kontroversi apakah ADHD harus dianggap sebagai kondisi terpisah dan bukan sebagai kesulitan belajar, dasar neurologis strategi pendidikan yang kami gunakan untuk menanggapi kebutuhan siswa dengan ADHD mirip dengan dukungan yang kita gunakan dengan anak-anak yang memiliki bentuk lain dari kesulitan belajar (*Cutting & Denckla, 2003*).

C. Karakteristik

Anak-anak dengan kesulitan belajar tertentu bervariasi dalam karakteristik akademik, pribadi, dan sosial mereka. Menurut Clement yang dikutip oleh Hallahan dan Kauffman (1991) terdapat 10 (sepuluh) gejala yang sering dijumpai pada anak berkesulitan belajar, yaitu: (1) hiperaktif, (2) gangguan persepsi motorik, (3) emosi yang labil, (4) kurang koordinasi, (5) gangguan perhatian, (6) impulsif, (7) gangguan memori dan berfikir, (8) kesulitan pada akademik khusus (membaca, matematika, dan menulis), (9) gangguan dalam berbicara dan mendengar, dan (10) hasil electroencephalogram (EEG) tidak teratur serta tanda neurologis yang tidak jelas. Hallahan menjelaskan bahwa tidak semua gejala selalu ditemukan pada anak yang mengalami kesulitan belajar, adakalanya hanya beberapa ciri yang tampak. Selanjutnya para peneliti mengelompokkan kesepuluh ciri tersebut dengan menggabungkan hal-hal yang dianggap sejenis. Adapun pengelompokkannya adalah sebagai berikut:

1. Masalah persepsi dan koordinasi
2. Gangguan dalam perhatian dan hiperaktif
3. Mengalami gangguan dalam masalah mengingat dan berpikir

4. Kurang mampu menyesuaikan diri
5. Menunjukkan gejala sebagai siswa yang tidak aktif
6. Pencapaian hasil belajar yang rendah

D. Faktor Penyebab

Penyebab kesulitan belajar tidak ada yang menemukan satu pun penyebab pasti mengapa anak mengalami kesulitan belajar. Studi yang berfokus pada subkelompok dalam populasi yang lebih besar dari anak-anak dengan kesulitan belajar telah mengidentifikasi beberapa perbedaan neurologis dan kekurangan saraf sensorik yang terkait dengan masalah belajar mereka (Hynd, 1992; Lyon, 1995; Rourke, 1994).

Studi terbaru dengan menggunakan teknologi telah menemukan perbedaan dalam struktur otak di antara siswa yang memiliki masalah membaca, tidak fokus, dan kesulitan pemrosesan pendengaran (Jensen, 2000; Willingham, 2008; Willis, 2008). Meskipun tidak ada yang cukup yakin apa yang menyebabkan kesulitan belajar, beberapa bukti menunjukkan bahwa mereka mungkin genetik, karena mereka tampaknya "berjalan dalam keluarga" (keturunan). Bagaimanapun faktor lingkungan, dari perawatan kesehatan prenatal yang tidak

memadai hingga paparan zat berbahaya, juga dapat menyebabkan kesulitan belajar.

Sedangkan menurut Mangunsong sejarah dari penyebab kesulitan belajar dibagi menjadi 4 fase yaitu :

1. Fase dasar, Fase ini terjadi pada masa 1800-1930. Hal ini merupakan era awal penelitian pada otak dan kerusakannya.
2. Fase transisi, Fase ini mulai masa 1930-1960. Pada fase ini peneliti secara klinis mengamati anak-anak yang mempunyai permasalahan dalam belajar. Psikolog dan pendidik mengembangkan alat-alat untuk pengukuran dan remedial. Kemajuan pada fase ini ditandai dengan ditemukan sebutan-sebutan brain injuring children disabilities (anak dengan luka otak) yang diperkenalkan oleh Alfred Strauss.
3. Fase integrasi, Pada masa antara 1960-1980. Pada masa ini tampak implementasi yang pesat dari program-program kesulitan belajar di sekolah-sekolah.
4. Fase contemporary Mulai setelah 1980. Pada masa ini diperkenalkan antara lain tentang rentang usia, rentang kesulitan dari sedang ke berat (mlearning disabilities-severe).

HIRSCH berpendapat bahwa penyebab kesukaran belajar dibagi dalam 8 kemungkinan kategori, yaitu:

1. *Minimal brain dysfunction* atau disfungsi minimal otak.
2. *Mixed dominance/mixed laterality*, tidak adanya dominasi literalitas.
3. *Traditional visual anomalies*, adanya penyimpangan visual.
4. *Developmental abnormalities*, adanya perkembangan yang tidak normal.
5. *Intellectual deprivation*, deprivasi dalam proses berfikir.
6. *Psychological disorders*, penyimpangan psikologis.
7. *Genetic causation*, adanya penyebab bersifat genetik.
8. *Teaching methodology*, pengaruh/kesalahan dalam cara mengajar.

Secara umum faktor penyebab kesulitan belajar dapat disimpulkan disebabkan oleh faktor internal yang mencakup faktor konstitusi tubuh/fisik dan faktor psikologis. Faktor eksternal yang berpengaruh mencakup faktor alamiah dan faktor sosial, individu.

E. Prevalensi

Penelitian yang dilakukan Young dan Beitcmnen menunjukkan estimasi prevalensi gangguan belajar berkisar

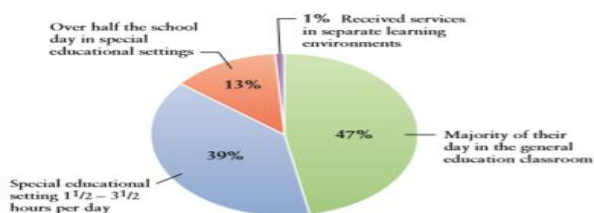
antara 5% sampai 10% meskipun frekuensi diagnosis ini tampaknya meningkat di wilayah-wilayah yang lebih sejahtera di AS. Diyakini bahwa hampir 4 juta anak di Amerika Serikat diduga kuat memiliki gangguan belajar tertentu. Tampaknya ada perbedaan rasial diagnosis gangguan belajar. Kira-kira 1% anak-anak kulit putih dan 2,6% anak-anak kulit hitam menerima pelayanan untuk masalah-masalah belajar selama tahun 2001. Tetapi penelitian ini juga menunjukkan bahwa perbedaan tersebut berhubungan dengan status ekonomi anak, dan bukan dengan latar belakang etnis mereka.

Kesulitan membaca merupakan gangguan belajar yang paling banyak dijumpai dan muncul dengan bentuk tertentu disekitar 5% sampai 15% diantara populasi secara umum. Gangguan matematika muncul diantara kira-kira 6% populasi, tetapi kami memiliki informasi yang terbatas tentang prevalensi gangguan ekspresi tertulis dikalangan anak-anak dan remaja. Studi-studi terdahulu menunjukkan bahwa lebih banyak anak laki-laki yang memiliki gangguan membaca dibanding anak perempuan, meskipun penelitian yang lebih kontemporer menunjukkan bahwa jumlah anak laki-laki dan perempuan yang menyandang gangguan ini mungkin sebanding. Gangguan belajar dapat menimbulkan sejumlah akibat yang berbeda,

tergantung sejauh mana disabilitasnya dan sejauh mana dukungan yang tersedia bagi mereka. Sebuah studi menemukan bahwa sekitar 32% siswa yang memiliki disabilitas belajar *drop out* dari sekolah. Disamping itu, *employemen rate* untuk siswa dengan berbagai gangguan belajar cenderung rendah, yaitu berkisar antara 60% dan 70%. Angka yang rendah ini mungkin sebagian disebabkan oleh ekspektasi siswa yang rendah. Sebuah studi melaporkan bahwa hanya 50% pelajar yang memiliki disabilitas belajar yang memiliki rencana yang jelas setelah lulus sekolah. Sebagian individu dengan gangguan kesulitan belajar dapat mencapai tujuan pendidikan atau kariernya. Tetapi, hal ini tampaknya akan lebih sulit dicapai oleh penderita gangguan kesulitan belajar berat.

Meskipun ketidakmampuan belajar memiliki dampak di segala usia, Kirk et al memfokuskan pembahasan tentang prevalensi pada individu usia sekolah, dari 6 hingga 21 tahun. *The Twenty-sixth Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*, 2006, melaporkan bahwa 4,3 persen individu berusia 6-21 tahun menerima pendidikan khusus dan/atau layanan terkait karena kesulitan belajar spesifik dan seperti yang telah diketahui sebelumnya, kategori kesulitan belajar membentuk sekitar 48

persen dari semua siswa penyandang disabilitas (Departemen Pendidikan AS, 2005). Ketidakmampuan belajar adalah kategori kecacatan terbesar di antara semua kelompok ras dan etnis; Namun, ada perbedaan dalam mengidentifikasi pola kation di seluruh kelompok. Laporan Tahunan Kedua Puluh Enam menunjukkan bahwa indian Amerika/Alaska Natives, hitam non-Hispanik, dan hispanik siswa agak lebih mungkin untuk diidentifikasi memiliki kesulitan belajar, sedangkan identifikasi agak lebih rendah untuk putih non-Hispanik dan Asia/Kepulauan Pasifik. Pola-pola ini terus mengingatkan kita bahwa proses identifikasi yang kita gunakan harus adil sehingga kita secara tidak sengaja mengidentifikasi anak-anak dari beberapa kelompok ras dan etnis.



Persentase Siswa Penyandang kesulitan Belajar Dilayani dalam Pengaturan Pendidikan Yang Berbeda

Dalam gambar menunjukkan bagaimana layanan bagi siswa penyandang kesulitan belajar disediakan di seluruh pengaturan pendidikan umum dan khusus. Mayoritas siswa dengan kesulitan belajar (47 persen) menghabiskan sebagian besar waktu mereka di kelas pendidikan umum. Tiga puluh sembilan persen (39 persen) siswa penyandang kesulitan belajar menerima layanan dalam pengaturan lain (*special education*) untuk antara satu setengah, tiga dan satu setengah jam sehari. Persentase yang jauh lebih kecil dari siswa dengan kesulitan belajar (13 persen) menghabiskan lebih dari setengah hari sekolah mereka dalam pengaturan selain kelas umum, dan 1 persen menerima layanan di lingkungan yang berbeda (Departemen Pendidikan AS, 2005).

F. Cara Identifikasi/Diagnosis

Otorisasi ulang baru-baru ini dari *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA; yang disahkan kembali sebagai *Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, 2004) mengubah cara pandang tentang bagaimana kita mendefinisikan dan melayani siswa dengan kesulitan belajar. IDEA 2004 mencakup model RTI sebagai salah satu pilihan

yang dapat digunakan sekolah untuk mengidentifikasi siswa penyandang kesulitan belajar.

Secara umum ketika menentukan apakah seorang anak memiliki kesulitan belajar tertentu, lembaga pendidikan setempat perlu mempertimbangkan apakah seorang anak memiliki perbedaan yang parah antara pencapaian dan kemampuan intelektual dalam ekspresi lisan, pemahaman mendengarkan, ekspresi tertulis, keterampilan membaca dasar, pemahaman membaca, perhitungan matematis, atau penalaran matematis. Otoritas dalam menentukan apakah seorang anak memiliki kesulitan belajar tertentu, lembaga pendidikan setempat dapat menggunakan proses yang menentukan apakah anak menanggapi intervensi ilmiah berbasis penelitian sebagai bagian dari prosedur evaluasi. Cara seorang anak menanggapi intervensi ilmiah berbasis penelitian dapat digunakan sebagai salah satu bagian dari penilaian komprehensif terhadap kekuatan dan kesulitan anak (Kirk et al. 2009).

Identifikasi juga dapat dilakukan dengan proses mengenali individu untuk memperoleh informasi tentang jenis-jenis kesulitan belajar yang dialami. Untuk mengantisipasi kekeliruan dalam klasifikasi dan agar dapat diberikan layanan pendidikan pada anak berkesulitan belajar, diperlukan semacam

instrumen untuk mengidentifikasi kondisi kesulitan belajar tersebut. Instrumen ini berupa tabel inventori atau daftar ceklis. Instrumen ini bisa digunakan guru kelas untuk mengidentifikasi kemampuan siswanya. Identifikasi dilakukan melalui observasi atau pengamatan. Pada umumnya karakteristik peserta didik dapat dikenali setelah 3 bulan pertama setelah mengikuti pembelajaran di kelas. Melalui identifikasi akan diperoleh informasi tentang klasifikasi kesulitan belajar yang dialami anak. Dari klasifikasi tersebut dapat disusun perencanaan program dan tindakan pembelajaran yang sesuai. Identifikasi dilakukan melalui pengamatan dengan menggunakan instrumen daftar ceklis.

Menurut Sumarlis (2008) bila dari hasil pengamatan, seorang anak menunjukkan lebih dari delapan item perilaku kesulitan dalam belajar, kemungkinan anak tersebut berisiko mengalami kesulitan belajar. Untuk memperoleh informasi yang lebih akurat mengenai kondisi kesulitan belajarnya, anak bisa dirujuk kepada tenaga ahli (psikolog dan pedagog), sehingga layanan pendidikan yang diberikan kepada anak berkesulitan belajar menjadi lebih tepat. Namun, tanpa rujukan tenaga ahli pun, guru tetap dapat menyusun program dan melaksanakan

pembelajaran bagi peserta didik yang mengalami kesulitan belajar.

G. Strategi Pembelajaran

Secara umum, metode multisensori/VAKT (visual, auditori, kinestetik dan taktil) dapat digunakan untuk kesulitan calistung. Contoh penerapan untuk membaca adalah sebagai berikut :

1. Pemberdayaan sensori visual dapat dilakukan dengan :
 - a. Diskriminasi visual, pembelajaran dengan mencari perbedaan dan persamaan huruf atau suku kata. Misal : Mintalah anak untuk membedakan kata-kata yang hampir sama, seperti : batu, bata, tabu.
 - b. Urutan visual. Misal : Siswa menyusun huruf sesuai kata yang sesuai.
 - c. Memori visual. Misal : Guru menunjukkan suatu kata selama beberapa detik lalu menyembunyikannya. Siswa berupaya mengingat huruf-huruf yang ada dalam kata itu.
 - d. Menyebutkan nama huruf. Misal : Minta anak mencari kata dengan huruf depan “m” atau “w” di majalah lalu

menggunting dan ditempel di buku kegiatan. (Lerner, 2006).

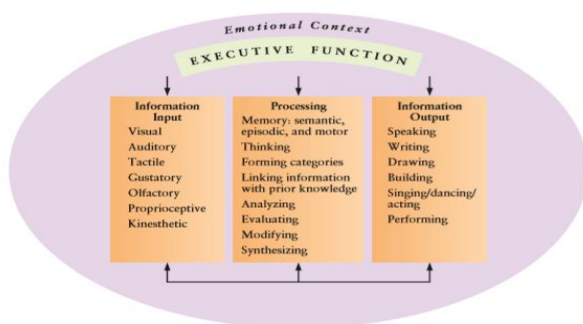
2. Pemberdayaan sensori auditori dapat dilakukan dengan cara :

- a. Diskriminasi auditori. Guru berdiri di belakang siswa, ucapkan satu kata dan minta anak mengangkat tangannya bila mendengar kata yang serupa ketika guru mengucapkan beberapa kata yang hampir sama.
- b. Irama, ini penting untuk belajar tentang 'word familiar' (kata dengan bunyi sama). Siswa diajarkan untuk melengkapi puisi atau sajak a-a-a.
- c. Blending (menggabung huruf). Langkah pengajarannya : a) Ucapkan dua suku kata yang berbeda (Ba-Tu). Minta anak mengulang dan bantu ia mengenali 2 suku kata pembentuknya. b) Ucapkan satu suku kata dengan penekanan di akhir, misal "ra-t". Minta anak untuk mengulangi ucapan kita dan mengenali huruf.
- d. Memori auditori. a) Ucapkan kalimat sederhana dan minta anak mengulang. Kalimat dapat ditingkatkan semakin panjang. b) Minta anak menghafal puisi atau

lagu. c) Ucapkan dua suku kata yang tidak terkait untuk diulang siswa.

Model pemrosesan informasi (IPM) berguna dalam membantu memahami dampak yang dapat dilakukan oleh anak dengan kesulitan belajar terhadap kemampuan siswa untuk mengambil, memikirkan, dan berbagi hal-hal yang sedang dia pelajari. (Willis, 2008; Wong, Harris, Graham, & Butler, 2003). Model ini menggambarkan pembelajaran sebagai serangkaian komponen yang melibatkan stimulasi sensorik/ input, pemrosesan / pemikiran, dan output, atau berbagi apa yang telah dipelajari. Dalam pembahasan ini berfokus pada dampak bahwa anak dengan kesulitan belajar memiliki kemampuan untuk dapat memproses informasi. Dalam pembelajaran, disebut dengan aspek metakognisi IPM. Kami telah menambahkan konteks emosional untuk pemrosesan informasi, karena konteks emosional ini adalah mediator kritis dalam cara siswa dengan informasi dalam proses mengetahui kesulitan belajar (Cutting & Denckla, 2003; Jensen, 2000, 2008; Willis, 2008). IPM bukan satu-satunya cara untuk menggambarkan pembelajaran, tetapi itu adalah cara yang berguna untuk berpikir tentang belajar pada anak dengan kesulitan belajar (Sternberg & Grigorenko, 2002; Willingham, 2008).

Menggunakan IPM menunjukkan komponen pembelajaran dan bagaimana mereka dipengaruhi oleh kesulitan belajar. IPM juga memberi kita wawasan langsung tentang strategi yang dapat kita gunakan untuk mendukung pembelajaran siswa. Empat komponen utama (input, pemrosesan, output, dan fungsi eksekutif) beroperasi dalam konteks lingkungan emosional yang mempengaruhi pemrosesan informasi. Setiap komponen menjalankan fungsi penting yang berkaitan dengan pembelajaran, dan pembelajaran yang optimal terjadi ketika komponen berfungsi dengan lancar, sebagai satu sistem. Kesulitan belajar dapat dijelaskan sebagai kesalahan dalam sistem. Mari kita lihat setiap komponen dan jelajahi apa arti kesulitan bagi siswa.



Model Proses Informasi

REFERENSI

- Abdurrahman, Mulyono. (2012). *Anak Berkesulitan Belajar: Teori, Daignosis, dan Remediasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Alnahdi, Ghaleb H., Ayman Elhadi, and Susanne Schwab. 2020. "The Positive Impact of Knowledge and Quality of Contact on University Students' Attitudes towards People with Intellectual Disability in the Arab World." *Research in Developmental Disabilities* 106(June): 103765. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103765>.
- Baehr, Jason. 2017. "The Varieties of Character and Some Implications for Character Education." *Journal of Youth and Adolescence* 46(6): 1153–61. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-017-0654-z>.
- Carmichael, Karla D. 1993. "Play Therapy and Children with Disabilities." *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 16(3): 165–73.
- Desiningrum, Dinie Ratri. 2016. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain Anak Berkebutuhan Khusus.
- Engelbrecht, Petra, Marietjie Oswald, Estelle Swart, and Irma Eloff. 2003. "Including Learners with Intellectual

- Disabilities: Stressful for Teachers?” *International Journal of Disability, Development and Education* 50(3): 293–308.
- Forlin, Chris, Graham Douglas, and John Hattie. 1996. “Inclusive Practices: How Accepting Are Teachers?” *International Journal of Phytoremediation* 43(2): 119–33.
- Gasteiger-Klicpera, Barbara, Christian Klicpera, Markus Gebhardt, and Susanne Schwab. 2013. “Attitudes and Experiences of Parents Regarding Inclusive and Special School Education for Children with Learning and Intellectual Disabilities.” *International Journal of Inclusive Education* 17(7): 663–81.
- Hickey-Moody, Anna. 2003. “‘Turning Away’ from Intellectual Disability: Methods of Practice, Methods of Thought.” *Melbourne Studies in Education* 44(1): 1–22.
- Hurry, Jane, Eirini Flouri, and Kathy Sylva. 2018. “Literacy Difficulties and Emotional and Behavior Disorders: Causes and Consequences Literacy Difficulties and Emotional and Behavior Disorders :” *Journal of Education for Students Placed at Risk (JESPAR)* 0(0): 1–21.
- Kassah, Bente Lilljan Lind, Alexander Kwesi Kassah, and Deborah Phillips. 2018. “Children with Intellectual Disabilities and Special School Education in Ghana.”

International Journal of Disability, Development and Education 65(3): 341–54.
<http://doi.org/10.1080/1034912X.2017.1374358>.

Kirk, Samuel, James J Gallagher, Mary Ruth Coleman, and Nick Anastasiow. 2009a. *Educating Exceptional Children Children Who Are Deaf or Hard of Hearing*.

———. 2009b. *Educating Exceptional Children Educating Exceptional Children*.

Kruithof, Kasper, Jeanine Suurmond, and Janneke Harting. 2018. “Eating Together as a Social Network Intervention for People with Mild Intellectual Disabilities: A Theory-Based Evaluation.” *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 13(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1516089>.

Maulik, Pallab K. et al. 2011. “Prevalence of Intellectual Disability: A Meta-Analysis of Population-Based Studies.” *Research in Developmental Disabilities* 32(2): 419–36.

McKenzie, Judith Anne, and Catriona Ida MacLeod. 2012. “The Deployment of the Medico-Psychological Gaze and Disability Expertise in Relation to Children with Intellectual Disability.” *International Journal of Inclusive Education* 16(10): 1083–98.

- Park, Jiyeon, Emily C. Bouck, and Cynde K. Josol. 2020. "Maintenance in Mathematics for Individuals with Intellectual Disability: A Systematic Review of Literature." *Research in Developmental Disabilities* 105(August): 103751. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103751>.
- Rogers, Chrissie. 2013. "Inclusive Education and Intellectual Disability: A Sociological Engagement with Martha Nussbaum." *International Journal of Inclusive Education* 17(9): 988–1002.
- Sa 'adati, Tatik Imadatus. "Intervensi Psikologis Pada Siswa Dengan Kesulitan Belajar (Disleksia, Disgrafia Dan Diskalkulia)." : 13–37.
- Salvador-Carulla, Luis et al. 2015. "Training on Intellectual Disability in Health Sciences: The European Perspective." *International Journal of Developmental Disabilities* 61(1): 20–31.
- Samuel, Kirk, James J. Gallagher, Coleman Marry Ruth, and Anastasiow Nick. 2009. *Educating Exceptional Children*. Twelfth Ed. New York, New York, USA: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.
- Scanlon, Geraldine, and Yvonne Barnes-holmes. 2014. "Emotional and Behavioural Difficulties Changing

Attitudes : Supporting Teachers in Effectively Including Students with Emotional and Behavioural Difficulties in Mainstream Education.” *Emotional and Behavioural Difficulties* (December).

Sichern, Véronique. 1995. “Learning Disabilities and Script: The Brain Suggests, the Environment Predisposes, and the Individual Decides.” *Transactional Analysis Journal* 25(3): 259–64.

Simpson, Neill, Lindsay Mizen, and Sally Ann Cooper. 2020. “Intellectual Disabilities.” *Medicine (United Kingdom)* 48(11): 732–36.
<https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.08.010>.

Zablotsky, Benjamin, and Lindsey I. Black. 2020. “Prevalence of Children Aged 3–17 Years with Developmental Disabilities, by Urbanicity: United States, 2015–2018.” *National Health Statistics Reports* 2020(139): 2015–18.

BAB VIII

SISWA DENGAN HAMBATAN *AUTISTIC SPECTRUM DISORDER* (ASD)

Oleh: Ana Nurhasanah

A. Peristilahan dan pengertian

Autism = autisme yaitu nama gangguan perkembangan komunikasi, sosial, perilaku pada anak (Leo Kanner & Asperger, 1943). Autist = autis : Anak yang mengalami gangguan autisme. *Autistic child* = anak autistik : Keadaan anak yang mengalami gangguan autisme.

Menurut Bleuler (1911 – 1950) penggunaan **kata autistik** untuk mendeskripsikan pikiran yang istimewa atau aneh yang berpusat pada diri sendiri.

Kirk, Gallagher, Coleman, Anastasiow (2009: 251-252) anak dengan gangguan autistik terkait yang mempengaruhi perkembangan sosial anak dan kemampuan untuk berkomunikasi dan itu termasuk manifestasi perilaku yang tidak biasa seperti gangguan motorik yang berulang.

Autisme, saat ini disebut sebagai gangguan spektrum autisme atau *Autism Spectrum Disorder* (ASD). Terminologi

“*spectrum*” digunakan karena gejala ASD bervariasi dari yang ringan sampai berat. ASD merupakan gangguan perkembangan otak (*neurodevelopment*) yang ditandai dengan adanya gangguan dan kesulitan penderita untuk berinteraksi sosial, berkomunikasi baik verbal maupun non-verbal, serta adanya gangguan perilaku, minat dan aktifitas yang terbatas, berulang, dan stereotipik.

B. Klasifikasi

Menurut *American Psychiatric Association*, 2000, klasifikasi gangguan autistic

1. Gangguan Kualitatif dalam Interaksi Sosial. Gangguan dalam penggunaan perilaku non – verbal dan ketidakmampuan hubungan pertemanan.
2. Gangguan Kualitatif dalam Komunikasi. Keterlambatan dalam bahasa lisan dan menggunakan bahasa yang repetitif.
3. Pola Minat Perilaku yang terbatas, repetitif, dan stereotype. Tidak fleksibel dalam rutinitas dan Keasyikan terus menerus pada bagian benda.

Hambatan Autisme timbul dengan gejala yang beragam, diklasifikasikan ke dalam empat bagian yaitu:

1. Kelainan dalam interaksi sosial
2. Kelainan dalam komunikasi
3. Kelainan dalam perhatian
4. Perilaku yang berulang Menurut Lovas dan Newsom (Heward dan Orlansky, 1984: 172).
 - a. Anak Autis dalam berinteraksi sosial; Tidak ada kontak mata, menyembunyikan wajah, menghindari bertemu dengan orang lain, menundukkan kepala, Membuang muka, Hanya mau bersama dengan ibu/keluarganya, Acuh tak acuh, interaksi satu arah, Kurang tanggap isyarat sosial, Lebih suka menyendiri, Tidak tertarik untuk bersama teman, Tidak tanggap / empati terhadap reaksi orang lain atas perbuatan sendiri (Koes Irianto, 2018:268).
 - b. Anak autis berkomunikasi
 - 1) Sebagian tidak berkomunikasi baik verbal maupun nonverbal.
 - 2) Tidak mampu mengekspresikan perasaan maupun keinginan.

- 3) Sukar memahami kata-kata bahasa orang lain dan sebaliknya kata-kata/bahasa mereka sukar dipahami maknanya.
 - 4) Berbicara sangat lambat, monoton, atau tidak berbicara sama sekali.
 - 5) Kadang-kadang mengeluarkan suara-suara aneh.
 - 6) Berbicara tetapi bukan untuk berkomunikasi.
 - 7) Suka bergumam.
 - 8) Dapat menghafal kata-kata atau nyanyian tanpa memahami arti dan konteksnya.
 - 9) Perkembangan bahasa sangat lambat bahkan sering tidak tampak.
 - 10) Komunikasi terkadang dilakukan dengan cara menarik-narik tangan orang lain untuk menyampaikan keinginannya (Koes Irianto, 2018:267)
- c. Anak autis membawakan diri
- 1) Sebagian tidak berkomunikasi baik verbal maupun nonverbal.
 - 2) Tidak mampu mengekspresikan perasaan maupun keinginan.

- 3) Sukar memahami kata-kata bahasa orang lain dan sebaliknya kata-kata/bahasa mereka sukar dipahami maknanya..
- 4) Berbicara sangat lambat, monoton, atau tidak berbicara sama sekali.
- 5) Kadang-kadang mengeluarkan suara-suara aneh.
- 6) Berbicara tetapi bukan untuk berkomunikasi.
- 7) Suka bergumam.
- 8) Dapat menghafal kata-kata atau nyanyian tanpa memahami arti dan konteksnya.
- 9) Perkembangan bahasa sangat lambat bahkan sering tidak tampak.
- 10) Komunikasi terkadang dilakukan dengan cara menarik-narik tangan orang lain untuk menyampaikan keinginannya (Koes Irianto, 2018:267).

d. Kepekaan sensori integrative anak autis

- 1) Sangat sensitif terhadap sentuhan ,seperti tidak suka dipeluk.
- 2) Sensitif terhadap suara-suara tertentu.
- 3) Senang mencium-cium, menjilat mainan atau benda-benda.

4) Sangat sensitif atau sebaliknya, tidak sensitif terhadap rasa sakit.

e. Pola Bermain Anak Autis

1) Tidak bermain seperti anak-anak pada umumnya.

2) Kurang/tidak kreatif dan imajinatif.

3) Tidak bermain sesuai fungsi mainan.

4) Menyenangi benda-benda berputar, seperti kipas angin roda sepeda, dan lain-lain.

5) Sering terpaku pada benda-benda tertentu (Koes Irianto, 2018:268-269)

6) Keadaan emosi anak autis.

7) Sering marah tanpa alasan.

8) Sering mengamuk tak terkendali (temper tantrum)bila keinginan tidak dipenuhi.

9) Tiba-tiba tertawa terbahak-bahak atau menangis tanpa alasan

10) Kadang-kadang menyerang orang lain tanpa diduga-duga (Koes Irianto, 2018:268).

f. Kondisi Kognitif Anak Autis.

Menurut Penelitian di Virginia University di Amerik Serikat diperkirakan 75 – 80 % penyandang autis mempunyai kemampuan berpikir di bawah rata-

rata/retardasi mental, sedangkan 20 % sisanya mempunyai tingkat kecerdasan normal ataupun di atas normal untuk bidang-bidang tertentu.

- 1) Sebagian kecil mempunyai daya ingat yang sangat kuat terutama yang berkaitan dengan obyek visual (gambar).
- 2) Sebagian kecil memiliki kemampuan lebih pada bidang yang berkaitan dengan angka.
- 3)

C. Karakteristik

Karakteristik anak dengan gangguan spektrum autistik menurut Kirk, Gallagher, Coleman, Anastasiow, (2009: 259-260).

Theory of Mind

Indikator kelainan perkembangan mendasar pada anak autis kurangnya kemampuan untuk memahami pemikiran dan perasaan orang lain.

Hypersensitivity to Sensory Stimuli

Salah satu ciri yang dimiliki oleh banyak penyandang autisme adalah hipersensitivitas terhadap kebisingan di lingkungan.

Motor Skills (Skill Keterampilan)

Spektrum autisme juga mengalami kesulitan dengan berbagai motorik keterampilan seperti keterampilan motorik kasar.

- a. ASD (Autistic Syndrom Disorder) Level 1 (*Requiring Support*/membutuhkan dukungan); kesulitan memulai interaksi sosial, masalah perencanaan dan organisasi dapat menghambat kemandirian
- b. ASD Level 2 (*Requiring Substantial Support*/membutuhkan dukungan substansi); Interaksi sosial dibatasi untuk mempersempit minat khusus, sering dibatasi, perilaku berulang.
- c. ASD Level 3 (*Requiring Very Substantial Support*/membutuhkan dukungan yang sangat besar); keterbatasan dalam keterampilan komunikasi sosial verbal dan non verbal, kesulitan besar merubah tindakan atau fokus. (Autis.id, 2018).

D. Faktor Penyebab

Sampai sekarang belum terdeteksi faktor yang menjadi penyebab tunggal timbulnya gangguan autisme. Namun

demikian ada beberapa faktor yang di mungkinkan dapat menjadi penyebab timbulnya autisme. berikut:

1. Menurut Teori Psikososial

Beberapa ahli (Kanner dan Bruno Bettelhem) autisme dianggap sebagai akibat hubungan yang dingin, tidak akrab antara orang tua (ibu) dan anak. Demikian juga dikatakan, orang tua/pengasuh yang emosional, kaku, obsesif, tidak hangat bahkan dingin dapat menyebabkan anak asuhnya menjadi autistik.

2. Teori Biologis

Faktor genetic: Keluarga yg terdapat anak autistik memiliki resiko lebih tinggi dibanding populasi keluarga normal.

Pranatal, Natal dan Post Natal yaitu: Pendarahan pada kehamilan awal, obat-obatan, tangis bayi terlambat, gangguan pernapasan, anemia.

Neuro anatomi yaitu: Gangguan/disfungsi pada sel-sel otak selama dalam kandugan yang mungkin disebabkan terjadinya gangguan oksigenasi, perdarahan, atau infeksi.

Struktur dan Biokimiawi yaitu: Kelainan pada cerebellum dengan sel-sel Purkinje yang jumlahnya terlalu

sedikit, padahal sel-sel purkinje mempunyai kandungan serotinin yang tinggi. Demikian juga kemungkinan tingginya kandungan dapomin atau opioid dalam darah.

Keracunan logam berat misalnya terjadi pada anak yang tinggal dekat tambang batu bara, dlsb.

Gangguan pencernaan, pendengaran dan penglihatan. Menurut data yang ada 60 % anak autistik mempunyai sistem pencernaan kurang sempurna. Dan kemungkinan timbulnya gejala autistik karena adanya gangguan dalam pendengaran dan penglihatan.

- 3. Faktor risiko** yang dapat menyebabkan anak menjadi autis (Guinchat, Thorsen, Laurent, Cans, Bodeau, & Cohen, 2012).

Faktor Prenatal

Meliputi kondisi genetik, kondisi usia ibu yang tua, dan pendarahan saat kehamilan

Faktor Perinatal

Meliputi bayi lahir prematur, terlalu lama dalam proses kehamilan, dan kekurangan oksigen

Faktor Neonatal

Meliputi berat badan bayi terlalu ringan, keracunan, infeksi, dan kekurangan nutrisi serta komplikasi hamil

4. Faktor risiko yang dapat menyebabkan adanya gangguan autistik (Keenan, Dillenburger, Doherty, Byrne, & Gallagher, 2007).

Faktor Genetik

Terdapat gen patologis yang diturunkan karena anomali pada kromosom

Faktor Lingkungan

Banyak faktor lingkungan yang akan mempengaruhi autis.

E. Prevalensi

Kecenderungan angka kejadian ASD semakin meningkat secara global, termasuk di Indonesia. Data *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2018) menyebutkan bahwa prevalensi kejadian penderita autisme meningkat dari 1 per 150 populasi pada tahun 2000 menjadi sebesar 1 per 59 pada tahun 2014. ASD lebih banyak menyerang anak laki-laki, dengan prevalensi 1:37, sedangkan pada anak perempuan 1: 151. Merujuk pada data prevalensi tersebut, Indonesia yang memiliki jumlah penduduk sebesar 237,5 juta dengan laju pertumbuhan penduduk 1,14% diperkirakan memiliki angka penderita ASD sebanyak 4 juta orang. Diperkirakan penyandang ASD di

Indonesia yaitu 2,4 juta orang (<https://fk.ugm.ac.id/kenali-autisme-sejak-dini>).



F. Cara Identifikasi/Diagnosis

Menurut Kirk, Gallagher, Coleman, Anastasiow, (2009:255-256)

1. Identifikasi awal anak-anak ini dimungkinkan melalui beberapa tugas yang diberikan oleh dokter anak.

2. Anak autis sulit bermain pura-pura, suka meniru perilaku orang dewasa, dan Kegagalan untuk merespon dengan baik.
3. Perangkat skrining yang membantu anak-anak yang sangat kecil dikenal sebagai CHAT (Daftar Periksa Autisme pada Balita).

Melakukan Diagnosis Autis menurut Koes Irianto (2018:269) dapat dilakukan dengan cara diantaranya sebagai berikut:

Mengamati perilaku anak dalam berkomunikasi, tingkah laku dan perkembangannya. Pemeriksaan klinis. Memeriksa anak pada ahli neurologis, ahli psikologi anak, ahli penyakit anak, ahli terapi bahasa, dan ahli profesional lainnya.

DSM V (Diagnostic and Statistic Manual). Harus ada sedikitnya 6 gejala dari (1), (2), Dan (3), dengan minimal harus ada 2 gejala dari (1), dan satu gejala masing-masing dari (2) dan (3).

- (1) Gangguan kuantitatif dalam interaksi sosial, minimal harus ada 2 manifestasi
 - a) Perilaku non verbal; kontak mata sangat kurang, ekspresi muka kurang hidup, sikap tubuh dalam dalam interaksi sosial.

- b) Kegagalan dalam berhubungan dengan anak sebaya sesuai perkembangannya
 - c) Tidak dapat merasakan apa yang dirasakan orang lain
 - d) Kurangnya hubungan sosial dan emosional.
- (2) Gangguan kuantitatif dalam bidang komunikasi, minimal 1 gejala dibawah ini:
- a) Bicara terlambat atau bahkan sama sekali tak berkembang (tak ada usaha mengimbangi komunikasi dengan cara lain tanpa bicara.
 - b) Bila bisa bicara tidak dipakai untuk komunikasi
 - c) Sering menggunakan bahasa yang aneh dan diulang-ulang
 - d) Cara bermain kurang bervariasi, kurang imajinatif dan kurang bisa meniru
- (3) Suatu pola yang dipertahankan
- Diulang-ulang dalam perilaku, minat dan kegiatan, sedikitnya harus ada 1 gejala dibawah ini:
- a) Mempertahankan satu minat atau lebih dengan cara yang sangat khas dan berlebihan.
 - b) Terpaku pada satu kegiatan ritual atau rutin yang tidak ada gunanya.

- c) Terdapat gerakan-gerakan yang aneh yang khas dan berulang-ulang.
- d) Seringkali terpukau pada bagian-bagian benda.

G. Strategi Pembelajaran

Sebelum/sembari mengikuti pendidikan formal (sekolah). Anak autistik dapat dilatih melalui terapi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan anak antara lain:

- a. Terapi Wicara: Untuk melancarkan otot-otot mulut agar dapat berbicara lebih baik.
- b. Terapi Okupasi : untuk melatih motorik halus anak.
- c. Terapi Bermain : untuk melatih mengajarkan anak melalui belajar sambil bermain.
- d. Terapi medikamentosa/obat-obatan (*drug therapy*) : untuk menenangkan anak melalui pemberian obat-obatan oleh dokter yang berwenang.
- e. Terapi melalui makan (*diet therapy*) : untuk mencegah/mengurangi tingkat gangguan autisme.
- f. *Sensory Integration therapy* : untuk melatih kepekaan dan kordinasi daya indra anak autis (pendengaran, penglihatan, perabaan).

- g. *Auditory Integration Therapy* : untuk melatih kepekaan pendengaran anak lebih sempurna
- h. Biomedical treatment/therapy : untuk perbaikan dan kebugaran kondisi tubuh agar terlepas dari faktor-faktor yang merusak (dari keracunan logam berat, efek casomorphine dan gliadorphine, allergen, dsb)
- i. *Hydro Therapy* : membantu anak autistik untuk melepaskan energi yang berlebihan pada diri anak melalui aktifitas di air.
- j. Terapi Musik : untuk melatih auditori anak, menekan emosi, melatih kontak mata dan konsentras (Dedi Mulyadi, 2019).

Pendidikan untuk anak dengan gangguan Autistik

1. Kelas transisi

Kelas ini diperuntukkan bagi anak autistik yang telah diterapi dan memerlukan layanan khusus, termasuk anak autistik yang telah diterapi secara terpadu atau struktur. Kelas transisi sedapat mungkin berada di sekolah reguler, sehingga pada saat tertentu anak dapat bersosialisasi dengan anak lain. Kelas transisi merupakan kelas persiapan dan pengenalan pengajaran dengan acuan kurikulum SD dengan dimodifikasi sesuai kebutuhan anak

a. Program Pendidikan Inklusi

Dilaksanakan oleh sekolah reguler yg sudah siap memberikan layanan bagi anak autistik. Untuk dapat membuka program ini sekolah harus memenuhi persyaratan antara lain:

- 1) Guru terkait telah siap menerima anak autistik
- 2) Tersedia ruang khusus (resource room) untuk penanganan individual
- 3) Tersedia guru pembimbing khusus dan guru pendamping.
- 4) Dalam satu kelas sebaiknya tidak lebih dari 2 (dua) anak autistik.

b. Program Pendidikan Terpadu

Dilaksanakan disekolah reguler. Dalam kasus/waktu tertentu, anak-anak autistik dilayani di kelas khusus untuk remedial atau layanan lain yang diperlukan. Keberadaan anak autistik di kelas khusus bisa sebagian waktu atau sepanjang hari tergantung kemampuan anak (Dedi Mulyadi, 2019).

c. Sekolah Khusus Autis

Diperuntukkan khusus bagi anak autistik terutama yg tidak memungkinkan dpt mengikuti

pendidikan di sekolah reguler. Anak di sekolah ini sangat sulit untuk dapat berkonsentrasi dgn adanya distraksi sekeliling mereka. Pendidikan di sekolah difokuskan pada program fungsional seperti bina diri, bakat, dan minat yang sesuai dengan potensi mereka.

d. Program Sekolah di Rumah

Diperuntukkan bagi anak autistik yg tdk mampu mengikuti pendidikan di sekolah khusus karena keterbatasannya. Anak-anak autistik yang non verbal, retardasi mental atau mengalami gangguan serius motorik dan auditorinya dapat mengikuti program sekolah di rumah. Program dilaksanakan di rumah dengan mendatangkan guru pembimbing atau terapis atas kerjasama sekolah, orangtua.

e. Panti (Griya) Rehabilitas Autis

Anak autistik yang kemampuannya sangat rendah, gangguannya sangat parah dapat mengikuti program di panti (griya) rehabilitasi autistik. Program dipanti rehabilitasi lebih terfokus pada pengembangan: pengenalan diri, sensori motor dan persepsi, motorik kasar dan halus, kemampuan berbahasa dan komunikasi, bina diri, kemampuan social dan

etrampilan kerja terbatas sesuai minat, bakat dan potensinya.

Beberapa pendekatan pembelajaran anak autisme menurut Kirk, Gallagher, Coleman, Anastasiow (2009, 256- 257)

- a. *Discrete Trial Training (DTT) / Applied Behavior Analysis (ABA)* : Training ini didasarkan pada Teori Lovaas yang mempergunakan pembelajaran perilaku. Dalam pembelajarannya digunakan stimulus respon atau yang dikenal dengan *operant conditioning*. Dalam prakteknya guru memberikan stimulus pada anak agar anak memberi respon. Apabila perilaku anak itu baik, guru memberikan *reinforcement* (penguatan). Sebaliknya perilaku anak yang buruk dihilangkan melalui *time out/ hukuman/kata “tidak”*
- b. TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*) : dikembangkan dan ditujukan pada untuk anak-anak autistik dengan terstruktur dan bersifat rutin dalam kehidupannya. Program ini menekankan anak-anak agar dapat bekerja secara bertujuan dalam komunitasnya.
- c. *Intervensi LEAP (Learning Experience and Alternative Program for Preschoolers and Parents)* menggunakan

stimulus respon (sama dengan DTT) tetapi anak langsung berada dalam lingkungan sosial (dengan teman-teman). Anak autistik belajar berperilaku melalui pengamatan perilaku orang lain.

Sarana dan prasarana belajar yang mendukung dalam kegiatan pendidikan anak autis. Menurut Autism Research Institute (2015).

- a. Ruang yang rapih dan kondusif
- b. Meja kecil
- c. Kursi (3 buah)
- d. Alat Peraga
- e. Alat Bantu Komunikasi (Tape Recorder, TV)
- f. Alat Pengembangan Kemampuan (Alat Musik)
- g. Alat Bantu Motorik Halus (Kegiatan Mewarnai, Memegang Pensil)
- h. Sarana Motorik Kasar (Bola, Tali)
- i. Sarana Bersosialisasi
- j. Sarana Teknologi (Komputer)

REFERENSI

- Aarons, Maureen and Gittens, Tessa. (1999). *The Handbook of Autism, A Guide for Parent and Professionals*. Routledge. London and New York.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR) 4th Editon*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Dynia, J. M., Walton, K. M., Brock, M. E., & Tiede, G. 2020. *Early childhood special education teachers' use of evidence-based practices with children with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 77, 101606*. doi:10.1016/j.rasd.2020.101606
- Flannery, K. A., & Wisner-Carlson, R. (2020). Autism and Education. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. doi:10.1016/j.chc.2019.12.005
- Gargiulo, R., & Kilgo, J. (2013). *An introduction to young children with special needs: Birth through age eight*. Nelson Education
- Guinchat, V., Thorsen, P., Laurent, C., Cans, C., Bodeau, N., & Cohen, D. (2012). *Pre-, Peri-, and Neonatal Risk Factors for Autism. Acta Obstet Gynecol Scand, 91:287-300*

- Kirk, Gallagher, Coleman, Anastasiow (2009). *Introduction to exceptional child*. USA: Sage Publication Inc.
- Koes Irianto, 2018. *Epidemiologi Penyakit Menular & Tidak Menular Panduan Klinis*. Bandung:Alfabeta
- Kodak, T., & Bergmann, S. 2020. Autism Spektrum Disorder. *Pediatric Clinics of North America*. doi:10.1016/j.pcl.2020.02.00
- Luciano, K. 2020. Autism spektrum disorder *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 29(10), 14–15.
- Sundel, M., & Sundel, S. S. (2005). *Behavior Change in The Human Services: Behavioral and Cognitive Principles and Application, 5th edition*. United States: Sage Publications, Inc
- Wiliam, Goldstain, MinsheW, (2006). *The Profile Memory the Function in Children with Autism: Further evidence for disorder complex information-processing. Child Neuropsychol* 12.

BAB IX

SISWA DENGAN *ATTENTION DEFICIT* *HIPERACTIVITY DISORDER* (ADHD)

Oleh : Rossi Iskandar

A. Pengertian

Anak-anak yang gelisah, mengoceh tanpa henti, menyela, dan melompat dari satu aktivitas ke aktivitas lainnya mungkin sangat melelahkan berada di sekitar. Lebih buruk lagi, perilaku mereka membatasi kemampuan mereka untuk belajar dan berteman dan mungkin memiliki konsekuensi jangka panjang bagi diri sendiri serta keluarga. Hal tersebut, dapat dikatakan sebagai permasalahan anak yang dapat dikategorikan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD).

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) adalah anak yang mengalami gangguan perkembangan dan neurologis yang ditandai dengan sekumpulan masalah berupa gangguan pengendalian diri, masalah rentang atensi, hiperaktivitas dan impulsivitas yang menyebabkan kesulitan berperilaku, berpikir dan mengendalikan emosi. Adapun ADHD dalam Bahasa Indonesia yaitu gangguan pemusatan perhatian

disertai hiperaktif (GPPH) yakni gangguan pemusatan pikiran dalam bentuk yang jernih dan gambling, ketidakmampuan mengabaikan objek-objek lain agar seseorang sanggup menangani objek tertentu secara efektif. Selain itu, ada istilah ADD (*Attention Deficit Disorder*) yang berarti gangguan pemusatan perhatian.

Definisi ADHD secara umum yaitu menjelaskan kondisi anak-anak yang memperlihatkan sintom-sintom (ciri atau gejala) kurang konsentrasi, hiperaktif, dan impulsif yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan sebagian besar aktivitas hidup mereka. *Attention hyperactivity disorder* (ADHD) secara independen terkait dengan kecemasan dan masalah perilaku. ADHD memprediksi gangguan *Oppositional Defiant Disorder* (ODD) dan *conduct disorder* (CD), tetapi kecemasan secara tidak konsisten terkait dengan ODD/CD dan masalah perilaku, terutama dalam konteks ADHD (Kerr, Tremblay, Pagani, & Vitaro, 1997). Gangguan *attention-deficit hyperactivity* dan meringkas intervensi farmakologis, pendidikan, dan perilaku. *Attention-deficit hyperactivity disorder* (ADHD) adalah gangguan *neurobehavioral* yang paling umum pada masa kanak-kanak.

B. Klasifikasi *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD)

Klasifikasi perilaku anak *Attention-deficit hyperactivity disorder* (ADHD) terbagi menjadi tiga antara lain:

1. Overaktivitas

Overaktivitas yaitu perilaku anak yang tidak mau diam yang disebabkan kelebihan energi. Hal ini menandakan bahwa anak tersebut sehat, cerdas dan penuh semangat. Tapi overaktivitas sesaat bisa terjadi pada anak yang keaktifannya normal.

2. Hiperaktivitas

Hiperaktivitas yaitu pola perilaku overaktif yang cenderung ngawur (tidak pada tempatnya)

3. Sindrom hiperkinetik

Sindrom hiperkinetik yaitu semua bentuk hiperaktivitas parah, yang menyertai jenis kelambatan lain dalam perkembangan psikologi, misalnya sikap kesulitan bicara. Anak yang berusia 2-3 tahun belum bisa dikategorikan hiperaktif, karena rentang aktivitas yang dianggap normal masih besar. Baru setelah anak usia 3 tahun ke atas aktivitas tidak terarahnya akan menurun drastis.

Anak-anak ADHD menunjukkan tingkah laku yang terdapat dalam tiga kategori utama yang sering dilakukan dilingkungan sekitar seperti rumah, dan sekolah antara lain:

1. Hiperaktif

- a) Sering menggerakkan tangan atau kaki atau berputar-putar di tempat duduk
- b) Sering meninggalkan tempat duduk ketika di kelas
- c) Selalu berlari ke sana ke mari atau suka memanjat
- d) Kerap menghadapi masalah untuk bermain
- e) Banyak bicara
- f) Sering bergerak

2. Tempoh tumpuan yang singkat

- a) Sering gagal
- b) Selalu tidak mematuhi aturan dan gagal menyiapkan pekerjaan sekolah dan tugas
- c) Mengalami masalah untuk mengatur tugas atau aktivitas
- d) Sering mengelak
- e) Sering kehilangan barang misalnya pensil, buku, penghapus, dan mainan.

- f) Mudah bertukar dari aktivitas ke satu ke aktivitas lain
- g) Mudah lupa

3. Tingkah laku Impulsif

- a) Selalu memberi jawaban sebelum soal lengkap diajukan
- b) Kurang sabar dalam menghadapi masalah ketika menunggu giliran
- c) Sering mengganggu atau mencela perbuatan atau aktivitas orang lain
- d) Sering membuat pertimbangan yang salah dan mudah mengalami kemalangan

C. Karakteristik/Ciri-ciri *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*

ADHD bukan digolongkan pada suatu jenis penyakit, melainkan sekumpulan gejala yang dapat disebabkan oleh beragam penyakit dan gangguan. Sehingga, menurut beberapa ahli tidaklah tepat apabila anak yang mengalami ADHD diberikan obat atau pendekatan yang sama kepada semua anak yang mengalami ADHD tanpa memahami latar belakang yang

menyebabkan gangguan ADHD (Kiky Lestari, 2012: 16). Ciri-ciri utama seseorang digolongkan ke dalam gangguan ADHD menurut Grand L. Martin (2008: 27) adalah sebagai berikut:

1. Kurang dapat memusatkan perhatian

Salah satu ciri gangguan ADHD adalah anak yang sangat mudah terganggu perhatiannya. Anak akan cepat mengabaikan suatu obyek yang mereka lihat dan berganti melihat ke obyek lain. Selain itu, anak ADHD pada ciri ini juga kurang bisa fokus dalam hal konsentrasi. Anak akan cepat bosan ketika mereka mengamati suatu obyek secara terus menerus, pikiran anak bukan tertuju pada obyek yang diamati namun ke hal yang lainnya. Karakter anak ADHD kurang bisa memfokuskan pikirannya dalam hal perhatian, seperti pada saat membaca, menyimak pelajaran, menyimak perkataan lawan bicara maupun pada saat melakukan permainan. Seorang anak yang kurang perhatiannya akan mengalami kesulitan dalam menekuni tugas dan memusatkan perhatiannya. Derek Wood, dkk (2007: 104) secara lebih rinci menyebutkan ciri-ciri anak ADHD yang mengalami kegagalan dalam memusatkan perhatian. Ciri-ciri ini sebagai berikut:

- a. Kerap gagal memberikan perhatian pada segala rincian atau ceroboh dalam mengerjakan pekerjaan rumah, tugas, atau aktivitas lainnya.
- b. Sering sulit agar bisa tetap memusatkan perhatian saat mengerjakan tugas atau bermain.
- c. Sering tampak tidak mendengarkan saat diajak berbicara secara langsung.
- d. Kerap tidak mengikuti petunjuk atau gagal menyelesaikan pekerjaan sekolah, tugas, atau kegiatan di tempat kerja (bukan karena tidak memahami petunjuknya).
- e. Kerap memiliki kesulitan dalam mengorganisasi tugas dan aktivitas.
- f. Sering menghindari, tidak menyukai, atau enggan terlibat dalam pekerjaan-pekerjaan yang membutuhkan pikiran (Seperti pekerjaan sekolah atau rumah).
- g. Sering kehilangan barang-barang keperluan sehari-hari (seperti mainan, pekerjaan sekolah, pensil, buku atau peralatan)
- h. Kerap dikacaukan oleh stimulus/rangsangan/pengaruh dari luar.
- i. Kerap lupa pada aktivitas sehari-hari.

2. Hiperaktif

Anak yang hiperaktif mengalami kesulitan dalam mengendalikan gerakan-gerakan tubuh mereka, khususnya ketika mereka diharuskan untuk duduk tenang dalam waktu yang lama. Derek Wood, dkk (2007: 104) secara lebih rinci menyebutkan ciri-ciri anak ADHD dengan hiperaktif. Ciri-ciri ini ditandai dengan hal-hal sebagai berikut:

- a. Sering gelisah dengan tangan dan kaki senantiasa bergerak.
- b. Sering meninggalkan bangku di kelas atau pada kesempatan lainnya tempat seharusnya anak duduk.
- c. Kerap berlari kesana-kemari atau memanjat sesuatu pada situasi yang tidak tepat (bagi remaja atau dewasa, hal ini bisa berupa subjektif atau kegelisahan).
- d. Kerap memiliki kesulitan untuk bersikap tenang pada saat bermain atau bersenang-senang.
- e. Sering bertingkah laku seolah-olah “digerakkan oleh sebuah motor”.
- f. Sering berbicara berlebihan

3. Impulsif

Karakteristik anak ADHD adalah impulsif atau impulsivitas. Anak-anak sering melakukan tindakan tanpa

berpikir dengan matang terlebih dulu. Karena bermasalah dengan gangguan konsentrasinya, maka anak ADHD akan sulit dalam menimbang konsekuensi pilihan-pilihan atau ketika membuat perencanaan di masa depan. Sifat impulsif akan membuat anak-anak ingin mengepalai semua interaksi sosial. Sehingga, anak ADHD akan sering mengganggu teman-teman sebayanya. Derek Wood, dkk (2007: 104) secara lebih rinci menyebutkan ciri-ciri anak ADHD dengan impulsif. Ciri-ciri ini ditandai dengan hal-hal sebagai berikut:

- a. Kerap terburu-buru menjawab bahkan sebelum pertanyaannya selesai diucapkan.
- b. Kerap mengalami kesulitan dalam menunggu giliran.
- c. Sering menyela atau menyerobot orang lain (Seperti saat berbicara atau bermain).

4. Kesulitan mematuhi peraturan

Anak dengan gangguan ADHD akan kesulitan mematuhi peraturan yang diberikan kepadanya. Meskipun mereka sudah dijelaskan, namun dalam waktu singkat setelah adanya peraturan tersebut anak tidak dapat mengendalikan perilakunya kembali.

A. Dayu P (2013: 51) menyebutkan bahwa ada 3 ciri utama yang

seseorang yang mengalami gangguan ADHD yaitu gangguan pemusatan perhatian (inatensi), hiperaktivitas dan impulsivitas.

a). Inatensi

Inatensi adalah pemusatan perhatian yang kurang. Anak ADHD hanya mampu mempertahankan suatu aktivitas atau tugas dalam jangka waktu pendek saja sehingga mempengaruhi proses informasi dari lingkungan. Ciri-ciri inatensi ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

- (1) Jarang menyelesaikan perintah sampai tuntas.
- (2) Mainan, buku, dan sebagainya sering kali tertinggal.
- (3) Sering membuat kesalahan.
- (4) Mudah beralih perhatian (terutama oleh rangsangan luar).
- (5) Sulit menyelesaikan tugas atau pekerjaan sekolah.

b). Hiperaktivitas

Hiperaktivitas adalah suatu gerakan yang berlebihan, melebihi gerakan yang dilakukan secara umum anak seusianya. Ciri-ciri inatensi ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

- (1) Banyak bicara.
- (2) Tidak dapat tenang/diam, selalu bergerak.
- (3) Sering membuat gaduh suasana.
- (4) Selalu memegang apa yang dilihat.

(5) Sulit untuk duduk diam.

(6) Lebih gelisah dibandingkan dengan anak yang seusianya.

c). Impulsivitas

Gejala impulsif ditandai dengan kesulitan anak untuk menunda respon. Adanya dorongan untuk mengatakan/melakukan sesuatu yang tak terkendali tanpa dipertimbangkan terlebih dahulu. Ciri-ciri inatensi ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

(1) Sering mengambil mainan teman dengan paksa.

(2) Tidak sabar.

(3) Reaktif.

(4) Sering bertindak tanpa dipikir terlebih dahulu.

Berdasarkan pendapat di atas, maka peneliti menyimpulkan bahwa terdapat 3 ciri utama ADHD yang meliputi; 1) kegagalan memusatkan perhatian; 2) hiperaktif dan 3) impulsive.

D. Faktor Penyebab *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD)

ADHD tidak dapat diidentifikasi secara fisik dengan laboratorium. ADHD hanya dapat dilihat dari perilaku yang

sangat kentara pada diri anak ADHD. Karena ADHD adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan beberapa pola perilaku yang sulit dibedakan di antara anak-anak yang kelak suatu hari ditemukan perbedaan beserta penyebabnya. Perasaan frustrasi dan perasaan tidak berdaya dapat menyerang secara bertubi-tubi pada diri anak ADHD. Sebagaimana David berkata, "Aku tidak punya teman. Oleh karena itu, aku tidak dapat bermain seperti mereka dan jika mereka memanggilku 'Dope Freak' atau 'David Dopey' aku menangis. Aku tidak tahu harus melakukan apa". (D.M. Ross dan Ross, 1982).

Sebuah laporan yang ditulis pada 1987 dalam Kongres Amerika Serikat yang disiapkan oleh Inter-Agency Committee of Learning Disabilities menerangkan, bahwa sebab-sebab ADHD ada kaitannya dengan gangguan fungsi neurologis khususnya gangguan di dalam biokimia otak yang mencakup aspek neurologis dari neurotransmitter. Namun para peneliti kurang mengerti dengan jelas mekanisme khusus mengenai bahan kimia neurotransmitter ini. Ternyata, neurotransmitter dapat mempengaruhi perhatian, pengendalian impuls, dan tingkat aktivitas anak.

Penyebab ADHD telah banyak diteliti dan dipelajari, tetapi belum ada satu pun penyebab pasti yang tampak berlaku

untuk semua gangguan yang ada. Berbagai virus, zat-zat kimia yang berbahaya dijumpai di lingkungan sekitar, baik di rumah maupun di luar rumah dalam bentuk limbah pabrik, faktor genetika dari salah satu orang tua atau genetik kedua orang tua, masalah selama kehamilan ibu, dan pada saat kelahiran, atau apa saja yang dapat menimbulkan kerusakan perkembangan otak berperan penting sebagai penyebab ADHD.

1. Faktor genetika

Beberapa bukti penelitian menyatakan, bahwa faktor genetika adalah faktor penting dalam memunculkan perilaku ADHD (Kuntsi dan Stevenson, 2000; Tannock, 1998). ADHD terjadi dalam keluarga Satu per tiga dari anggota keluarga anak ADHD memiliki gangguan (Farone,dkk. 2000; Smalley, dkk. 2000). Jadi, jika orang tua mengidap ADHD, anak-anak memiliki resiko ADHD sebesar 60% (Biederman, dkk. 1995).

a. Studi pada anak adopsi

Angka ADHD mendekati tiga kali lebih banyak terjadi pada keturunan langsung dari pada keturunan adopsi (Sprich, Biederan, Crawford, Munday, dan France, 2000).

b. Studi pada anak kembar

Pada anak kembar, jika salah satu anak, yaitu 70-80% mengidap ADHD maka saudaranya juga mengidap ADHD (Levy dan Hay, 2001; Thapar, 2003). Studi genetik keluarga dan adopsi menunjukkan bahwa pada beberapa anak ADHD memiliki komponen yang dapat diwariskan. Penelitian terhadap anak kembar juga menunjukkan adanya kontribusi genetik, karena kembar monozigot lebih mungkin terpengaruh daripada kembar dizygotik. Bukti genetik terkini mendukung transmisi poligenik.

c. Studi gen khusus

Analisis molekuler genetika menyatakan, bahwa gen-gen tertentu dapat menyebabkan ADHD pada anak (Faraone, dkk, 1992). Utamanya adalah gen-gen dalam system dopaminergik dan adrenergic dengan dua alasan yaitu struktur otak pada anak ADHD penuh dengan innervasi dopamin dan terapi medis yang meredakan simtom-simtom ADHD. Secara umum, berdasarkan beberapa penemuan dari sisi keluarga, adopsi, anak kembar, dan gen-gen tertentu, bahwa ADHD adalah

penyakit keturunan, meskipun mekanismenya yang lebih tepat belum diketahui (Levy dan Hay, 2001)

2. Faktor neurobiologist

ADHD sangat sulit dipahami, namun begitu diduga ada faktor langsung maupun tidak langsung dari keadaan neurobiologist (Barkley, 2003; Faraone dan Biederman, 1998). Faktor tidak langsung adalah bukti yang tidak mengikutsertakan faktor langsung dari otak atau fungsinya dan berasal dari keterkaitan antara peristiwa atau kondisi yang berhubungan dengan status neurologis atau simtom-simtom ADHD, di antaranya adalah:

- a. Peristiwa pasca kelahiran, seperti komplikasi kelahiran dan penyakit.
- b. Keracunan lingkungan, seperti kandungan timah dan Gangguan bahasa.
- c. Tanda-tanda ketidakmatangan neurologis, seperti berperilaku aneh, lemah keseimbangan dan koordinasi, serta adanya refleks yang tidak normal.
- d. Peningkatan dalam simtom-simtom ADHD diakibatkan oleh zat obat-obatan yang dilakukan dalam terapi medis dan diketahui sangat berpengaruh terhadap system jaringan otak sentral.

- e. Persamaan di antara simtom-simtom ADHD, simto-simtom yang dihubungkan dengan kerusakan pada korteks prefrontal (Fuster, 1989; Grattal dan Eslinger, 1991).
- f. Menurunnya kemampuan anak ADHD pada tes neuropsikologis yang dikaitkan pada fungsi lobus prefrontal (Barkeley, Grodzinsky, dan DuPaul, 1992).

Ketidakmatangan atau penghinaan sistem saraf pusat adalah kemungkinan penyebab ADHD lainnya. Pemeriksaan neurologis menunjukkan kelainan kecil pada beberapa anak dengan gangguan tersebut.gangguan. Namun, sebagian besar tidak memiliki riwayat trauma lahir atau otak, dan computed tomography tidak menunjukkan perbedaan anatomi otak antara anak-anak dengan ADHD dan kontrol mal normalisasi. Kelainan neurotransmitter mungkin terlibat, karena beberapa anak dengan ADHD telah mengurangi konsentrasi cairan serebrospinal asam homovanillic, metabolit utama dopamin. Kelainan neurotransmitter juga ditunjukkan oleh efek menguntungkan dari pengobatan dengan obat-obatan stimulan, yang mempengaruhi pelepasan dan penyerapan dopamin dan norepinefrin. Perbedaan dalam tingkat aliran darah yang menuju bagian otak prefrontal dan jalur-jalur yang menghubungkan

daerah ini dengan system limbic, memperlihatkan aliran darah yang lemah pada bagian-bagian ini (Hendren, De Becker, dan Pandina, 2000). Adapun perbedaan yang lain yaitu ketidaknormalan otak dan penemuan-penemuan *neurofisiologis* dan *neurochemical*.

3. Diet, alergi, dan zat timah

Aditif Makanan, pengawet, dan pewarna buatan dan rasa telah diusulkan sebagai penyebab ma jor dari ADH0,5 tapi dengan baik berikutnya dirancang dan sru dt dikendalikan melakukan tidak mendukung temuan ini. Namun, sulit untuk sepenuhnya mengabaikan bukti anekdot bahwa beberapa anak secara signifikan menjadi lebih buruk setelah memasukkan makanan tertentu dan membaik setelah mengeluarkan makanan dari diet.

Terlalu banyak kontroversi mengenai kemungkinan bahwa reaksi karena alergi dan diet adalah penyebab ADHD. Penghubungan ini tidak banyak diterima oleh banyak kalangan (McGee, Stanton, dan Sears, 1993). Sebuah pandangan yang populer pada tahun 70 dan 80-an, bahwa zat tambahan pada makanan menyebabkan anak hiperaktif dan inatentif. Namun penelitian tidak mendukung aturan zat tambahan makanan

sebagai penyebab utama ADHD (Onners, 1980; Kavale dan Fornass, 1983). Diet dapat membantu sekelompok kecil anak ADHD. Sebagian besar dari mereka berusia sangat muda dan sebagian dari mereka elergi terhadap makanan tertentu (Arnold, 1999). Pemburu vs Teori petani adalah hipotesis yang diajukan oleh penulis Thom Hartmann tentang asal-usul ADHD. Teori ini mengusulkan hiperaktif yang mungkin merupakan perilaku adaptif pada manusia pra-modern dan bahwa mereka dengan ADHD mempertahankan beberapa karakteristik yang lebih tua “pemburu” yang berhubungan dengan masyarakat manusia purba pra-pertanian. Menurut teori ini, individu dengan ADHD mungkin lebih mahir mencari dan mencari dan kurang mahir tinggal menempatkan dan mengelola tugas-tugas kompleks dari waktu ke waktu. Bukti lebih lanjut menunjukkan hiperaktif mungkin evolusi bermanfaat adalah mengajukan pada tahun 2006 dalam sebuah studi yang menemukan mungkin membawa manfaat spesifik untuk bentuk tertentu dari masyarakat kuno. Dalam masyarakat, orang dengan ADHD yang diduga telah lebih mahir dalam tugas yang melibatkan risiko atau persaingan

Twin studi sampai saat ini telah menyarankan bahwa sekitar 9% sampai 20% dari varians dalam perilaku hiperaktif-impulsif-leha atau gejala ADHD dapat dikaitkan dengan

nonshared lingkungan (nongenetic) faktor. Lingkungan faktor terlibat termasuk alkohol dan paparan asap tembakau selama kehamilan dan paparan lingkungan untuk memimpin dalam kehidupan yang sangat awal. Hubungan merokok dengan ADHD bisa disebabkan oleh nikotin menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen) untuk janin dalam rahim. Bisa juga bahwa wanita dengan ADHD lebih mungkin untuk merokok dan oleh karena itu, karena komponen genetik yang kuat ADHD, lebih cenderung memiliki anak-anak dengan ADHD. Komplikasi selama kehamilan dan kelahiran-termasuk. prematur lahir mungkin juga memainkan peran. ADHD pasien telah diamati memiliki lebih tinggi daripada tingkat rata-rata cedera kepala. Namun, bukti saat ini tidak menunjukkan bahwa cedera kepala adalah penyebab ADHD pada pasien yang diamati. Infeksi selama kehamilan, saat lahir, dan pada anak usia dini terkait dengan peningkatan risiko mengembangkan ADHD. Ini termasuk berbagai virus (campak, varicella, rubella, Enterovirus) dan infeksi bakteri streptokokus.

Sebuah studi 2007 menghubungkan klorpirifos insektisida organofosfat, yang digunakan pada beberapa buah-buahan dan sayuran, dengan keterlambatan dalam belajar tarif, dikurangi koordinasi fisik, dan masalah perilaku pada anak,

terutama ADHD. Sebuah studi 2010 menemukan bahwa paparan pestisida sangat terkait dengan peningkatan risiko ADHD pada anak-anak. Peneliti menganalisis tingkat residu organofosfat di urin lebih dari 1.100 anak usia 8 sampai 15 tahun, dan menemukan bahwa mereka dengan tingkat tertinggi dialkyl fosfat, yang merupakan hasil pecahan dari pestisida organofosfat, juga memiliki insiden tertinggi ADHD . Secara keseluruhan, mereka menemukan kenaikan 35% pada kemungkinan mengembangkan ADHD dengan setiap kenaikan 10-kali lipat konsentrasi urin residu pestisida. Efeknya terlihat bahkan pada akhir rendah paparan: anak-anak yang punya tingkat, terdeteksi di atas rata-rata dari metabolit pestisida dalam air seni mereka dua kali lebih mungkin seperti yang dilakukan dengan tingkat tidak terdeteksi untuk merekam gejala ADHD.

Zat timah dalam tingkat rendah yang ditemukan pada debu, minyak, dan cat di daerah-daerah yang terdapat gasoline dan cat bertimah yang sekali pakai langsung dibuang dapat dikaitkan dengan simtom-simtom ADHD diruang kelas (Fergusson, Horwood, dan Lynskey, 1993). Namun sebagian besar anak ADHD adalah lemah (Kahn, Kelly, dan Walker, 1995). Keracunan timbal dapat menyebabkan menggunakan

hiperaktif dan kurang perhatian / tetapi kebanyakan anak dengan ADHD memiliki kadar timbal dalam serum yang normal.

Kesimpulannya meskipun diet, elergi, dan zat timah telah mendapat perhatian sebagai penyebab ADHD, tetapi jika disebutkan sebagai penyebab utama ADHD belumlah terbukti.

E. Prevalensi *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD)

Papalia dan Olds (1995:298) menuliskan bahwa dari keseluruhan populasi anak terdapat sekitar 3% anak dengan ADHD; Anak laki-laki memiliki kemungkinan 6 sampai 9 kali lipat untuk mengalami ADHD dibandingkan anak perempuan. Selanjutnya dikatakan bahwa tanda-tanda ADHD teiah muncul pada usia 4 tahun atau dibawah 10 tahun, namun biasanya orang tua baru menyadari anaknya cenderung ADHD setelah anak masuk sekolah. ADHD miliki jumlah 1 dari 25 anak. Di antara 778 anak laki-laki berusia 10 sampai 12 tahun, hambatan perilaku memprediksi kenakalan usia 13-15 tahun secara terbalik (Kerr et al., 1997); Namun, di antara 203 anak laki-laki dan perempuan berusia 6 hingga 9 tahun, anak-anak dengan ADHD dan kecemasan komorbid secara konsisten menunjukkan tingkat gejala ODD dan CD yang dinilai orang tua dan guru yang

lebih tinggi daripada remaja dengan ADHD saja atau hanya kecemasan (Humphreys, Aguirre , & Lee, 2012). Demikian pula, kecemasan memperburuk disregulasi perilaku pada 162 anak dengan ADHD (Sorensen, Plessen, Nicholas, & Lundervold, 2011). Atau, kecemasan itu tidak berhubungan dengan agresi dalam dua sampel independen dari anak-anak dengan ADHD saja, kecemasan saja, dan ADHDpkecemasan (Becker, Luebbe, Stoppelbein, Greening, & Fite, 2011).

Dalam sebuah studi dari 502 anak laki-laki dan perempuan usia 7-10, anak-anak dengan ADHD saja dan anak-anak denganADHDpkecemasanmenunjukkan tingkat yang sebanding perilaku melanggar aturan (Abikoff et al, 2002.); Di antara 368 anak dan remaja, gangguan kecemasan dalam konteks ADHD tidak terkait dengan agresi (Connor, Chartier, Preen, & Kaplan, 2010). Secara kolektif, studi pendahuluan ini menunjukkan bahwa asosiasi yang tepat dari ADHD kecemasan sehubungan dengan masalah perilaku belum dicirikan secara ketat.

F. Cara Identifikasi/Diagnosis DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)

Menurut DSM V yang dikeluarkan oleh American Pschiatric Publishing (2013: 59) menjelaskan bahwa seorang anak dapat didiagnosis mengalami gangguan inatensi (kurang perhatian), hiperaktif dan impulsif apabila menunjukkan minimal 6 dari 9 perilaku selama minimal 6 bulan, yang tidak sesuai dengan tingkat usianya, serta mengganggu fungsi sosial, akademik, dan pekerjaan. Berikut ini adalah kriteria-kriteria gangguan perilaku menurut DSM V yang digunakan dalam mendignosis apakah anak itu mengalami gangguan ADHD atau tidak. Berikut ini adalah keriteria perilaku dari gejala *inattention* dan *hiperaktif-impulsif* menurut DSM V.

Tabel 9. Gangguan Instensi pada anak

No	Kriteria Prilaku	Frekuensi				Uraian
		1	2	3	4	Tertulis
1	Gagal memperhatikan dengan detail atau selalu membuat kesalahan (kurang detail atau kesalahan karena kurang teliti) pada tugas sekolah atau pekerjaan lain.					

2	Kesulitan dalam mempertahankan perhatian pada tugas kelas atau pada saat bermain (misal : sulit fokus pada saat guru menerangkan, pada saat bercakap-cakap, dan atau tidak tahan membaca dengan bahan bacaan yang panjang)					
3	Terlihat tidak mendengarkan ketika diajak berbicara (misal, pikiran seperti menerawang, meskipun tidak ada factor distraksi					
4	Tidak mengikuti arahan pembelajaran, dan gagal menyelesaikan tugas sekolah atau tugas lainnya di rumah maupun di sekolah (misal: memulai pekerjaan namun cepat kehilangan fokus dan mudah terdistraksi)					
5	Sulit untuk mengatur tugas dan aktivitasnya (misal: sulit mengatur urutan tugas yang harus diselesaikan, sulit mengatur secara rapi alat tulis atau benda milik pribadi, pekerjaan amburadul, sulit mengatur waktu, dan terlambat dari deadline)					

6	Menghindari, tidak suka, atau tidak antusias dalam mengerjakan tugas yang menuntut banyak aktivitas mental (misal: mengerjakan tugas sekolah atau PR, membaca/memahami bahan bacaan yang panjang)					
7	Kehilangan benda atau sesuatu yang penting untuk aktivitasnya (alat tulis, buku, kacamata, dompet, dll)					
8	Mudah beralih pada stimulus yang tidak penting (misal: bunyi mobil, suara burung, suara teman di luar kelas, dll)					
9	Lupa pada kegiatan yang rutin					
Kompetitif Deskriptif						

Keterangan:

- a. Menunjukkan minimal 6 dari 9 perilaku selama minimal 6 bulan, yang tidak sesuai dengan tingkat usianya, serta mengganggu fungsi sosial, akademik, dan pekerjaan.
- b. Gejala perilaku tidak menunjukkan perilaku menentang atau kenakalan, dan bukan karena kegagalan memahami tugas.
- c. Skala 1-4 merupakan gambaran frekuensi perilaku: 1) jarang, 2) kadang-kadang, 3) sering, 4) sering sekali

Tabel 10. Gejala gangguan hiperaktif-impulsif pada anak

No	Kriteria Prilaku	Frekuensi				Uraian Kegiatan
		1	2	3	4	
Hiperaktif						
1	Gelisah (menggerakgerakkan tangan atau kaki atau menggeliat di kursi)					
2	Tidak tahan di tempat duduk (meninggalkan tempat duduk saat aktivitas yang diharuskan untuk diam di tempat)					
3	Selalu berlari, atau memanjat pada situasi yang tidak sesuai. (pada orang dewasa terlihat tidak punya rasa capek)					
4	Tidak tenang dalam bermain atau saat terlibat dalam kegiatan waktu luang					
5	Menunjukkan keinginan untuk pergi, seperti digerakkan oleh mesin, sulit dicegah untuk tidak pergi					
6	Banyak bicara					
Impulsif						

8	Menjawab sebelum pertanyaan selesai, menyambung perkataan/jawaban orang lain, tidak betah menunggu giliran bicara					
9	Sulit mengantri, tidak betah menunggu giliran					
10	Menyela dan mengganggu orang lain (dalam percakapan, permainan, atau aktivitas lain, menggunakan benda milik orang lain tanpa ijin atau tanpa mendapatkan ijin)					
Kompetitif Deskriptif						

Keterangan:

- a. Menunjukkan minimal 6 dari 9 perilaku selama minimal 6 bulan, yang tidak sesuai dengan tingkat usianya, serta mengganggu fungsi sosial, akademik, dan pekerjaan.
- b. Skala 1-4 merupakan gambaran frekuensi perilaku: 1) jarang, 2) kadang-kadang, 3) sering, 4) sering sekali

G. Strategi Pembelajaran *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*

1. Modifikasi alokasi waktu

Modifikasi alokasi waktu disesuaikan dengan mengacu pada kecepatan belajar siswa. Misalnya materi pelajaran tertentu dalam kurikulum reguler (Kurikulum Sekolah Dasar) diperkirakan alokasi waktunya selama 6 jam. Untuk anak berkebutuhan khusus yang memiliki inteligensi di atas normal (anak berbakat) dapat dimodifikasi menjadi 4 jam. Untuk anak berkebutuhan khusus yang memiliki inteligensi relatif normal dapat dimodifikasi menjadi sekitar 8 jam; Untuk anak berkebutuhan khusus yang memiliki inteligensi di bawah normal (anak lamban belajar) dapat dimodifikasi menjadi 10 jam, atau lebih; dan untuk anak tunagrahita menjadi 18 jam, atau lebih.

2. Modifikasi isi/materi

Untuk anak berkebutuhan khusus yang memiliki inteligensi di atas normal, materi dalam kurikulum sekolah reguler dapat digemukkan (diperluas dan diperdalam) dan/atau ditambah materi baru yang tidak ada di dalam kurikulum sekolah reguler, tetapi materi tersebut dianggap penting untuk anak berbakat. Untuk anak berkebutuhan khusus yang memiliki inteligensi relatif normal materi dalam kurikulum sekolah

reguler dapat tetap dipertahankan, atau tingkat kesulitannya diturunkan sedikit. Untuk anak berkebutuhan khusus yang memiliki inteligensi di bawah normal (anak lamban belajar/tunagrahita) materi dalam kurikulum sekolah reguler dapat dikurangi atau diturunkan tingkat kesulitannya seperlunya, atau bahkan dihilangkan bagian tertentu.

3. Modifikasi proses belajar-mengajar

Mengembangkan proses berfikir tingkat tinggi, yang meliputi analisis, sintesis, evaluasi, dan problem solving, untuk anak berkebutuhan khusus yang memiliki inteligensi di atas normal; menggunakan pendekatan student centered, yang menekankan perbedaan individual setiap anak, lebih terbuka (divergent); memberikan kesempatan mobilitas tinggi, karena kemampuan siswa di dalam kelas heterogen, sehingga mungkin ada anak yang saling bergerak kesana-kemari, dari satu kelompok ke kelompok lain; ,menerapkan pendekatan pembelajaran kompetitif seimbang dengan pendekatan pembelajaran kooperatif. Melalui pendekatan pembelajaran kompetitif anak dirangsang untuk berprestasi setinggi mungkin dengan cara berkompetisi secara fair. Melalui kompetisi, anak akan berusaha seoptimal mungkin untuk berprestasi yang terbaik,“aku-lah sang juara” Namun, dengan pendekatan

pembelajaran kompetitif ini, ada dampak negatifnya, yakni mungkin “ego”-nya akan berkembang kurang baik. Anak dapat menjadi egois. Untuk menghindari hal ini, maka pendekatan pembelajaran kompetitif ini perlu diimbangi dengan pendekatan pembelajaran kooperatif. Melalui pendekatan pembelajaran kooperatif, setiap anak dikembangkan jiwa kerjasama dan kebersamaannya. Mereka diberi tugas dalam kelompok, secara bersama mengerjakan tugas dan mendiskusikannya. Penekanannya adalah kerjasama dalam kelompok, dan kerjasama dalam kelompok ini yang dinilai. Dengan cara ini sosialisasi anak dan jiwa kerjasama serta saling tolong menolong akan berkembang dengan baik. Dengan demikian, jiwa kompetisi dan jiwa kerjasama anak akan berkembang harmonis. Disesuaikan dengan berbagai tipe belajar siswa yakni Tipe visual, yaitu lebih mudah menyerap informasi melalui indera penglihatan. Tipe auditoris, yaitu lebih mudah menyerap informasi melalui indera pendengaran. Tipe kinestetis, yaitu lebih mudah menyerap informasi melalui indera perabaan/gerakan. Guru hendaknya tidak monoton dalam mengajar sehingga hanya akan menguntungkan anak yang memiliki tipe belajar tertentu.

REFERENSI

- Alexander K C. Leung, Wm. Lane M. Robson, Joel E. Fagan & Stephen HN Lim (1994) *Attention-deficit hyperactivity disorder*, *Postgraduate Medicine*, 95: 2, 153-160, DOI: 10.1080 / 00325481.1994.11945799
- Avital E. Falk, Steve S. Lee & Bruce F. Chorpita (2015): *Differential Association of Youth Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Anxiety With Delinquency and Aggression*, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, DOI: 10.1080/15374416.2015.1055858
- CA, Welsh J Fam RJ, Praktik McKay 1984; 19 (3): 367-9, SE, dkk . *Hiperaktivitas* 372-3, 376-7 (attention- passim 4. brain)
- Goodman R. *Faktor genetik dalam hiperaktif*. *BMJ* 1989; 298 (6685): 1407-8 2.
- Harcherik scanning DF, di empat Cohen neuropsychiatric DJ, Ort S, dkk . *Disebabkan masa kanak-kanak*. *Tomographic Am J Psychiatry* 1985; 142 (6): 731-4
- Shaywitz SE, Shaywitz 8A. *Attention deficit disorder: diagnosis and role of Ritalin in management*. In: *Greenhill LL*,

Osman BB, eds. Ritalin: theory and patient management.
New York: MA Liebert Publishers, 1991:45-67

Shetty T, Chase TN. *Monoamina sentral dan hiperkinesis masa kanak-kanak. Neurology* 199; 26 (1 0): I 000-2 3. Defisit Martin disorder).

Kiky Lestari. (2012). *Kunci Mengendalikan Anak dengan ADHD.* Yogyakarta: Familia

Martin, Grant L. (2008). *Terapi untuk Anak ADHD.* Jakarta: PT. Bhuana Ilmu

Derek Wood. (2007). *Kiat Mengatasi Gangguan Belajar.* Yogyakarta: Kata Hati

A. Dayu P. (2013). *Mendidik Anak ADHD.* Yogyakarta: Javalitera

BAB X
SISWA *GIFTED AND TALENTED*
(Gifted and Talented Children)

Oleh: Luthfi Hamdani Maula

A. Peristilahan dan pengertian

Istilah berbakat secara tradisional telah digunakan untuk menyebut orang-orang dengan intelektual hadiah, dan kami menggunakannya di sini dengan cara yang sama. Setiap budaya mendefinisikan bakat dalam citranya sendiri, dalam hal kemampuan yang dihargai oleh budaya. Yunani kuno menghormati filsuf dan orator, dan Roma menghargai insinyur dan prajurit itu. Dari definisi masyarakat tentang karunia, kita belajar sesuatu tentang nilai-nilai dan gaya hidup budaya. Kami juga belajar bahwa orang luar biasa sering kali ditentukan oleh kemampuan individu dan kebutuhan masyarakat.

Pada dasarnya, skor tinggi di Stanford-Binet atau Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) atau pada tes kecerdasan lain yang dimaksudkan adalah anak-anak berkembang secara intelektual lebih cepat daripada teman sebayanya. Apa yang unik bukanlah apa yang mereka lakukan

seperti ketika, secara perkembangan, mereka melakukannya. Seorang anak bermain catur bukanlah fenomena, tetapi seorang anak bermain catur serius pada usia 5 tahun. Banyak anak menulis puisi, tetapi tidak pada usia 6 tahun, ketika kebanyakan sudah adil belajar membaca. Perkembangan pesat awal adalah salah satu indikator jelas tinggi kemampuan intelektual, dan itulah yang diukur oleh tes kecerdasan.

Adapun *talented* atau berbakat istimewa, tidak mengacu pada batasan inteligensi di atas 130. Akan tetapi, *talented* mempunyai salah satu atau beberapa bidang prestasi yang menonjol, yang melebihi rata-rata. Dan prestasi tersebut, tidak selalu dalam bidang akademis. Bisa jadi seorang anak yang mengalami gangguan inteligensi yang luas, misalnya anak autis-savant dengan IQ di bawah rata-rata anak normal (kurang dari 80), mempunyai talenta atau bakat yang luar biasa. Akan tetapi, anak ini tidak dikatakan sebagai anak *gifted* karena *gifted* memaknai ukuran intelegensi sedangkan *talented* mamaki ukuran performa.

B. Klasifikasi

Anak yang mempunyai kecerdasan di atas rata-rata dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, seperti

dikemukakan oleh Sutratinah Tirtonegoro (1984; 29) yaitu; Superior, *Gifted* dan Genius. Ketiga kelompok anak tersebut memiliki peringkat ketinggian intellegnsi yang berbeda.

1. Genius

Genius ialah anak yang memiliki kecerdasan luar biasa, sehingga dapat menciptakan sesuatu yang sangat tinggi nilainya. Intelligence Quotien-nya (IQ) berkisar antara 140 sampai 200. Anak genius memiliki sifat-sifat positif sebagai berikut; daya abstraksinya baik sekali, mempunyai banyak ide, sangat kritis, sangat kreatif, suka menganalisis, dan sebagainya. Di samping memiliki sifat-sifat positif juga memiliki sifat negatif, diantaranya; cenderung hanya mementingkan dirinya sendiri (egois), temperamennya tinggi sehingga cepat bereaksi (emosional), tidak mudah bergaul, senang menyendiri karena sibuk melakukan penelitian, dan tidak mudah menerima pendapat orang lain.

2. *Gifted*

Anak ini disebut juga *gifted* and *talented* adalah anak yang tingkat kecerdasannya (IQ) antara 125 sampai dengan 140. Di samping memiliki IQ tinggi, juga bakatnya yang sangat menonjol, seperti ; bakat seni musik, drama, dan ahli dalam

memimpin masyarakat. Anak *gifted* diantaranya memiliki karakteristik; mempunyai perhatian terhadap sains, serba ingin tahu, imajinasinya kuat, senang membaca, dan senang akan koleksi.

3. Superior

Anak superior tingkat kecerdasannya berkisar antara 110 sampai dengan 125 sehingga prestasi belajarnya cukup tinggi. Anak superior memiliki karakteristik sebagai berikut; dapat berbicara lebih dini, dapat membaca lebih awal, dapat mengerjakan pekerjaan sekolah dengan mudah dan dapat perhatian dari teman- temannya. James H. Bryan and Tanis H. Bryan (1979; 302) mengemukakan bahwa karakteristik anak berbakat itu (*gifted*) meliputi; physical, personal, and social characteristics. Sedangkan David G. Amstrogm and Tom V. Savage (1983; 327) mengemukakan; “*Gifted and talented students are individuals who are characterized by a blend of (1) high intelligence, (2) high task commitment, and (3) high creativity.* Secara umum hampir semua pendapat itu sama, bahwa anak berbakat memiliki kemampuan yang tinggi jika dibandingkan dengan anak-anak pada umumnya.

Hasil studi lain menemukan bahwa “Anak-anak berbakat memiliki karakteristik belajar yang berbeda dengan

anak-anak normal. Mereka cenderung memiliki kelebihan menonjol dalam kosa kata dan menggunakannya secara luwes, memiliki informasi yang kaya, cepat dalam menguasai bahan pelajaran, cepat dalam memahami hubungan antar fakta, mudah memahami dalil-dalil dan formula- formula, tajam kemampuan analisisnya, membaca banyak bahan bacaan (gemar membaca), peka terhadap situasi yang terjadi di sekelilingnya, kritis dan memilikirasa ingin yang sangat besar” (Renzuli, 1979, Fahrle dkk.; 1985, Galagher, 1985, Maker; 1982) dalam Dedi Supriadi (1992; 9).

C. Karakteristik

ERIC Clearinghouse on Handicapped and *Gifted* Children (1990) mengemukakan karakteristik umum siswa berbakat sebagai berikut. Karakteristik tersebut merupakan faktor-faktor umum yang ditekankan oleh pakar kependidikan sebagai petunjuk adanya keberbakatan. Tentu saja tidak ada anak yang menonjol dalam semua karakteristik ini.

1. Menunjukkan daya nalar yang luar biasa dan kemampuan yang tinggi untuk menangani ide-ide; dapat menggeneralisasikan dengan mudah dari fakta-fakta

spesifik dan dapat melihat hubungan-hubungan yang tersirat; memiliki kemampuan yang menonjol dalam memecahkan masalah

2. Menunjukkan rasa ingin tahu intelektual yang gigih; mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang meneliti; menunjukkan minat yang luar biasa terhadap hakikat manusia dan jagat raya.
3. Mempunyai banyak minat, sering berupa minat intelektual; mengembangkan satu atau lebih dari minat-minat itu secara mendalam.
4. Sangat baik dalam kualitas maupun kuantitas kosa katanya, baik lisan maupun tulisan; berminat menelaah makna kata-kata dan penggunaannya.
5. Keranjingan membaca dan mampu menyerap isi buku untuk orang jauh di atas usianya.
6. Belajar dengan cepat dan mudah, dan mempertahankan apa yang sudah di pelajarnya; ingat berbagai rincian konsep dan prinsip yang penting.
7. Menunjukkan pemahaman tentang soal-soal arematik yang membutuhkan penalaran yang seksama dan mudah menangkap konsep-konsep matematik

8. Menunjukkan kemampuan yang kreatif atau ungkapan yang imajinatif dalam bidang musik, seni rupa, tari, drama; menunjukkan kepekaan dan kehalusan dalam ritme, gerakan, dan pengendalian tubuh.
9. Dapat menahan konsentrasi untuk waktu yang lama dan menunjukkan tanggung jawab dan kemandirian yang tinggi dalam pengerjaan tugas-tugas sekolah
10. Menetapkan tujuan yang tinggi tetapi realistis untuk diri sendiri; kritis diri dalam mengevaluasi dan mengoreksi pekerjaan sendiri.
11. Menunjukkan inisiatif dan orisinalitas dalam karya intelektual; menunjukkan fleksibilitas dalam berfikir dan mempertimbangkan permasalahan dari berbagai sudut pandang.
12. Tajam dalam pengamatan dan responsif terhadap gagasan-gagasan baru.
13. Menunjukkan keseimbangan sosial dan kemampuan untuk berkomunikasi dengan orang dewasa secara matang.
14. Mendapatkan kegairahan dan kesenangan dalam menghadapi tantangan intelektual; menunjukkan rasa humor yang halus.

D. Faktor Penyebab

Apakah anak-anak terlahir dengan bakat dan bakat? Apakah kemampuan luar biasa muncul tidak peduli apa pun peluang atau pendidikan yang dimiliki seseorang? Peran apa yang diturunkan dari keturunan bermain dalam bakat? Seberapa penting konteks anak dengan hadiah?

1. Keturunan dan Lingkungan

Lebih dari seratus tahun yang lalu, Francis Galton, dalam sebuah penelitian terhadap orang Inggris yang luar biasa, menyimpulkan bahwa kemampuan luar biasa terdapat dalam keluarga dan merupakan faktor genetik dalam asal. (Galton mengabaikan keuntungan lingkungan karena dilahirkan dalam sebuah keluarga kelas atas.) Sejak saat itu, ada kepercayaan yang kuat pada peran yang kuat bahwa faktor keturunan berperan dalam menghasilkan kemampuan mental. Tentu saja, studi tentang kembar dan hubungan erat antara kemampuan anak angkat dengan kemampuannya Orang tua kandung menuntut kita untuk mengenali unsur keturunan (Plomin, 2003). Salah satu argumen terkuat untuk pengaruh keturunan pada kebohongan dalam jumlah kecil — tapi tetap mengesankan — keajaiban, anak-anak yang berkembang luar biasa cepat.

1. Keluarga

Meskipun para peneliti membuat alasan kuat untuk pentingnya hereditas dalam bakat, lingkungan, atau konteks anak, juga penting. Bakat luar biasa mungkin dibentuk oleh faktor keturunan, tetapi dibina dan dikembangkan oleh lingkungan Hidup. Kami telah membahas peran yang dimainkan masyarakat dalam mendefinisikan hadiah dan bakat dan menghargai mereka. Pengaruh yang lebih kuat, karena lebih dekat keluarga. Kami menekankan bahwa produksi intelektual lebih dari sekadar bakat; itu juga ketekunan, kerja keras, dan keinginan. Jelas bahwa keluarga memainkan peran utama perkembangan sifat-sifat ini (Webb et al., 2007)

2. Kelamin

Pengamatan perbedaan gender dalam berbagai bakat pada siswa dengan hadiah telah sering diperhatikan, meskipun perbedaan tersebut terkadang dikaitkan dorongan dan kesempatan yang berbeda. Strand, Drury, dan Smith (2006) menganalisis sampel representatif dari 320.000 anak usia 11 dan 12 tahun di Amerika Serikat Kerajaan dan menemukan perbedaan gender yang mencolok dalam mendukung anak laki-laki di atas mencapai kemampuan dalam penalaran kuantitatif.

Secara umum, laki-laki tampak lebih beragam, memiliki skor lebih tinggi dan skor lebih rendah daripada perempuan.

Dampak gender pada bagaimana siswa memutuskan untuk mengelola bakat mereka telah menjadi bidang yang diminati banyak sarjana (Coleman & Cross, 2001; Kerr & Cohn, 2001; Reis, 2003; Roeper, 2003). Standar sosial budaya tentang kesesuaian peran untuk anak laki-laki dan perempuan sangat jelas dan mungkin bertentangan dengan munculnya bakat dalam beberapa hal. Mari kita lihat bagaimana ini bisa berhasil untuk perempuan yang memiliki hadiah dan bakat. Untuk gadis dengan hadiah, pesan untuk menjadi "feminin", yang berarti pasif, sederhana, bergantung, memelihara, dan tidak mementingkan diri sendiri, dapat bertentangan dengan harapan mereka faktor-faktor seperti kemandirian, pengambilan risiko, pengembangan penuh potensi mereka, ketegasan, dan tingkat daya saing tertentu. Pesan-pesan yang saling bertentangan ini Dapat diartikan bahwa beberapa gadis dengan bakat memilih untuk menyamakan kemampuan mereka agar sesuai lebih baik dengan harapan masyarakat (Reis, 2003). Meski pesan sosial punya agak berubah sejak gerakan wanita tahun 1960-an (Roeper, 2003), dilema ini tetap penting bagi banyak gadis dengan bakat dan bakat.

E. Prevalensi

Di Indonesia, secara kuantitatif anak berbakat akademik (ABA) sangatlah besar. Jika diasumsikan berdasarkan pendekatan statistik dikaitkan dengan definisi Marland Report (Piiro, 1994), jumlah anak berbakat sebanyak 3-5% dari populasi. Namun, di antara mereka pada kenyataannya cenderung belum berprestasi optimal, terlebih-lebih di era krisis multi dimensional dewasa ini.

Di Amerika Serikat, definisi awal tentang bakat dikaitkan dengan kinerja pada Stanford-Binet Intelligence Test, yang dikembangkan Lewis Terman selama dan setelah Perang Dunia I. Anak-anak yang mendapat skor kecerdasan cerdas (IQ) di atas poin yang disepakati — seperti 130 atau 140 — disebut berbakat. Mereka mewakili dari 1 hingga 3 persen dari populasi kelompok usia mereka (Terman & Oden, 1947).

F. Cara Identifikasi/Diagnosis

Sebelumnya kami dapat memberikan layanan khusus kepada anak-anak yang memiliki bakat dan bakat untuk memenuhi kebutuhan khusus mereka, kita harus menemukannya. Identifikasi tidak selalu merupakan tugas yang mudah. Di setiap generasi, banyak anak seperti itu melewati

sekolah tidak teridentifikasi, bakat mereka tidak dikembangkan (Johnson, 2004). Mengidentifikasi siswa ini membutuhkan pemahaman tentang persyaratan dari program yang mereka pilih. Jika kami ingin memilih grup siswa untuk kelas matematika tingkat lanjut, kami akan menggunakan pendekatan yang berbeda daripada jika kita mencari siswa dengan bakat tinggi untuk kreatif menulis program. Kebutuhan dan persyaratan program yang spesifik membentuk proses identifikasi. Program apa pun untuk mengidentifikasi anak-anak yang memiliki bakat dan bakat di sekolah sistem harus mencakup metode evaluasi subjektif dan objektif. Perilaku kelas, misalnya, dapat menunjukkan kemampuan anak dalam mengatur dan menggunakan bahan dan dapat mengungkapkan potensi mereka untuk memproses informasi, terkadang lebih baik daripada tes. Produk, seperti esai dan istilah unggulan proyek, dapat disimpan dalam portofolio siswa dan berfungsi sebagai indikasi khusus hadiah.

Langkah awal dalam melakukan identifikasi adalah dengan melakukan proses asesmen, baik dengan observasi kelas untuk melihat perilaku menyimpang siswa ketika mengikuti pelajaran, lalu dilakukan pemeriksaan kesehatan berkaitan juga dengan fungsi indera terutama penglihatan dan pendengaran,

selanjutnya adalah melakukan proses wawancara baik dengan orang tua anak, teman satu meja, teman kelas, guru mata pelajaran lain, teman bermain dan keluarga lain yang terlibat dalam keseharian anak. Setelah melakukan asesmen awal maka dilanjutkan dengan serangkaian tes baik tes kemampuan intelegensi (IQ) maupun tes yang berkaitan dengan tes diagnostik bidang kecakapan tertentu. Setelah memperoleh hasil dari asesmen yang telah dilakukan maka dilanjutkan dengan melakukan diagnosi setelah sebelumnya membuat dinamika psikologi berdasarkan pada domain perilaku, domain kognitif, domain sosial-emosi dan domain kepribadian anak. Selanjutnya dibuat rancangan intervensi yang akan dilakukan sehubungan dengan upaya membantu anak mengoptimalkan seluruh potensi yang dimiliki sehingga pencapaian prestasi belajar lebih maksimal, mengacu pada domain-domain yang telah dipetakan sehingga diketahui domain mana saja yang lemah dan perlu ditingkatkan kemudian domain mana saja yang telah cukup memadai.

Project U-Stars (Menggunakan Bakat dan Kemampuan Sains untuk Mengenali Siswa) memanfaatkan pengetahuan guru tentang siswanya untuk membantu mengidentifikasi anak muda

anak-anak dengan potensi luar biasa (Coleman, 2003).

Pendekatan U-Stars mengandalkan tiga elemen utama:

1. Guru yang tahu apa yang dicari (bagaimana mengenali potensi)
2. Guru yang tahu bagaimana menyusun ruang kelasnya agar anak-anak mau bertunangan
3. Guru yang tahu bagaimana menyediakan lingkungan yang aman secara psikologis dimana siswa dapat menunjukkan kemampuan terbaik mereka

Pendekatan observasi terstruktur yang digunakan oleh U-Stars mencakup sistem pencatatan observasi yang memberi guru perilaku spesifik yang harus dicari. Di Hal ini anak-anak yang akan diamati termasuk mereka yang belajar dengan mudah, tunjukkan keterampilan tingkat lanjut, menunjukkan rasa ingin tahu dan kreativitas, memiliki minat yang kuat, menunjukkan penalaran tingkat lanjut dan pemecahan masalah, menunjukkan kemampuan spasial, termotivasi, menunjukkan persepsi sosial, dan memiliki kekuatan kepemimpinan. Keyakinan dasar yang mendasari pendekatan ini dan yang serupa adalah bahwa kita harus melampaui penggunaan skor IQ dan ukuran pencapaian standar jika kita menginginkannya mengidentifikasi "bakat tersembunyi". Program lain yang fokus

pada penggunaan observasional data untuk membantu guru mengenali siswa dengan potensi luar biasa yang dimilikinya menggunakan pengalaman belajar berbasis masalah sebagai platform observasi.

Dalam seni visual dan pertunjukan, bakat biasanya ditentukan oleh konsensus juri ahli, seringkali dalam pengaturan audisi. Para ahli di bidang seni tidak antusias tentang tes kemampuan artistik atau bakat musik. Mereka mempercayai mereka memiliki penilaian sendiri, meskipun penilaian mereka rentan terhadap bias. Terkadang dimungkinkan untuk menilai kualitas serangkaian produk atau portofolio gambar atau komposisi yang dihasilkan siswa selama periode waktu tertentu (Clark & Zimmerman, 1998).

Kebanyakan sekolah memiliki nilai ujian yang tersedia dari tes kecerdasan kelompok atau kelompok tes prestasi. Data tersebut dapat menjadi titik awal untuk memilih kandidat untuk program khusus, tetapi mereka memiliki batasan:

1. Tes kecerdasan kelompok tidak dapat diandalkan seperti tes individu.
2. Tes kelompok jarang membedakan kemampuan dibatas atas karena telah dirancang sebagian besar untuk siswa rata-rata.

3. Tes kelompok jarang mengukur pemikiran kreatif atau area kognitif di luar kemampuan akademis.
4. Beberapa anak tidak berfungsi dengan baik dalam jangka waktu tertentu situasi pengujian

Terlepas dari batasan-batasan tersebut, tes kecerdasan kelompok adalah cara praktis untuk menyaring sejumlah besar siswa, Padahal nilai siswa dari budaya beragam keluarga seperti Pablo cenderung diremehkan karena tes cenderung bias secara budaya. Secara finansial bagaimanapun juga, melarang memberikan pemeriksaan individual kepada semua anak. Tes prestasi bahkan tidak terlalu membeda-bedakan. Gangguan emosional, masalah keluarga, kelompok teman sebaya nilai-nilai, kebiasaan belajar yang buruk, latar belakang yang tidak bisa berbahasa Inggris, dan banyak faktor lain dapat mempengaruhi kemampuan anak untuk tampil secara akademis.

Sistem identifikasi SEM, ciptaan Renzulli agak berbeda dengan yang lain, ia mengemukakan 6 langkah identifikasi, yaitu sebagai berikut :

1. Beranjak dari penjaringan berdasarkan skor tes, tetapi mereka yang belum terjaring tidak seluruhnya ditinggalkan, karena ingin menjangkau kurang lebih 15 % dari populasi. Semua anak yang skornya di atas persentil

ke 85 biasanya akan terjaring melalui tes inteligensi yang telah terstandardisasikan. Untuk memberi peluang pada kelompok yang lebih luas, kita membagi “pool” keberbakatan menjadi dua bagian dan semua siswa yang skornya di atas persentil ke 92 (menurut norma lokal) pada umumnya sudah otomatis termasuk “pool” tersebut, dan biasanya terdiri dari 50 % jumlah populasi sampel. Skor tes yang dimaksud biasanya suatu tes inteligensi atau tes hasil belajar atau tes bakat tunggal, yang memberi peluang pada seseorang yang baik dalam bidang tertentu, tetapi mungkin tidak baik dalam bidang yang lain, untuk dapat dimasukkan dalam “pool” tersebut. Ciri utama keberbakatan, yaitu kemampuan di atas rata-rata keterlekatan pada tugas dan kreativitas dapat dijaring melalui aspek psikometrik, aspek perkembangan, aspek kinerja dan aspek sosiometrik dengan berbagai alat.

2. Langkah kedua merupakan nominasi guru yang bagaimanapun juga harus dihargai sama dengan hasil skor tes. Dalam nominasi ini digunakan skala penilaian (rating scale) untuk memperoleh gambaran tentang profil kemampuan anak.

3. Langkah ketiga adalah cara alternatif lain, yang bisa merupakan nominasi teman sebaya, nominasi orang tua atau nominasi diri, maupun tes kreativitas. Kalau pada skor tes yang tinggi nominasi itu secara otomatis bisa diterima, tidaklah demikian pada langkah ketiga yang harus melalui suatu panitia peneliti.
4. Langkah keempat adalah nominasi khusus yang merupakan review terakhir dari mereka yang sebelumnya tak terlibat dalam nominasi-nominasi tersebut. Mereka memperoleh seluruh daftar nominasi hasil langkah kesatu sampai langkah ketiga dan boleh menambah nominasi orang lain, bahkan juga boleh mengusulkan untuk membatalkan nominasi tertentu berdasarkan pengalaman tertentu dengan anak tertentu.
5. Langkah kelima adalah nominasi informasi tindakan, proses ini terjadi bila guru setelah memperoleh penataran dalam pendidikan anak berbakat, dapat melakukan interaksi yang dinamis, sehingga meningkatkan motivasi dan interest anak untuk suatu topik atau bidang tertentu di sekolah ataupun di luar sekolah.
6. Langkah keenam adalah penyaringan melalui tes dan menjadi cara yang populer, antara lain karena menghargai

kriteria non tes. Tetapi lebih dari itu potensi-potensi yang terjaring dari seluruh populasi sekolah telah memberi peluang pada anak lain yang bukan karena kemampuan umumnya, melainkan mungkin karena sebab lain yang biasanya tidak terjaring oleh skor tes, untuk tetap diperhatikan dan dimasukkan dalam “pool” anak berbakat sekolah tersebut. (Conny Semiawan; 117- 122).

Alat yang dapat dipergunakan dalam melakukan identifikasi anak berbakat diantaranya adalah :

1. Kemampuan intelektual umum; Galton dalam Conny Semiawan (1994; 124) “Pengukuran kemampuan intelektual umum diperoleh melalui pengukuran kekuatan otot, kecakapan gerak, sensitivitas terhadap rasa sakit, kecermatan dalam pendengaran dan penglihatan, perbedaan dalam ingatan dan lain-lain yang semua disebut “tes mental”.
2. Tes inteligensi umum; Salah satu perkembangan yang amat penting dalam pengembangan pengukuran intelegensi adalah timbulnya skala Wechsler dalam mengukur inteligensi orang dewasa dengan menggunakan norma tes bagi perhitungan IQ yang menyimpang.

3. Tes kelompok kontra tes individual; Tes kelompok lebih banyak digunakan dalam sistem pendidikan, pelayanan pegawai, industri dan militer. Tes kelompok dirancang untuk sekelompok tertentu, biasanya tes kelompok menyediakan lembar jawaban dan “kunci-kunci” tes. Bentuk tes kelompok berbeda dari tes individual dalam menyusun item dan kebanyakan menggunakan item pilihan ganda.
4. Pengukuran hasil belajar; Tes ini mengukur hasil belajar setelah mengikuti proses pendidikan. Tes hasil belajar ini berbeda dengan tes bakat, tes inteligensi, tes hasil belajar pada umumnya merupakan evaluasi terminal untuk menentukan kedudukan individu setelah menyelesaikan suatu latihan atau pendidikan tertentu. Penekanannya terutama pada apa yang dapat dilakukan individu saat itu setelah mendapatkan pendidikan tertentu.
5. Tes hasil belajar individual; Pada umumnya tes hasil belajar adalah tes kelompok yang bermaksud membandingkan kemajuan belajar antar individu sebaya, namun di sini hanya hasil belajar individual saja. Di Indonesia sering menggunakan pengukuran acuan norma (PAN) dan pengukuran acuan kriteria (PAK).

G. Strategi Pembelajaran

Sebuah konsensus tumbuh tentang apa yang dibutuhkan untuk membantu siswa dari lingkungan yang kurang beruntung menjadi sejahtera. Berbagai layanan kesehatan dan sosial harus tersedia untuk siswa tersebut. Harus ada guru yang tersedia dengan luas pelatihan dalam metode pendidikan khusus dan pemahaman tentang lingkungan budaya (Callahan, 2007).

Hampir setiap proyek penelitian mengutip sebagai kekuatan positif dalam keluarga seperti itu lingkungan rumah yang ditandai dengan kehangatan dan stabilitas interaksi ibu-anak, kesempatan untuk belajar (membaca buku dan dibaca), dan lingkungan tempat bermain sumber daya dan keamanan untuk anak-anak dan remaja (Ford, 2007). Apa pun yang bisa dilakukan untuk mendorong dan membantu menciptakan kondisi ekologi yang menguntungkan ini tampaknya bermanfaat. Kitano (2007) secara khusus mendesak "akses universal hingga program anak usia dini berkualitas tinggi bagi mereka yang menghadapi kemiskinan ekstrem dalam empat tahun pertama kehidupan." Program semacam itu tentu mencakup multicultural kurikulum, pengembangan literasi awal, dan dukungan untuk berpikir kreatif, serta kesehatan dan social jasa.

Van Tassel-Baska (2004) telah merangkum kebutuhan akan unit kurikulum khusus untuk siswa berpenghasilan rendah dengan hadiah dan bakat yang terbukti berbeda dari siswa yang lebih beruntung dengan hadiah dalam minat mereka yang lebih besar dalam penerimaan sosial dan minat membaca mereka yang lebih rendah, ide-ide abstrak, dan kinerja akademis jangka panjang. Van Tassel-Baska mengusulkan kurikulum yang menekankan pada keterbukaan terhadap pengalaman dan yang memungkinkan kreativitas dan kelancaran dalam berpikir, kesempatan untuk mengekspresikan gagasan melalui seni daripada secara lisan, preferensi untuk aplikasi langsung, dan preferensi untuk ekspresi lisan. Pendekatan pembelajaran berbasis masalah (PBL) berisi banyak dari karakteristik ini dan telah terbukti efektif dengan populasi berpenghasilan rendah dengan bakat dan bakat.

Pendidikan bagi anak berkemampuan unggul bisa dilakukan dengan berbagai bentuk pendekatan. Kebanyakan anak berkemampuan unggul mempergunakan beberapa bentuk pendekatan dalam mengikuti kegiatan pembelajaran. Bentuk-bentuk pendekatan tersebut dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. Hobi:

Berbagai aktifitas seperti: membaca, olahraga, permainan komputer, catur, musik, menari, bahasa asing, seni, yang memberikan tantangan intelektual ekstra di luar jam pelajaran

2. Pengayaan

Pada tingkat sekolah dasar, siswa menghabiskan seluruh waktunya bersama-sama dengan teman-teman sekelasnya, tetapi menerima materi ekstra sebagai tantangan bagi mereka. Pengayaan dapat berupa modifikasi tugas yang diberikan oleh guru kelas, atau mungkin juga tugas yang termasuk dalam program formal atau kompetisi akademis. Kegiatan tersebut dilakukan sebagai tambahan, bukan berdiri sendiri sebagai bagian dari tugas-tugas sekolah. Kritik terhadap pendekatan ini berupa argumen yang menyatakan bahwa siswa unggul terlalu banyak pekerjaan, bukan jumlah pekerjaannya tetapi tingkatannya yang terlalu tinggi. Pada sekolah lanjutan tingkat pertama, kadang-kadang terdapat berbagai macam pilihan seperti: bahasa Inggris, bahasa asing lainnya, filosofi, IPA, dan sebagainya atau kegiatan yang berhubungan dengan kegiatan ekstra kurikulum.

3. Pemadatan

Materi di sekolah dipadatkan dengan materi diulang secara berloncat-loncat. Hal tersebut dapat mengurangi kebosanan dan memanfaatkan waktu luang untuk mengerjakan mater-materi yang menantang. Pengetesan ekstra diperlukan untuk menentukan tingkat kemampuan siswa pada saat itu dan membuat jelas apa yang sudah dikuasai dan tidak memerlukan lagi latihan secara berulang-ulang

4. Kecepatan Diri

Metoda ini mempergunakan praktik kelompok secara fleksibel yang dapat memungkinkan anak untuk meningkatkan kecepatan dirinya. Metode ini sangat bermanfaat bagi anak-anak dan tidak secara khusus ditujukan pada identifikasi mereka yang termasuk unggul, tetapi metode ini dapat memberikan kesempatan kepada anakanak untuk belajar pada kecepatan tinggi. Pembelajaran biasanya dilakukan berdasarkan kecepatan diri siswa.

5. Percepatan

Siswa loncat pada tingkatan yang lebih tinggi dengan mempelajari materi yang lebih sesuai dengan kemampuan dan kesiapan siswa. Hal tersebut merupakan bentuk loncat tingkat atau menyelesaikan kurikulum normal dengan cepat daripada

periode waktu normal. Percepatan sebagian merupakan pendekatan fleksibel yang dapat meningkatkan siswa dalam bidang tertentu, seperti matematika atau bahasa, tanpa mengganti materi lain, seperti sejarah dan olahraga. Beberapa lembaga pendidikan tinggi di Amerika menawarkan program masuk dini yang memungkinkan siswa-siswa unggul masuk ke perguruan tinggi secara cepat. Program percepatan memberikan anak-anak unggul materi-materi akademik dari kurikulum yang ada sesuai dengan kemampuan dan kesiapannya, dan alasan tersebut juga sebagai pilihan biaya murah ditinjau dari perspektif sekolah. Meskipun demikian cara tersebut mungkin hanya menghasilkan sejumlah kecil anak yang masuk pada kelas-kelas dengan usia siswa yang lebih tinggi, dan individu siswa yang berada di program akselerasi secara sosial mungkin atau tidak mungkin diterima oleh siswa-siswa yang usianya lebih tua. Ketidaknyambungan sosial ini merupakan masalah yang paling banyak muncul ketika siswa dengan usia yang masih muda masuk di kelas dengan usia siswa yang lebih tua. Beberapa ahli menyatakan, bahwa kerugian menempatkan anakanak usia muda dalam kelas dengan kemampuan berbeda adalah secara substansi sangat jelek. Sebagai contoh, Miraca Gross menyatakan:

“kebanyakan anak-anak yang berada di kelas seperti itu secara sosial ditolak, terisolasi, dan tidak nyaman. Anak-anak dengan IQ 180 yang berada di kelas umum sering sekali berada dalam resiko dan mengalami distres emosi yang sangat berat.” Dalam beberapa kasus anak-anak yang relatif usianya masih muda ditempatkan secara bersama-sama dalam satu kelas, sehingga perbedaan usia tidak jadi masalah.

6. Menarik Paruh Waktu Keluar

Siswa mempergunakan sebagian waktunya di dalam kelas “unggul”, dan waktu sisanya mereka pergunakan untuk belajar bersama-sama dengan para siswa yang kemampuannya bervariasi. Program seperti ini sangat merentang, mulai dari program akademik setengah hari yang dirancang secara hati-hati sampai waktu satu jam setiap minggunya yang dipergunakan untuk melakukan tantangan pendidikan. Ketidak efektifan dari program ini adalah sulitnya mengukur karena adanya keanekaragaman program. Aspek positifnya adalah adanya tingkat tantangan yang dihadapi siswa ketika waktu mereka banyak dihabiskan di sekolah. Karena kegiatan banyak dilakukan di luar kelas, maka program ini berhubungan juga dengan dana yang harus dikeluarkan.

7. Sekolah Paruh Waktu

Meliputi berbagai mata pelajaran yang dilakukan pada waktu tertentu. Di Amerika misalnya, terkenal dengan sekolah musim panas. Orang tua harus membayar secara khusus untuk mengikuti kegiatan seperti itu

8. Kelas atau sekolah Terpisah Penuh Waktu

Anak-anak yang unggul dididik di kelas atau sekolah secara terpisah. Kelas seperti itu kadang-kadang disebut kelas kumpulan anak-anak unggul. Di Netherlands sekolah seperti itu disebut “Leonardoschool.” Model sekolah seperti itu terkenal dan tumbuh dengan pesat. Sekolah terpisah atau independen merupakan sekolah dengan misi utamanya adalah memberikan layanan yang secara akademik sesuai dengan kebutuhan anak unggul. Sekolah seperti itu relatif sedikit dan sering kesulitan bagi keluarga untuk mencarinya. Sekolah seperti itu sering membutuhkan pekerjaan untuk bagaimana menjaga misinya dari perubahan-perubahan elitisme yang terjadi, mendukung pertumbuhan profesional dan latihan para stafnya, membuat unit-unit kurikulum yang secara khusus dirancang agar sesuai dengan sosial, emosional, dan bakat akademik siswa mereka, serta mendidik para orang tua mereka pada berbagai tingkat usia. Beberapa kelas bagi mereka

menawarkan studi khusus, di mana para siswa mengarahkan kelas mereka dan mereka memutuskan sendiri proyek, tes, dan tugas-tugas lainnya. Kelas dan sekolah terpisah seperti itu cendrung lebih mahal dibandingkan dengan kelas biasa, disebabkan karena jumlah anak dalam kelas yang sedikit. Mereka berada dalam kegiatan yang permintaannya cukup tinggi, sehingga orang tua harus membayar sebagian atau seluruh biaya untuk kegiatan tersebut.

9. Program Keberbakatan dan Kecerdasan

Merupakan program akademik yang disediakan untuk anak-anak unggul. Program dapat ditemukan dalam berbagai bentuk di sekolah di dunia, di Indonesia sering disebut pendidikan anak bakat istimewa dan cerdas istimewa (BI-CI). Ketersediaan dan kualitas program formal akan sangat bervariasi pada satu tempat dengan tempat lainnya. Kelas mungkin dalam bentuk yang lebih menantang, pendalaman atau peningkatan materi, atau dalam bentuk seminar yang terjadwal secara menetap yang mengakomodasi berbagai materi ekstra kurikuler.

10. Sekolah Rumah

Istilah umum sekitar banyaknya pilihan pendidikan bagi anak-anak *gifted*: sekolah paruh waktu; sekolah di rumah;

kelas, kelompok, mentor dan tutor; serta tidak sekolah. Di berbagai negara bagian di Amerika, populasi siswa unggul yang mengikuti pendidikan di sekolah rumah terus meningkat dengan pesat. Hal ini dikarenakan sekolah di berbagai distrik merespon pendidikan bagi anak-anak unggul dengan isu-isu dana dan standar berbasis kebijakan yang menyebabkan program pendidikan bagi anak-anak unggul menjadi terbatas, dan keluarga mencari peluang pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan unik setiap anak.

Agar sesuai dengan kebutuhan anak berkemampuan unggul, beberapa penelitian berbasis praktek direkomendasikan (Van Tassel-Basca, 2006). Rekomendasi tersebut termasuk pemadatan kurikulum, percepatan dan pengayaan, pembedaan, dan intervensi khusus untuk memotivasi para pelajar dari kelompok beragam. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam intervensi yang efektif bagi anak berkemampuan unggul:

1. Berikan kesempatan materi yang berbeda untuk anak dengan perkembangan yang sama.
2. Gunakan teknologi, khususnya komputer, sebagai transmisi dalam belajar.
3. Bentuk grup kecil dan konseling individual, mentorship dan kesempatan untuk berlatih.

4. Fokus di seni sebagai terapi intervensi selama itu merupakan proses kreatif dan ekspresi.
5. Gunakan media yang dapat membangkitkan ide dan imajinasi secara utuh yang menekankan pada level keahlian yang tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Association of Suicidology: Kochanek, K.D., Murphy, S.L., Anderson, R.N., & Scott, C. (2004). Deaths: Final data for 2002. National Vital Statistics Reports, 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. DHHS Publication No. (PHS) 2005-1120. (p. 92, Table 29)
- Baker, J. (1995). Depression and suicidal ideation among academically *gifted* adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 39(4), 218–223
- Coleman, L., & Cross, T. (2001). Being *gifted* in school: An introduction to development, guidance, and teaching. Waco, TX: Prufrock Press
- Conny Semiawan, (1994), Perspektif Pendidikan Anak Berbakat, Jakarta, Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi,

Proyek Pembinaan Dan Peningkatan Mutu Tenaga Kependidikan.

- Cross, T., Cassady, J., & Miller, K. (2006). Suicide ideation and personality characteristics among *gifted* adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 50, 295–306.
- Cross, T. (2008). Suicide. In J. Plucker & C. Callahan (Eds.), *Critical issues and practices in gifted education* (pp. 629–640). Waco, TX: Prufrock Press
- ERIC Clearinghouse on Handicapped and *Gifted* Children. (1990). *Giftedness and the Gifted: What's It All About?*. ERIC EC Digest #E476. The ERIC Clearinghouse on Disabilities and *Gifted* Education (ERIC EC): Internet: <http://ericec.org/ericec.htm>
- Feldman, D. (1984). A follow-up of subjects scoring above 180 IQ in Terman's genetic studies of genius. *Exceptional Children*, 50, 518–523
- Flynn, J. (1999). Searching for justice: The discovery of IQ gains over time. *American Psychologist*, 54(1), 5–20
- Friend, M. (2005). *Students Who Are Gifted and Talented*. Special Education, Contemporary Perspective for School Professionals. Boston: Allyn and Bacon.

- Gargiulo, R.M. (2006). *Persons Who Are Gifted and Talented. Special Education in Contemporary Society*, Second edition. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Greenan, James P, dkk. 1995. *Talented Student in Career, Vocational, and technical*, The Educational Forum, Summer 1995 Vol. 59 No. 4:409-422
- Johnsen, H. dan Skjorten, D. (2004): Pendidikan Kebutuhan Khusus, Program Pascasarjana, Universitas Pendidikan Indonesia.
- Kerr, B. A., & Cohn, S. J. (2001). *Smart boys: Talent, manhood, and the search for meaning*. Scottsdale, AZ: Great Potential.
- Neihart, M., Reis, S., Robinson, N., & Moon, S. (Eds.). (2002). *The social and emotional development of gifted children: What do we know?* Waco, TX: Prufrock Press
- Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan, Jakarta.
- Plomin, R., Defries, J., Craig I., & McGuffin, P. (2003). *Behavioral genetics in the postgenomic era*. Washington, DC: American Psychological Association

- Sudarko, R. A. (2011). Developing Creativity Multi Intelligence. In Proceeding International Seminar "Sport Science Today And Tomorrow". UNESA Surabaya
- Reis, S. M. (2003). *Gifted girls, twenty-five years later: Hopes realized and new challenges found*. *Roeper Review*, 25, 154–157.
- Reni Akbar Hawadi. 1985. Proyek Uji Coba Anak Berbakat Sebagai Wahana Pengembangan Potensi Generasi Muda Indonesia, Makalah pada Kogres ISPI di Jakarta tanggal 7-10 Nopember 1985
- Renzulli, J.S., (1979), *What Makes Giftedness : A Reexamination of the Definition of the Gifted and Talented*, California, Ventura Country Superintendent Schools Office.
- Robinson, N., Zigler, E., & Gallagher, J. (2000). Two tails of the normal curve: Similarities and differences in the study of mental retardation and differences in the study of mental retardation and *giftedness*. *American Psychologist*, 55(112), 1413–1424.
- Silverman, L. (1997). Family counseling with the *gifted*. In N. Colangelo & G. Davis (Eds.), *Handbook of gifted*

- education (2nd ed., pp. 382–397). Boston: Allyn & Bacon.
- Strand, S., Drury, I., & Smith, P. (2006). Sex differences in cognitive abilities test scores: A UK national picture. *British Journal of Educational Psychology*, 76, 463–480
- Tannenbaum, A. (2000) A history of *giftedness* in school and society. In K. Heller, R. Subotnik, & R. Sternberg (eds) *International Handbook on Gifted*. New York, Elsever.
- Tirtonegoro, Sutratinah, (1984), *Anak Supernormal dan Program Pendidikannya*, Jakarta, PT. Bina aksara.
- Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Jakarta.
- Wade, R. C. (1997). *Community Service-Learning: A Guide To Including Service In The Public School Curriculum*. SUNY Press
- Webb, J., Gore, J., Amend, E., & DeVries, A. (2007). A parent's guide to *gifted* children. Scottsdale, AZ: Great Potential Press.
- Wehmeyer, M., & Schwartz, M. (1998). The relationship between self-determination and quality of life. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33, 3–12.