



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC002022106893, 15 Desember 2022

Pencipta

Nama : **Hasmyati, Ramlan Mahmud dkk**
Alamat : Kompleks Pesona Landak Indah, Blok C/3 Makassar, Makassar, SULAWESI SELATAN, 90222
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Hasmyati, Ramlan Mahmud dkk**
Alamat : Kompleks Pesona Landak Indah, Blok C/3 Makassar, Makassar, SULAWESI SELATAN, 90222
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**
Judul Ciptaan : **PENDIDIKAN INKLUSIF**
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 14 Desember 2022, di Padang

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000422637

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia
Direktur Jenderal Kekayaan Intelektual
u.b.
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP.196412081991031002

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Hasmyati	Kompleks Pesona Landak Indah,Blok C/3 Makassar
2	Ramlan Mahmud	Kompleks Griya Fajar Mas Regency 1 Blok C No. 4 Makassar
3	Luqman Hidayat	Program Studi Pendidikan Luar Biasa UNiversitas PGRI Yogyakarta, Jl. IKIP PGRI I Sonosewu No.117, Sonosewu, Ngestiharjo, Kec. Kasihan, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta
4	Novita Maulidya Jalal	Jl.Tamalate 2 Blok 9 No.88 Makassar, Sulsel
5	Nurmawati	Paya Bujok Tunong, Langsa Baro
6	Sahril Buchori	Jl. Mannuruki BTN Tabaria Blok E4 No 12 Makassar
7	Nurfitriany Fakhri	Jl. Manurukki BTN Tabaria E4/12
8	Musdalifah Nihaya	Jl.St.Alauddin Lr.Salemba 59 RT 005 RW 017 Kecamatan Rappocini
9	Ria Andriany Fakhri	Jl. Mannuruki BTN Tabaria Blok E4 No 12, Kel. Manurukki, Kec. Tamalate
10	Dian Permatasari	Blunyahrejo TR II/750, Yogyakarta
11	Fitri Meliani	Jl. Pilang, Gang Sukajaya No. 4 B, RT 008/010 Kel. Sukapura Kec. Kejaksan Kota Cirebon 45122
12	Sri Yanti	Jl.Bengawan Solo Rt.08 No.62 Kel. Ulaksurung Kec. Lubuklinggau Utara II Kota Lubuklinggau

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	Hasmyati	Kompleks Pesona Landak Indah,Blok C/3 Makassar
2	Ramlan Mahmud	Kompleks Griya Fajar Mas Regency 1 Blok C No. 4 Makassar
3	Luqman Hidayat	Program Studi Pendidikan Luar Biasa UNiversitas PGRI Yogyakarta, Jl. IKIP PGRI I Sonosewu No.117, Sonosewu, Ngestiharjo, Kec. Kasihan, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta
4	Novita Maulidya Jalal	Jl.Tamalate 2 Blok 9 No.88 Makassar, Sulsel
5	Nurmawati	Paya Bujok Tunong, Langsa Baro
6	Sahril Buchori	Jl. Mannuruki BTN Tabaria Blok E4 No 12 Makassar
7	Nurfitriany Fakhri	Jl. Manurukki BTN Tabaria E4/12
8	Musdalifah Nihaya	Jl.St.Alauddin Lr.Salemba 59 RT 005 RW 017 Kecamatan Rappocini
9	Ria Andriany Fakhri	Jl. Mannuruki BTN Tabaria Blok E4 No 12, Kel. Manurukki, Kec. Tamalate
10	Dian Permatasari	Blunyahrejo TR II/750, Yogyakarta

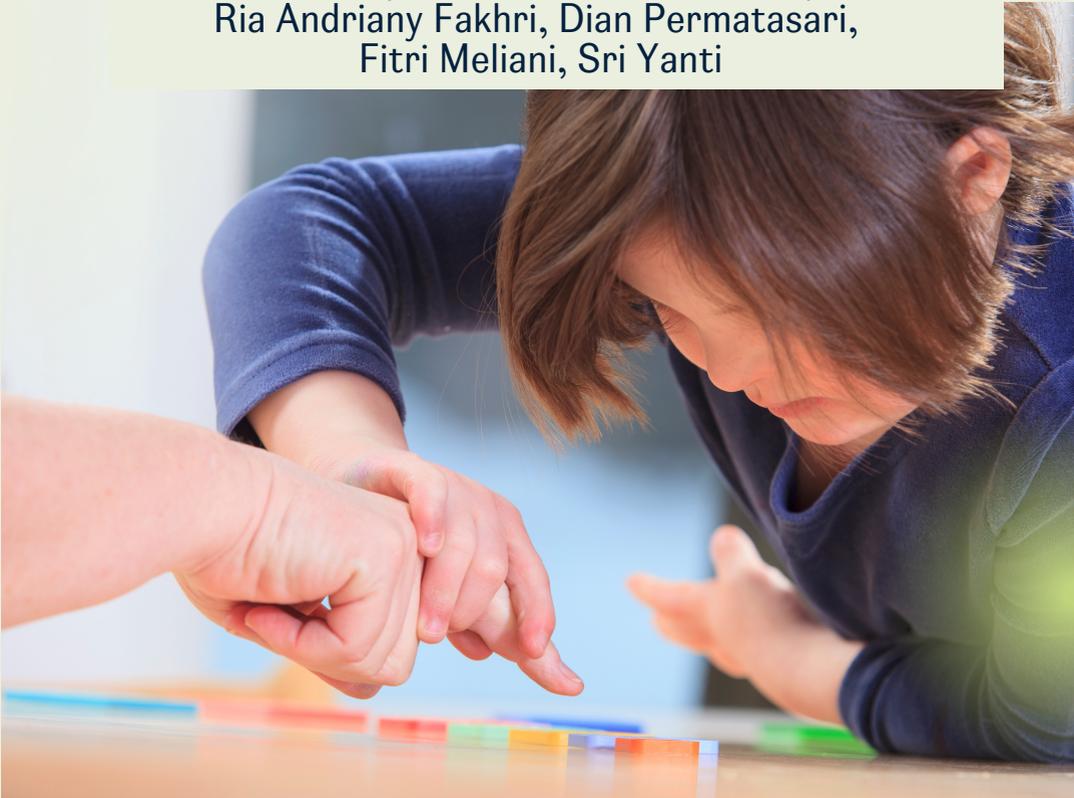
11	Fitri Meliani	Jl. Pilang, Gang Sukajaya No. 4 B, RT 008/010 Kel. Sukapura Kec. Kejaksan Kota Cirebon 45122
12	Sri Yanti	Jl. Bengawan Solo Rt.08 No.62 Kel. Ulaksurung Kec. Lubuklinggau Utara II Kota Lubuklinggau





PENDIDIKAN INKLUSIF

Hasmyati, Ramlan Mahmud, Luqman Hidayat,
Novita Maulidya Jalal, Nurmawati, Sahril Buchori,
Nurfitriany Fakhri, Musdalifah Nihaya,
Ria Andriany Fakhri, Dian Permatasari,
Fitri Meliani, Sri Yanti



ISBN 978-623-8102-21-1



9 786238 102211

PENDIDIKAN INKLUSIF

**Hasmyati
Ramlan Mahmud
Luqman Hidayat
Novita Maulidya Jalal
Nurmawati
Sahril Buchori
Nurfitriany Fakhri
Musalifah Nihaya
Ria Andriany Fakhri
Dian Permatasari
Fitri Meliani
Sri Yanti**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PENDIDIKAN INKLUSIF

Penulis:

Hasmyati
Ramlan Mahmud
Luqman Hidayat
Novita Maulidya Jalal
Nurmawati
Sahril Buchori
Nurfitriany Fakhri
Musdalifah Nihaya
Ria Andriany Fakhri
Dian Permatasari
Fitri Meliani
Sri Yanti

ISBN: 978-623-8102-21-1

Editor: Ariyanto, M.Pd.

Penyunting: Yuliatri Novita, M. Hum.

Desain Sampul Dan Tata Letak: Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI "
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi: Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

website: www.globaleksekuatifteknologi.co.id
email: globaleksekuatifteknologi@gmail.com

Cetakan Pertama, Desember 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur tim penulis panjatkan ke hadirat Allah Ta'ala karena atas limpahan rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan "Buku Pendidikan Inklusif". Buku ini disusun secara lengkap sehingga memudahkan pembaca dalam memahami dan sebagai salah satu sumber referensi belajar. Kami menyadari Buku ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.

Penulis, Desember 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 PENGANTAR PENDIDIKAN INKLUSI	1
1.1 Sejarah Pendidikan Inklusi.....	1
1.2 Pengertian Pendidikan Inklusi.....	3
1.3 Tujuan Pendidikan Inklusi	4
1.4 Unsur-Unsur Terkait Pendidikan Inklusi.....	5
1.5 Prinsip Pendidikan Inklusi	7
1.6 Model Sekolah Inklusi	8
DAFTAR PUSTAKA	10
BAB 2 PERAN DAN FUNGSI KELUARGA DAN ORANGTUA	11
2.1 Pengertian Orang Tua dan Keluarga.....	12
2.2 Peran Orang tua dan Keluarga.....	14
2.3 Fungsi Orang tua dan Keluarga	17
DAFTAR PUSTAKA	21
BAB 3 PROGRAM PEMBELAJARAN INDIVIDUAL	23
3.1 Pendahuluan	23
3.2 Esensi PPI bagi ABK	25
3.3 Tujuan PPI.....	26
3.3.1 Tim PPI.....	28
3.3.2 Prosedur Penyusunan PPI.....	31
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 4 RETARDASI MENTAL	41
4.1 Definisi.....	42
4.2 Klasifikasi.....	44
4.3 Faktor Penyebab Retardasi Mental	49
4.4 Penanganan Siswa dengan Retardasi Mental	50
4.5 Kesimpulan.....	53
DAFTAR PUSTAKA	55
BAB 5 KESULITAN DALAM BELAJAR (<i>LEARNING DISABILITIES</i>)	57
5.1 Pengertian Kesulitan Belajar (<i>Learning Disabilities</i>).....	57
5.2 Faktor Penyebab Kesulitan Belajar	59

Faktor Disfungsi Otak.....	60
5.3 Karakteristik Kesulitan Belajar.....	63
5.4 Klasifikasi Kesulitan Belajar.....	65
5.5 Rekognisi Kesulitan Belajar.....	71
5.6 Penanganan Dalam Kesulitan Belajar.....	73
DAFTAR PUSTAKA.....	75
BAB 6 GANGGUAN PEMUSATAN, PERHATIAN, DAN HIPERAKTIVITAS (ADHD).....	77
6.1 Apa Itu ADHD.....	77
6.2 Jenis ADHD.....	81
6.3 Faktor Penting untuk Mengenal Anak ADHD.....	83
6.4 Strategi Menangani Anak ADHD di Kelas.....	85
DAFTAR PUSTAKA.....	94
BAB 7 GANGGUAN EMOSI DAN PERILAKU.....	96
7.1 Definisi.....	98
7.2 Perspektif Umum.....	102
7.3 Faktor Risiko.....	108
DAFTAR PUSTAKA.....	111
BAB 8 GANGGUAN KOMUNIKASI.....	116
8.1 Definisi Gangguan Komunikasi.....	117
8.2 Ciri-Ciri Gangguan Komunikasi.....	119
8.3 Faktor Penyebab Gangguan Komunikasi.....	121
8.4 Penanganan Gangguan Komunikasi.....	122
8.5 Kesimpulan.....	126
DAFTAR PUSTAKA.....	129
BAB 9 GANGGUAN PENDENGARAN.....	132
9.1 Pendahuluan.....	132
9.2 Struktur Anatomi Telinga.....	133
9.2.1 <i>Outer ear</i> (Telinga bagian luar).....	133
9.2.2 <i>Middle ear</i> (Telinga bagian tengah).....	134
9.2.3 <i>Inner ear</i> (Telinga bagian dalam).....	135
9.2.4 Cara kerja telinga.....	136
9.3 Gangguan Pendengaran.....	139
9.3.1 Definisi gangguan pendengaran.....	140
9.3.2 Penyebab gangguan pendengaran.....	141
9.3.3 Jenis – jenis gangguan pedengaran.....	142

9.3.4 Dampak gangguan pendengaran pada perkembangan anak	148
9.4 Strategi Pendidikan terhadap Anak yang Mengalami Gangguan Pendengaran.....	151
9.4.1 Dasar pengetahuan spesialis	153
9.4.2 Mengajar anak dengan gangguan pendengaran	155
DAFTAR PUSTAKA	158
BAB 10 GANGGUAN PENGLIHATAN	162
10.1 Pendahuluan	162
10.2 Definisi Gangguan Penglihatan	162
10.3 Klasifikasi Gangguan Penglihatan	163
10.4 Karakteristik Gangguan Penglihatan	168
10.4.1 Prestasi akademik.....	169
10.4.2 Perkembangan Sosial dan Emosional	169
10.4 Asesmen Gangguan Penglihatan.....	171
10.4 Layanan Pendidikan.....	173
10.4 Teknologi untuk Siswa Gangguan Penglihatan	175
DAFTAR PUSTAKA	178
BAB 11 AUTISME DAN TUNA GANDA.....	180
11.1 Pendahuluan.....	180
11.2 Autisme	182
11.2.1 Karakteristik Anak dengan Gangguan Autisme	184
11.2.2 Aspek Perkembangan Anak Autisme	187
11.3 Tuna Ganda	196
11.3.1 Karakteristik Anak Tuna Ganda	198
11.3.2 Aspek Perkembangan Anak Tuna Ganda	199
11.3.3 Metode Pendidikan Anak Tuna Ganda.....	205
DAFTAR PUSTAKA	210
BAB 12 ANAK BERBAKAT.....	214
12.1 Pengertian Bakat dan Anak Berbakat Menurut Para Ahli.....	214
12.2 Karakteristik Anak Berbakat.....	217
12.2.1 Karakteristik Intelektual-Kognitif.....	217
12.2.2 Karakteristik Persepsi dan Emosi	218
12.2.3 Karakteristik Motivasi dan Nilai-Nilai Hidup.....	218
12.2.4 Karakteristik Aktifitas	218
12.2.5 Karakteristik Relasi Sosial	219
12.3 Dasar Pertimbangan, Kebijakan, dan Konsep Keberbakatan	219
12.3.1 Dasar Pertimbangan untuk Pendidikan Anak Berbakat.....	219

12.3.2 Kebijakan tentang Pelayanan Pendidikan Anak Berbakat	220
13.3.3 Konsep Anak Berbakat dan Keberbakatan	221
12.4 Jenis – Jenis Bakat.....	222
12.4.1 Bakat Umum.....	222
12.4.2 Bakat Khusus	222
12.5 Identifikasi dan Pengukuran Bakat.....	225
12.5.1 Identifikasi Kemampuan Intelektual Umum.....	225
12.5.2 Identifikasi Bakat Akademik Khusus	226
12.5.3 Identifikasi Bakat Kepimpinan.....	227
12.5.4 Identifikasi Bakat Seni Visual dan Pertunjukan	227
12.5.5. Identifikasi Bakat Psikomotor	228
12.5.6 Identifikasi Bakat Kreatif.....	229
12.6 Kurikulum Berdiferensi untuk Anak Berbakat.....	229
12.7 Anak Berbakat Berprestasi Kurang.....	231
12.8 Bimbingan Konseling Anak Berbakat.....	234
DAFTAR PUSTAKA	237
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Gambar 3.1 Alur Pembelajaran ABK di sekolah Inklusi menggunakan PPI.....	32
Gambar 5.1 Kesulitan Belajar dalam Berhitung.....	67
Gambar 6.1 Whai is ADHD?	77
Gambar 6.2 Jenis ADHD	81
Gambar 6.3 Recognizing ADHD	83
Gambar 6.4 ADHD Strategies	85
Gambar 7.1 Contoh perilaku tunalaras	98
Gambar 10.1 Contoh Gangguan Penglihatan.....	164
Gambar 11.1 Bermain pasir.....	193
Gambar 11.2 Bermain lempar-tangkap bola.....	194
Gambar 11.3 Menyusun puzzle.....	195

DAFTAR GAMBAR

Tabel 3.1 Instrumen Identifikasi Anak Berkebutuhan Khusus	33
Tabel 3.2 Format Penyusunan PPI.....	37
Tabel 5.1 Definisi Kesulitan Belajar.....	57
Tabel 5.2 Penyebab Kesulitan Belajar.....	60
Tabel 5.3 Penanganan Kesulitan Belajar	73
Tabel 9.1 Tingkat kebisingan dalam desibel (db). Suara dalam kehidupan sehari-hari	138
Tabel 9.2 Tingkat Gangguan Pendengaran	146
Tabel 10.1 Teknologi untuk Siswa Gangguan Penglihatan	176
Tabel 11.1 Pembelajaran Sensorimotor di Sekolah Inklusi	189

BAB 1

PENGANTAR PENDIDIKAN INKLUSI

Oleh Hasmyati

1.1 Sejarah Pendidikan Inklusi

Berawal dari suatu pengamatan atas sekolah luar biasa yang berasrama maupun institusi lainnya yang telah menerapkan aturan sejenis, baik di tingkat anak-anak sampai dengan orang dewasa yang bermukim disana menunjukkan bahwa dalam pengembangan pola perilaku biasanya ditunjukkan oleh masyarakat yang mempunyai keterbatasan. Biasanya perilaku ini bisa meliputi stimulasi diri, sifat repetitive stereotip, kepasifan serta kadang kala juga menyakiti diri sendiri. Sering kali anak penyandang cacat merasa tidak nyaman tinggal di lingkungan rumahnya dan tidak betah selama masa pendidikannya sehingga mereka meninggalkan sekolah luar biasa berasrama. Hal ini disebabkan karena disegregasikan/dipisahkan setelah bertahun-tahun, sehingga mereka tumbuh dan berkembang menjadi orang asing satu sama lainnya, baik antara ia dan keluarga serta komunitasnya (Jhonson & Miriam, 2003).

Awal mula terbentuknya legitimasi penerapan pendidikan inklusi di dunia internasional termaktub dalam Deklarasi Universal Has Asasi tahun 1948. Kongres ini menyampaikan ide dan gagasan terkait pendidikan bagi semua (*Education for All/EFA*) yang mana disepakati jika pendidikan dasar diwajibkan dan dibebaskan semua biaya bagi tiap-tiap anak. Pada tahun 1990, para peserta konvensi dunia yang secara khusus mendiskusikan EFA berlokasi di Jomtien, Thailand telah sepakat bahwa pencapaian tujuan pendidikan

dasar bagi seluruh masyarakat, baik tingkat anak-anak sampai dewasa di tahun 2000. Dari pertemuan di Jomtien inilah sebagai titik awal dari langkah nyata pergerakan sangat kuat bagi seluruh negara terhadap komitmen memperkuat EFA.

Sejak 1986, pada hakikatnya pendidikan inklusi di Indonesia telah dirintis, akan tetapi melalui model sedikit berbeda. Pendidikan ini disebut juga sebagai Pendidikan Terpadu, hal ini merujuk sesuai dengan Ketetapan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 002/U/1986 terkait Penerapan Pendidikan Terpadu di Indonesia (Ali 2009). Dimana anak-anak penyandang disabilitas diperbolehkan agar bisa mengikuti proses pembelajaran di sekolah-sekolah umum. Namun, sistem dan aturan yang berlaku mengharuskan mereka mentaati dan menyesuaikan diri serta dibuat siap jika mereka diintegrasikan ke lingkungan sekolah umum (Nurfadhillah 2021). Apabila kegagalan yang terjadi dan dihadapi oleh siswa, maka anak tersebutlah dipandang mempunyai problem. Sebaliknya, pada sistem pendidikan inklusi, sekolah harus mampu dan bersiap dalam menyesuaikan diri terhadap kebutuhan-kebutuhan anak yang memiliki kekurangan, baik dari segi fisik dan kemampuan belajar (Bahri 2022). Jika terdapat kegagalan pada anak, maka yang dipandang bermasalah ialah sistem (Depdiknas,2003).

Dalam mengupayakan dan memperjuangkan hak-hak anak yang memiliki ketidakmampuan pada proses pembelajaran, pada konferensi internasional di Bukit Tinggi pada tahun 2005 bertajuk “Rekomendasi Bukit Tinggi” telah disiapkan. Di pertemuan ini, perlu penekankan untuk terus bisa mengembangkan rencana pendidikan inklusif dan memastikan seluruh warga negara benar-benar berhak menerima pendidikan dan pelayanan sepadan berkualitas tinggi.

Pemerintah Republik Indonesia sudah menyusun program pendidikan inklusif mulai awal tahun 2000, ini berlandaskan sejarah perkembangan pendidikan inklusi dunia.

Agenda ini adalah bentuk keberlanjutan dari program pendidikan komprehensif yang mana telah dimulai tahun 1980-an di Indonesia, tetapi tidak berkembang dengan efisien dan baik sesudahnya. Model pendidikan inklusif baru diadopsi dan dipraktikkan kembali tahun 2000 dengan mengikuti kecenderungan perkembangan dunia (Saputra, 2016).

1.2 Pengertian Pendidikan Inklusif

Para ahli dari berbagai negara telah banyak mengemukakan pendapatnya mengenai definisi Pendidikan Inklusif. Masing-masing ahli tersebut mendefinisikan berbeda-beda secara redaksional, akan tetapi hakikatnya memiliki tujuan dan maksud yang sama. Di dalam dunia pendidikan, term inklusi itu sendiri selalu berkorelasi dengan model pendidikan yang tidak diskriminatif terhadap seseorang dan berdasarkan atas kemampuan bukan karena kelemahan dari tiap-tiap individu. Secara faktual, pendidikan inklusif diartikan sebuah sistem edukasi yang mana diharuskan mampu untuk memberikan kesempatan dan keikutsertaan peserta didik berkebutuhan khusus agar bisa belajar bersama-sama dengan anak sebayanya di sekolah reguler yang terdekat dari lokasi tinggalnya (Ilahi, 2013). Merujuk pendapat Garnida (2015), Pendidikan inklusif ialah suatu sistem penyelenggara pembelajaran agar bisa mengintegrasikan anak yang dalam kondisi normal dengan anak yang mempunyai keterbatasan tertentu tanpa harus membandingkan kekurangan masing-masing.

Sedangkan Sumiyati (2011) menyatakan bahwa pendidikan inklusif ialah model pelayanan pendidikan yang secara terbuka bagi peserta didik dan mengakomodasi seluruh dari kebutuhannya atas bimbingan dan pelayanan tanpa diskriminatif dengan cara belajar bersama. Di sisi lain, Ilahi (2013) mengatakan bahwa anak memiliki kelainan khusus

harus diajari berbarengan dengan anak yang secara fisik normal lainnya melalui pendidikan inklusi dalam rangka untuk mengoptimalkan segenap keterampilan dan potensi mereka miliki dengan sungguh-sungguh. Agar terwujudnya keterbukaan dan sikap saling menghargai bagi mereka yang mempunyai keterbatasan fisik, tentunya paradigma pendidikan inklusi menjadi langkah progresif dalam menopang kemajuan pendidikan. Program ini diterapkan dengan harapan mampu mengatasi salah satu masalah fundamental dalam bidang pendidikan bagi anak disabilitas selama ini. Hadirnya pendidikan ini merupakan ikhtiar agar potensi dimiliki peserta didik berkebutuhan khusus bisa dikembangkan dan masa depan mereka terselamatkan dari diskriminasi sistem serta dipandang cenderung menyampingkan hak-hak anak disabilitas.

Berdasarkan uraian di atas, Pendidikan Inklusif merupakan solusi atas implementasi sistem pendidikan yang memberi peluang bagi peserta didik dan tidak membedakan antara anak kondisi normal maupun berkebutuhan khusus agar proses pembelajaran bisa diikuti dalam satu lingkungan pendidikan yang sama secara merata. Baik pemerintah dan masyarakat percaya bahwa dengan diberlakukannya model Pendidikan inklusi, seluruh anak sesuai usia dan perkembangannya berhak mendapatkan pelayanan pendidikan tanpa membedakan derajat, kondisi ekonomi atau kelainanya.

1.3 Tujuan Pendidikan Inklusi

Adapun tujuan pendidikan inklusif bisa terealisasi menurut Sumiyati (2011), yakni sebagai berikut:

1. Memberi akses yang sebesar-besarnya bagi seluruh anak termasuk yang di dalamnya anak disabilitas agar hak-hak pendidikannya secara layak dapat dipenuhi.

2. Tercapainya pemerataan sistem belajar berkualitas yang sesuai berdasarkan keadaan, keahlian serta kebutuhan dari masing-masing siswa mampu terwujud dengan baik.
3. Membentuk individu yang memiliki kepekaan sosial dan menjadi bagian integral pada keluarga, masyarakat serta bangsa bisa diwujudkan.

Di lain sisi, Illahi (2013) menjelaskan jika tujuan pendidikan inklusif ialah memberikan peluang seluas-luasnya ke semua peserta didik yang mempunyai kelainan fisik, mental, sosial dan emosional, maupun anak yang memiliki potensi bakat dan kecerdasan istimewa agar memperoleh pendidikan bermutu sesuai dengan kemampuan dan kebutuhannya. Sedangkan tujuan lainnya adalah terwujudnya proses belajar yang tidak diskriminatif dan menghargai perbedaan peserta didik lainnya.

Merujuk pendapat diatas, bisa disimpulkan jika pendidikan inklusif hakikatnya memiliki tujuan untuk memanusiakan manusia sebagai bentuk perlawanan terhadap sikap diskriminatif lembaga sekolah yang menolak anak berkebutuhan khusus agar mengenyam pendidikan, memberi kesempatan seluas-luasnya serta menghargai perbedaan.

1.4 Unsur-Unsur Terkait Pendidikan Inklusi

Hal yang sangat fundamental untuk mencapai keberhasilan pada pelaksanaan kegiatan pendidikan sejatinya sangat bergantung atas support seluruh pihak, baik itu berbentuk persamaan pendapat terhadap anak disabilitas. Adapun pihak yang dimaksud disini ialah pemerintah, pendidik serta masyarakat. Berikut merupakan unsur-unsur yang harus ada dalam pencapaian keberhasilan pendidikan inklusi dan sebagai penentu tiap-tiap sistem pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus, diantaranya:

1. Kemudahan kurikulum (bahan ajar), dimana kurikulum sekolah reguler disesuaikan dan dimodifikasi berdasarkan tahapan perkembangan dan tingkat ketunaan dari tiap-tiap anak disabilitas tersebut.
2. Tenaga pendidik, yakni guru yang memiliki kemampuan secara profesional di bidangnya dalam mendidik anak-anak disabilitas
3. Peserta didik (siswa), ialah sebagai acuan pokok untuk melihat kemampuan dan karakteristik awal dari tiap-tiap anak disabilitas tersebut dalam penyelenggaraan proses pembelajaran.
4. Pihak-pihak yang terlibat pada proses penyelenggaraan sekolah inklusif terdiri dari:
 - a. Orang tua, dapat menumbuhkan aspek kepercayaan diri dan motivasi anak melalui dukungannya.
 - b. Pemerintah, harus menciptakan perumusan strategi dan kebijakan internal sekolah, tercapainya kualitas guru dan tenaga kependidikan melalui peningkatan kinerja dan diberikannya pelatihan pengembangan diri, pendamping dan evaluasi program serta harus disosialisasikan ke masyarakat secara umum.
 - c. Masyarakat, diharapkan dapat memberi perlakuan yang bisa menerima kondisi dan keberadaan anak disabilitas.
5. Sarana prasarana ialah sesuatu yang bisa mempermudah setiap pelaksanaan aktivitas anak disabilitas.
6. Evaluasi pembelajaran, dilaksanakan dengan harapan bahwa kemajuan dan prestasi siswa dapat di kontrol agar bisa meninjau kembali kemampuan memahami dan juga penguasaan materi yang telah dipelajarinya.

1.5 Prinsip Pendidikan Inklusi

Dalam pandangan Mudjito dkk (2012), menyatakan bahwa terdapat prinsip-prinsip filosofis pada pendidikan inklusif yang harus diimplementasikan, yakni:

- 1) Seluruh siswa mempunyai kesempatan dan hak yang setara pada proses belajar dan bermain secara bersama-sama.
- 2) Tidak boleh dibeda-bedakan dan direndahkan setiap anak karena berlandaskan kesulitan dan keterbatasan belajar.
- 3) Selama di sekolah, tidak ada satu alasan apapun yang dapat dibenarkan untuk memisahkan anak karena mereka merasa saling membutuhkan satu sama lain.

Skojen dan Johsen (dalam Budianto, 2005) menyatakan jika terdapat tiga prinsip dasar pendidikan inklusi, yaitu:

- 1) Tiap-tiap anak dimasukkan pada satu kelas, kelompok serta komunitas setempat.
- 2) Diharuskan mengatur hari-hari sekolah disertai tugas-tugas belajar secara kooperatif dilandaskan atas kefleksibelan dan perbedaan pendidikan.
- 3) Untuk memperoleh pemahaman dan wawasan secara memadai terkait pendidikan umum, khusus maupun teknik belajar individu, guru diharuskan dapat bekerjasama. Guru juga membutuhkan pelatihan agar dapat menerapkan apa yang telah diperoleh kemudian keberagaman antar individu di satukan di dalam kelas. Budianto (2005) mengklasifikasi bahwa prinsip-prinsip pendidikan inklusif terbagi menjadi sembilan elemen dasar agar bisa terlaksana, antara lain:
 - a) Guru harus bersikap positif dalam kebinekaan.
 - b) Interaksi promotif.
 - c) Tercapainya potensi sosial dan akademik.
 - d) Pembelajaran yang adaptif.
 - e) Konsultasi kolaboratif.

- f) Belajar bermasyarakat.
- g) Hubungan kemitraan antara keluarga dengan sekolah.
- h) Belajar dan memiliki pemikiran yang independent.
- i) Belajar secara terus menerus sepanjang hayat.

Berdasarkan uraian diatas, bisa disimpulkan bahwa dalam prinsip-prinsip pendidikan inklusif, seluruh siswa mempunyai hak setara untuk belajar dan bermain secara berkelompok, menerima perbedaan dan keanekaragaman individu dalam pengorganisasian kelas.

1.6 Model Sekolah Inklusi

Terdapat berbagai macam model sekolah inklusi diterapkan di Indonesia, diantaranya (Darma dan Rusyid, 2013):

1. Kelas Regular (inklusi penuh)
Anak disabilitas dan yang normal belajar sepanjang hari di kelas regular dengan implementasi kurikulum yang sama.
2. Kelas regular dengan cluster
Anak berkebutuhan khusus dan yang normal belajar bersama-sama di kelas regular dan dikelompokkan secara khusus.
3. Kelas regular dengan cluster dan pull out
Anak disabilitas dan normal belajar bersama-sama di kelas regular dan memiliki kelompok khusus, kemudian ditarik dari kelas regular di waktu-waktu tertentu untuk belajar dengan guru pembimbing khusus.
4. Kelas khusus dengan berbagai pengintegrasian
Anak berkebutuhan khusus belajar dalam kelas khusus di sekolah regular, akan tetapi pada bidang-bidang tertentu boleh belajar bersama anak normal di kelas regular.

5. Kelas khusus penuh

Anak disabilitas belajar di kelas khusus sekolah regular.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Mohammad. 2009. *Pendidikan Untuk Pembangunan Nasional: Menuju Bangsa Indonesia Yang Mandiri Dan Berdaya Saing Tinggi*. Grasindo.
- Bahri, Syaiful. 2022. "Manajemen Pendidikan Inklusi Di Sekolah Dasar." *Edukatif: Jurnal Ilmu Pendidikan* 4(1):94-100.
- Garnida, Dadang. 2015. Pendidikan Inklusif. PT Refika Aditama, Bandung.
- Ilahi, Mohammad Takdir. 2013. Pendidikan Inklusif: Konsep dan Implementasi. Ar-ruzz Media: Jogjakarta.
- Johnsen, Berit H, dan Miriam D. Skjorten. 2003. Menuju Inklusi; Pendidikan Kebutuhan Khusus, Sebuah Pengantar, Menuju Inklusi, Buku No.1, Program Pascasarjana Universitas Pendidikan Indonesia.
- Nurfadhillah, Septy. 2021. *Pendidikan Inklusi Pedoman Bagi Penyelenggaraan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. CV Jejak (Jejak Publisher).
- P. darma dan B. rusyid. 2013. Pelaksanaan Sekolah Inklusi di Indonesia, 226-227.
- Saputra, Angga. 2016. "Kebijakan Pemerintah Terhadap Pendidikan Inklusif." *Jurnal Ilmiah Tumbuh Kembang Anak Usia Dini* 1(3):3.
- Sumiyati. 2011. Inklusi Paud Bagi Masa Depan. Cakrawala Institute, Jogjakarta.
- Kebijakan Pemerintah Dalam Pendidikan Inklusif, (Departemen Pendidikan Nasional, Jakarta 2003), hal.4.

BAB 2

PERAN DAN FUNGSI KELUARGA DAN ORANGTUA

Oleh Ramlan Mahmud

Era globalisasi seperti ini banyak dampak pada masyarakat, baik dampak positif maupun dampak negatif. Dampak positifnya adalah memudahkan dalam mencari informasi, hiburan, dan juga pengetahuan, tetapi dampak negatifnya berkaitan dengan perilaku dan tata karma anak yaitu seorang anak cenderung meniru budaya Barat. Seorang anak bisa berperilaku demikian karena melihat atau menyaksikan tayangan televisi yang kurang edukatif dan kurangnya pengawasan orang tua, sehingga anak tidak selektif memilih tayangan televisi.

Kita ketahui bahwa proses pendidikan yang diberikan kepada anak memiliki gerak berkesinambungan dengan alur klimaks. Dengan demikian, masalah-masalah yang muncul harus bisa ditangkap, diikuti, dan dihadapi oleh orang tua semakin bertambah pula. Oleh karena itu orangtua harus bisa menghadapi sikap anak agar mampu memberikan yang terbaik dan dibutuhkan anak (Syafei, 2002: 42).

Batasan tersebut sejatinya bukan bermaksud membuat anak terkekang namun justru membuat anak merasa terlindungi. Misalnya dengan selalu mendampingi anak ketika menonton acara televisi dan mengarahkannya agar tidak kecanduan game online, serta mengarahkan anak agar lebih mengutamakan belajar. Bila batasan-batasan tersebut terlalu

mengekang anak justru akan membuat anak merasa terancam. Belajar dari kasus yang sering terjadi, anak susah yang sudah diarahkan merupakan bukti bahwa sebagai orang tua seharusnya lebih memperhatikan anak secara serius (Taylor: 2004:10- 11).

2.1 Pengertian Orang Tua dan Keluarga

Orang tua terdiri dari ayah, ibu serta saudara adik dan kakak. Orang tua atau biasa disebut juga dengan keluarga, atau yang identik dengan orang yang membimbing anak dalam lingkungan keluarga. Meskipun orang tua pada dasarnya dibagi menjadi tiga, yaitu orang tua kandung, orang tua asuh, dan orang tua tiri. Tetapi yang kesemuanya itu dalam bab ini diartikan sebagai keluarga. Sedangkan pengertian keluarga adalah suatu ikatan laki-laki dengan perempuan berdasarkan hukum dan undang-undang perkawinan yang sah.¹⁹ Orang tua adalah orang yang mempunyai amanat dari Allah untuk mendidik anak dengan penuh tanggungjawab dan dengan kasih sayang.

Orang tua (keluarga) yang bertanggung jawab yang paling utama atas perkembangan dan kemajuan anak. Orang tua adalah komponen keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu, dan merupakan hasil dari sebuah ikatan perkawinan yang sah yang dapat membentuk sebuah keluarga. Orang tua memiliki tanggung jawab untuk mendidik, mengasuh dan membimbing anak-anaknya untuk mencapai tahapan tertentu yang menghantarkan anak untuk siap dalam kehidupan bermasyarakat.

Sedangkan pengertian orang tua di atas, tidak terlepas dari pengertian keluarga, karena orang tua merupakan bagian keluarga besar yang sebagian besar telah tergantikan oleh keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak. Tugas dan peran orang tua keluarga adalah unit pertama dan institusi

pertama di dalam masyarakat dimana hubunganhubungan yang terdapat di dalamnya sebagian besar sifatnya hubungan langsung. Disitulah perkembangan individu dan disitulah terbentuknya tahap-tahap awal perkembangan dan mulai interaksi dengannya, ia memperoleh pengetahuan, keterampilan, minat dan sikap dalam hidup. Dalam keluarga orang tua sangat berperan sebab dalam kehidupan anak waktunya sebagian besar dihabiskan dalam lingkungan keluarga apalagi anak masih di bawah pengasuhan atau anak usia sekolah dasar, terutama peran seorang ibu. Demikianlah keluarga atau orang tua menjadi faktor penting untuk mendidik anak-anaknya baik dalam sudut tinjauan agama, sosial kemasyarakatan maupun tinjauan individu. Jadi jelaslah orang tua mempunyai peranan penting dalam tugas dan tanggung jawabnya yang besar terhadap semua anggota keluarga yaitu lebih bersifat pembentukan watak dan budi pekerti, latihan keterampilan dan ketentuan rumah tangga, dan sejenisnya. Orang tua sudah selayaknya sebagai panutan atau model yang selalu ditiru dan dicontoh anaknya.

Keluarga merupakan satu hal terpenting dalam pengasuhan anak karena anak dibesarkan dan dididik oleh keluarga. Orang tua merupakan cerminan yang bisa dilihat dan ditiru oleh anak-anaknya dalam keluarga. Oleh karena itu, pengasuhan anak merupakan serangkaian kewajiban yang harus dilaksanakan oleh orang tua. Menurut Martin Luther (1483-1546) (dalam Yusuf, 2012), keluarga adalah agen yang paling penting dalam menentukan pendidikan anak. Jika orang tua dapat memberikan contoh dan teladan yang baik bagi anaknya, maka sikap anak tidak jauh beda dari orang tuanya. Demikian sebaliknya, apabila orang tua tidak dapat memberikan contoh dan teladan yang baik, maka orang tua tidak bisa berharap banyak anaknya akan menjadi lebih baik dan sesuai dengan keinginan orang tua. Jika pengasuhan anak belum bisa dipenuhi secara baik dan benar, kerap kali

akan memunculkan masalah dan konflik, baik di dalam diri anak itu sendiri maupun antara anak dengan orangtuanya, maupun terhadap lingkungannya.

2.2 Peran Orang tua dan Keluarga

Melalui rumahlah pendidikan dimulai, jika rumah mampu menjadi sumber ilmu, amal, dan perjuangan anak, maka anak akan tumbuh menjadi kader yang andal, mantap, dan penuh prestasi. Menjadikan rumah sebagai taman ilmu berarti merancang dan melaksanakan kegiatan yang serasi ilmu di rumah, misalnya menyediakan ruang perpustakaan keluarga di rumah agar anak-anak rajin membaca dengan sendirinya karena buku adalah sumber ilmu. Menurut Yusuf (2012:37), keluarga memiliki peranan yang sangat penting dalam upaya mengembangkan pribadi anak. Perawatan orang tua yang penuh kasih sayang dan pendidikan tentang nilai-nilai kehidupan, baik agama maupun sosial budaya yang diberikannya merupakan faktor yang kondusif untuk mempersiapkan anak menjadi pribadi dan anggota masyarakat yang sehat.

Yusuf (2012:38) Keluarga juga dipandang sebagai institusi (lembaga) yang dapat memenuhi kebutuhan insan (manusiawi), terutama kebutuhan bagi pengembangan kepribadiannya dan pengembangan ras manusia. Apabila mengaitkan peranan keluarga dengan upaya memenuhi kebutuhan individu dari Maslow, maka keluarga merupakan lembaga pertama yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Melalui perawatan dan perlakuan yang baik dari orangtua, anak dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasarnya, baik fisik-biologis maupun sosiopsikologisnya. Apabila anak telah memperoleh rasa aman, penerimaan sosial dan harga dirinya, maka anak dapat memenuhi kebutuhan tertingginya, yaitu perwujudan diri (*self-actualization*).

Menurut Erick Erickson dalam bukunya Syamsu Yusuf (2012:38) mengajukan delapan tahap perkembangan psikologis dalam kehidupan seorang individu dan itu semua bergantung pada pengalaman yang diperolehnya dalam keluarga. Selama tahun pertama, seorang anak harus mengembangkan suatu kepercayaan dasar (*basic trust*), tahun kedua dia harus mengembangkan otonomi-nya, dan pada tahun berikutnya dia harus belajar inisiatif dan industry yang mengarahkannya ke dalam penemuan identitas dirinya. Iklim keluarga yang sehat atau perhatian orangtua yang penuh kasih sayang merupakan faktor esensial yang memfasilitasi perkembangan psikologis anak tersebut.

Beberapa kiat khusus yang harus diwujudkan untuk mewujudkan pendidikan anak usia dini secara berkualitas. Mendidik anak usia dini membutuhkan tips yang akan mengantarkannya meraih kesuksesan. Di antara beberapa tips sukses tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan Keteladanan Karena anak usia dini sangat sensitif terhadap rangsangan dari luar, maka perilaku dan sepak terjang orang tua sangat berpengaruh terhadap anak. Cara orang tua dalam berbicara, berperilaku, dan bergaul dengan orang lain menjadi cermin bagi anak. Di sinilah orang tua memberikan teladan sempurna kepada anak-anaknya dalam bertutur sapa, berperilaku, dan bergaul. Perilaku seseorang biasanya terpengaruh dari faktor agama. Karena itu, orang tua harus memantapkan diri dalam hal agama dan menanamkan nilai-nilai agama yang suci dan luhur kepada anakanaknya. Dari cahaya keimanan dan ketakwaan yang suci inilah keagungan moral dan ketinggian budi akan menyinari perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari.
- 2) Menjadikan Rumah Sebagai Taman Ilmu Rumah adalah tempat lahir, tumbuh dan berkembangnya seorang anak.

- Oleh karena itu, pengadaan bacaan yang berkualitas adalah kebutuhan utama. Apa yang dibaca anak akan berpengaruh terhadap cara pandang dan cita-cita di kemudian hari. Menyediakan komputer untuk menulis dan berkarya juga menjadi salah satu strategi jitu melatih anak melek teknologi mutakhir yang menjadi ciri khas era informasi global sekarang. Melibatkan anak dalam musyawarah atau diskusi menjadi media aktualisasi paling efektif dalam menggali kemampuan anak dan mengembangkannya secara maksimal.
- 3) Menyediakan Wahana Kreativitas Anak membawa ciri khasnya sendiri-sendiri. Ia memiliki kelebihan dan keunggulan yang khas yang tidak ada pada orang lain. Namun, banyak anak tidak menyadarinya, begitu juga orang tua. Mereka tidak menyadari bakat hebat yang ada pada anak. Padahal, jika terasah dengan baik akan menjadi faktor kesuksesan dan kegemilangannya di masa depan. Di sinilah pentingnya menyediakan wahana kreativitas anak. Anak diberi ruang penuh untuk menampakkan jati diri dan identitasnya. Anak dibiarkan bermain komputer, membaca buku, menulis, main catur, dan apapun. Anak harus dibimbing untuk menemukan bakat terbesar yang ada pada dirinya.
 - 4) Menghindari Emosi yang Negatif Emosi yang negatif seperti marah, kecewa, dan tersinggung adalah hal-hal alami yang ada pada setiap manusia. Namun, jika tidak bisa mengendalikannya, maka sangat berbahaya, terlebih apabila dilakukan dihadapan anak. Oleh karena itu dalam mendidik anak (khususnya usia dini), stabilitas emosi sangat penting. Kearifan, kebijaksanaan, kematangan, dan kecermatan didapatkan dari stabilitas emosi ini. Buncahan emosi yang ditunjukkan orang tua kepada anak cenderung mengakibatkan trauma atau gangguan psikologis pada anak.

5) Rajin Berdoa Sesempurna apapun manusia, tetap saja ia makhluk yang memiliki kekurangan. Manusia tidak boleh menggantungkan hasil hanya kepada kerja kerasnya. Semua persoalan sebaiknya juga diserahkan kepada kekuasaan Tuhan Yang Maha Kuasa. Oleh sebab itu manusia harus menambah kedekatan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa. Dalam konteks ini, berdoa menjadi wahana untuk memohon pertolongan Tuhan. Berdoa dengan tulus dan konsisiten membuat spiritualitas dan realigiusitas manusia bertambah kuat (Asmani, 2009: 75).

2.3 Fungsi Orang tua dan Keluarga

Fungsi dasar keluarga adalah memberikan rasa memiliki, rasa aman, kasih sayang, dan mengembangkan hubungan yang baik diantara anggota keluarga. Hubungan cinta kasih dalam keluarga tidak sebatas perasaan, akan tetapi juga menyangkut pemeliharaan, rasa tanggung jawab, perhatian, pemahaman, respek dan keinginan untuk menumbuh kembangkan anak yang dicintainya. Fungsi Keluarga menurut Yusuf (2012:37) Keluarga yang bahagia merupakan suatu hal yang sangat penting bagi perkembangan emosi para anggotanya (terutama anak). Kebahagiaan ini diperoleh apabila keluarga data memerankan fungsinya secara baik. Keluarga yang hubungan antara anggotanya tidak harmonis, penuh konflik, atau *gap communication* dapat mengembangkan masalah-masalah kesehatan mental (mental illness) bagi anak.

Menurut Yusuf (2012:38) ini dapat dikemukakan bahwa secara psikologis keluarga berfungsi sebagai:

- (1) pemberi rasa aman bagi anak dan anggota keluarga lainnya,
- (2) sumber pemenuh kebutuhan, baik fisik maupun psikis,
- (3) sumber kasih sayang dan penerimaan,

- (4) model pola perilaku yang tepat bagi anak untuk belajar menjadi anggota masyarakat yang baik,
- (5) pemberi bimbingan bagi pengembangan perilaku yang secara sosial dianggap tepat,
- (6) pembentuk anak dalam memecahkan sosial masalah yang dihadapinya dalam rangka menyesuaikan dirinya terhadap kehidupan,
- (7) pemberi bimbingan dalam belajar keterampilan motorik, verbal dan sosial yang dibutuhkan untuk penyesuaian diri,
- (8) stimulator bagi pengembangan kemampuan anak untuk mencapai prestasi, baik di sekolah maupun di masyarakat,
- (9) pembimbing dalam mengembangkan aspirasi, dan
- (10) sumber persahabatan/teman bermain bagi anak sampai cukup usia untuk mendapatkan teman di luar rumah, atau apabila persahabatan di luar rumah tidak memungkinkan.

Sedangkan dari sudut pandang sosiologis, fungsi keluarga ini dapat diklasifikasikan ke dalam fungsi-fungsi berikut, Yusuf (2012:39):

- a. Fungsi Biologis Keluarga dipandang sebagai pranata sosial yang memberikan legalitas kesempatan dan kemudahan bagi para anggotanya untuk memenuhi kebutuhan dasar biologisnya. Kebutuhan itu meliputi (a) pangan, sandang, dan papan, (b) hubungan seksual suami istri, dan (c) reproduksi atau pengembangan keturunan (keluarga yang dibangun melalui pernikahan merupakan tempat “penyemaian” bibit-bibit insane yang fitrah).
- b. Fungsi Ekonomi Keluarga (dalam hal ini ayah) mempunyai kewajiban untuk menafkahi anggota keluarganya (istri dan anak).
- c. Fungsi Pendidikan (Edukatif) Keluarga merupakan lingkungan pendidikan pertama dan utama bagi anak. Keluarga berfungsi sebagai “transmitter budaya atau mediator” sosial budaya bagi anak (Hurlock, 1956; Dan

- Pervin,1970) Dalam Bukunya (Syamsu Yusuf, 2012:39). Menurut UU No. 2 Tahun 1989 Bab IV Pasal 10 Ayat 4 (Syamsu Yusuf, 2012:39): “Pendidikan Keluarga merupakan bagian dari jalur pendidikan luar sekolah yang diselenggarakan dalam keluarga dan yang memberikan keyakinan agama, nilai budaya, nilai moral, dan ketrampilan”. Berdasarkan pendapat dan dictum undang-undang tersebut, maka fungsi keluarga dalam pendidikan adalah menyangkut penanaman, pembimbingan, atau pembiasaan nilai-nilai agama, budaya, dan ketrampilan – ketrampilan tertentu yang bermanfaat bagi anak.
- d. Fungsi Sosialisasi Keluarga merupakan buaian atau penyediaan bagi masyarakat masa depan, dan lingkungan keluarga merupakan faktor penentu (determinant factor) yang sangat mempengaruhi kualitas generasi yang akan datang. Keluarga berfungsi sebagai miniatur masyarakat yang mensosialisasikan nilai-nilai atau peran-peran hidup dalam masyarakat yang harus dilaksanakan oleh para anggotanya. Keluarga merupakan lembaga yang mempengaruhi perkembangan kemampuan anak untuk mentaati peraturan (disiplin), mau bekerjasama dengan orang lain, bersikap toleran, menghargai pendapat/gagasan orang lain, mau bertanggung jawab dan bersikap matang dalam kehidupan yang heterogen (etnis, ras, budaya, dan agama).
 - e. Fungsi Perlindungan (Protektif) Keluarga berfungsi sebagai pelindung bagi para anggota keluarganya dari gangguan, ancaman atau kondisi yang menimbulkan ketidaknyamanan (fisik psikologis) para anggotanya
 - f. Fungsi Rekreatif Untuk melaksanakan fungsi ini keluarga harus diciptakan sebagai lingkungan yang memberikan kenyamanan, keceriaan, kehangatan, dan penuh semangat bagi anggotanya. Sehubungan dengan hal itu, maka keluarga harus ditata sedemikian rupa, seperti

menyangkut aspek dekorasi interior rumah, hubungan komunikasi yang tidak kaku (kesempatan berdialog bersama sambil santai), makan bersama, bercengkrama dengan penuh suasana humor, dan sebagainya.

- g. Fungsi Agama (Religius) Keluarga berfungsi sebagai peranan nilai-nilai agama kepada anak agar mereka memiliki pedoman hidup yang benar. Keluarga berkewajiban mengajar, membimbing atau membiasakan anggotanya untuk mempelajari dan mengamalkan ajaran agama yang dianutnya. Para anggota keluarga yang memiliki keyakinan yang kuat terhadap Tuhan akan memiliki mental yang sehat, yakni mereka akan terhindar dari beban psikologi dan mampu menyesuaikan dirinya secara harmonis dengan orang lain, serta berpartisipasi aktif dalam memberikan kontribusi secara konstruktif terhadap kemajuan atau kesejahteraan masyarakat. Mengingat pentingnya peranan agama dalam pengembangan mental yang sehat, maka sepatutnyalah dalam keluarga diciptakan situasi kehidupan yang agamis. Pengokohan penerapan nilai-nilai agama dalam keluarga merupakan landasan fundamental bagi perkembangan kondisi atau tatanan masyarakat yang damai dan sejahtera. Namun sebaliknya, apabila terjadi pengikisan atau erosi nilai-nilai agama dalam keluarga atau masyarakat, akan timbul malapetaka kehidupan yang dapat menjungkirbalikan nilai-nilai kemanusiaan. (suara pembaharuan: 27 november 1997) dikutip dari buku (Yusuf,2012:42)

DAFTAR PUSTAKA

- Asmani, Jamal Ma'mur. 2009. Manajemen Strategis Pendidikan Anak Usia Dini. Yogyakarta: DIVA Press.*
- Hurlock, EB, 1997, *Perkembangan Anak* (terjemahan), Jakarta: Erlangga. ____ , 1999, *Perkembangan Anak Jilid 2*, Jakarta: Erlangga.
- Istina Rakhmawati. 2015. Peran Keluarga dalam Pengasuhan Anak. Vol. 6, No. 1, Juni 2015. *Jurnal IAIN Kudus* <https://journal.iainkudus.ac.id/index.php/konseling/article/view/1037>
- Jim, Taylor, 2004, *Memberi Dorongan Positif pada Anak*, Jakarta: PT Gramedia Utama.
- Syafei, M Sahlan, 2002, *Bagaimana Anda Mendidik Anak*, Bogor: Ghalia Indonesia.
- Syamsu Yusuf. 2012. Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.*

BAB 3

PROGRAM PEMBELAJARAN INDIVIDUAL

Oleh Luqman Hidayat

3.1 Pendahuluan

Sekolah Inklusi merupakan sekolah reguler yang menerima peserta didik dari beberapa latar belakang, termasuk anak berkebutuhan khusus. Kesempatan seluas-luasnya bagi peserta didik berkebutuhan khusus untuk belajar, berinteraksi bersama dengan peserta didik pada umumnya (tidak berkebutuhan khusus). Kemajemukan / keberagaman di dalam lembaga pendidikan penyelenggara program inklusi merupakan hal yang lumrah dan menjadi penciri khas dari sekolah inklusi. Di dalamnya terdapat kebiasaan, kemampuan, latar belakang, bakat, minat, gaya belajar, kecepatan belajar, serta motivasi yang berbeda-beda yang perlu mendapatkan layanan / akomodasi yang layak bagi setiap peserta didik. Dalam peraturan pemerintah nomor 13 tahun 2020 menjamin terselenggaranya akomodasi yang layak bagi peserta didik berkebutuhan khusus / peserta didik disabilitas yang dijamin oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, serta dilaksanakan di semua jalur / jenjang baik pada sekolah penyelenggara inklusi ataupun pada sekolah khusus. Dalam melaksanakan jaminan yang telah ditetapkan, maka penanganan yang berbeda-beda sesuai dengan jenis dan karakteristik peserta didik merupakan konteks esensial sesuai dengan situasi, kondisi, serta kebutuhan belajar yang berbeda pada masing-

masing peserta didik secara keseluruhan. Sehingga memerlukan suatu program pembelajaran individual (PPI) selain pembelajaran konvensional/klasikal.

Konsep belajar bersama-sama antara peserta didik berkebutuhan khusus dan peserta didik reguler bukan berarti mereka harus mendapatkan semua hal yang sama, namun diberikan sesuai dengan jenis dan karakteristik peserta didik walaupun mereka bersama-sama dalam satu kelas, satu kelompok ataupun dipisah dari pembelajaran klasikal. Program layanan yang diindividualisasikan tersebut disebut program pembelajaran individual (PPI) atau Individualized Education Program (IEP). Tentu saja pemberian program ini berdasarkan jenis, karakteristik dan kemampuan peserta didik disabilitas. Namun ada pula peserta didik berkebutuhan khusus di sekolah inklusi yang tidak menggunakan PPI karena kemampuannya yang mumpuni atau dianggap mampu walaupun mempunyai keterbatasan. PPI dikhususkan bagi peserta didik berkebutuhan khusus yang tidak mampu menggunakan program pembelajaran yang sama dengan peserta didik reguler, sehingga membutuhkan penyesuaian khusus dan layanan yang berbeda dengan peserta didik lainnya. Hal ini dilakukan agar anak tidak merasa terbebani dengan program yang seharusnya tidak mereka dapatkan karena kemampuan yang berbeda. Banyak guru yang melaksanakan pembelajaran yang sama antara peserta didik reguler dan berkebutuhan khusus, hal ini sungguh sangat disayangkan. Banyak guru merasa PPI merepotkan dan akan banyak membuang waktu terlebih membutuhkan sumber daya yang tidak sedikit misalnya saja melibatkan psikolog, terapis, dokter, hingga ahli lain. Apalagi sekolah juga dituntut melakukan begitu banyak penyesuaian dalam hal bangunan fisik, misalkan saja merancang aksesibilitas yang ramah disabilitas yaitu membuat atau mendesain bangunan yang dapat mengakomodasi peserta didik berkebutuhan khusus. Misalnya pembuatan ramp, jalur

khusus tunanetra, ruang sumber bagi ABK, dsb. Apalagi banyak guru atau sekolah yang merasa belum percaya diri dalam menjalankan program PPI bahkan terdapat sekolah yang belum siap menerima anak berkebutuhan khusus. Padahal hak peserta disabilitas sudah dilindungi oleh Undang-Undang, sehingga tak satu sekolah pun mampu menolak kehadiran peserta didik berkebutuhan khusus diantara mereka. Hal ini seyogyanya menjadi pengingat bahwa mencerdaskan kehidupan bangsa merupakan kewajiban negara dan implementasinya menjadi tanggungjawab seluruh komponen warga negara karena pada prinsip Tri Pusat Pendidikan bahwa Pendidikan yang baik terjadi pada lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, dan lingkungan masyarakat. Sehingga kesadaran “inklusif” harus tertanam pada seluruh masyarakat Indonesia. Program pembelajaran individual memiliki tujuan untuk meningkatkan layanan Pendidikan bagi seluruh peserta didik dalam kemandirian, kemampuan, serta membentuk peserta didik yang mampu berperan di tengah masyarakat. Kebutuhan peserta didik, tugas, serta perkembangan kemampuan belajar yang ingin ditingkatkan dari peserta didik dapat pula diselaraskan melalui program pembelajaran individual (PPI) agar potensi yang dimiliki peserta didik dapat terakomodasi secara layak.

3.2 Esensi PPI bagi ABK

Proses pembelajaran di dalam kelas yang harus disesuaikan pada kemampuan/gaya belajar peserta didik menjadi dasar filosofis tentang kenyataan kenapa PPI hadir. Pada dasarnya, PPI merupakan dokumen yang dikembangkan untuk mengupayakan pembelajaran bagi anak berkebutuhan khusus atau anak luar biasa (Yell *et al.*, 2013). Awal konsep PPI yang paling mendasar pada tempo dahulu adalah program individual ditujukan untuk suatu program pengajaran kepada

peserta didik dan tugas berdasarkan kondisi peserta didik dan motivasinya. Dengan demikian, PPI merupakan dokumen program pembelajaran yang didasarkan atas kebutuhan setiap peserta didik (individu). Peserta didiklah yang menjadi peran utama, Peserta didik menjadi pengendali program pembelajaran, bukan program pembelajaran yang mengendalikan peserta didik. PPI bertolak pada anggapan bahwa setiap individu/manusia adalah unik dan memiliki ciri khas masing-masing dan menjadi dorongan utama atas lahirnya pembelajaran yang bersifat lebih individual. Individual ini bukan berarti lebih eksklusif membedakan dengan peserta didik lainnya, namun ini merupakan hak dan akomodasi yang layak yang semestinya mereka (ABK) dapatkan (Kamarudin *et al.*, 2015). Kompleksitasnya peserta didik di kelas menjadi tantangan tersendiri bagi guru. Terlebih bagi guru yang tidak berlatar belakang dari guru pendidikan khusus atau tidak memiliki keterampilan/kecakapan dalam menangani ABK atau sering disebut dengan guru pembimbing khusus /GPK. Tajamnya perbedaan kemampuan peserta didik membuat konsekuensi bahwa guru harus menyusun rancangan pembelajaran yang berbeda antar peserta didik.

3.3 Tujuan PPI

PPI merupakan dokumen tertulis dari keputusan anggota tim untuk melayani anak berkebutuhan khusus dengan tujuan sebagai berikut :

- PPI merupakan sarana komunikasi antara orang tua dan pihak sekolah.
- PPI berfungsi sebagai sarana komunikasi antara orang tua dan tim sekolah yang memungkinkan mereka, sebagai peserta, untuk bersama-sama memutuskan apa kebutuhan peserta didik, apa pelayanan yang akan diberikan untuk

memenuhi kebutuhan tersebut, dan hal apa saja yang dapat diantisipasi dalam pelaksanaan pembelajaran.

- PPI memberikan kesempatan untuk menyelesaikan setiap permasalahan peserta didik berdasarkan perbedaan persepsi antara orang tua, ahli, dan sekolah
- PPI menetapkan secara tertulis komitmen sumber daya yang diperlukan untuk memungkinkan untuk menerima dan melaksanakan kebutuhan pendidikan khusus dan layanan terkait.
- PPI adalah alat manajemen yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap peserta didik berkebutuhan khusus diberikan pendidikan khusus dan terkait layanan yang sesuai dengan kebutuhan belajar khusus peserta didik.
- PPI adalah dokumen pemantauan yang mungkin digunakan oleh perkembangan peserta didik dalam pendidikan yang telah disepakati oleh orang tua dan sekolah.
- PPI berfungsi sebagai perangkat evaluasi yang digunakan dalam menentukan sejauh mana kemajuan peserta didik dalam memenuhi program yang telah diberikan.
- PPI bukan merupakan kontrak kinerja atau jaminan oleh sekolah dan guru bahwa seorang peserta didik akan maju pada tahap tertentu dengan cepat, dsb.

Pada saat yang sama, sekolah harus memastikan bahwa mereka mempunyai layanan yang ditetapkan dalam PPI kepada peserta didik berkebutuhan khusus, dan sekolah juga mempunyai tanggungjawab moral untuk melakukan upaya/itikad baik untuk membantu peserta didik dalam mencapai tujuan dan sasaran dalam PPI. PPI bisa lebih dari sekadar garis besar dan alat manajemen dari program pendidikan khusus bagi ABK (Bateman, 2015). Ini merupakan kesempatan yang luas dan baik untuk orang tua dan pendidik untuk bekerja sama untuk mengidentifikasi, asesmen terhadap

kemampuan yang sudah dimiliki peserta didik maupun kemampuan yang ingin dikembangkan dan hal-hal apa saja yang dapat disediakan untuk memenuhi kebutuhan belajarnya (Ariesanti (2015)). PPI adalah komitmen secara tertulis tentang sumber daya yang disetujui sekolah dan orangtua dalam treatment pembelajaran untuk peserta didik berkebutuhan khusus dan juga berfungsi sebagai evaluasi kemajuan peserta didik untuk mencapai tujuan dan sasaran pendidikan (Banks, 2013). Akhirnya, PPI berfungsi sebagai titik fokus untuk mengklarifikasi masalah dan keputusan kooperatif dilakukan oleh orang tua, peserta didik, dan personel sekolah dengan sebaik-baiknya untuk peserta didik. Untuk semua alasan ini, PPI adalah landasan Pendidikan Luar Biasa / Pendidikan Khusus.

3.3.1 Tim PPI

Pertemuan anggota penyusun PPI harus seseg Pertemuan untuk menulis IEP era mungkin mengadakan pertemuan setelah memutuskan bahwa anak tersebut memenuhi syarat untuk pendidikan khusus dan layanan terkait bagi dirinya. Setiap anggota tim membawa informasi penting pada pertemuan penyusunan PPI. Masing-masing anggota berbagi informasi mereka dan bekerja sama untuk menulis Program Pendidikan Individual. Informasi setiap anggota tim tentu akan menambah pemahaman tim tentang anak dan layanan apa yang dibutuhkan anak, tim tersebut minimal meliputi :

a. Orang tua

Orang tua adalah anggota kunci dari tim PPI. Mereka mengenal anak mereka dengan sangat baik dan dapat berbicara tentang kekuatan dan kebutuhan anak mereka serta ide-ide mereka untuk meningkatkan pendidikan anak mereka. Mereka dapat menawarkan wawasan tentang bagaimana anak mereka belajar, apa minatnya, dan aspek lain dari anak yang hanya dapat diketahui oleh orang tua.

Mereka dapat mendengarkan apa yang menurut anggota tim lain perlu dikerjakan oleh anak mereka di sekolah dan memberikan saran mereka. Mereka juga dapat melaporkan apakah keterampilan yang dipelajari anak di sekolah digunakan di rumah.

b. Guru reguler, guru Pendidikan khusus / GPK, dan kepala sekolah

Guru juga merupakan peserta penting dalam pertemuan/tim PPI. Setidaknya salah satu guru pendidikan reguler anak harus berada di tim PPI jika anak tersebut (atau mungkin) berpartisipasi dalam lingkungan pendidikan reguler. Guru pendidikan reguler memiliki banyak hal untuk dibagikan dengan tim. Misalnya, dia mungkin berbicara tentang:

1. kurikulum umum di kelas reguler;
2. bantuan, layanan atau perubahan program pendidikan yang akan membantu anak belajar dan berprestasi; dan
3. strategi untuk membantu anak dengan perilaku, jika perilaku adalah masalah.

Guru pendidikan reguler juga dapat berdiskusi dengan tim PPI tentang dukungan staf sekolah yang diperlukan agar anak dapat:

1. maju ke arah tujuan tahunannya;
2. terlibat dan maju dalam kurikulum umum;
3. berpartisipasi dalam ekstrakurikuler dan kegiatan lainnya; dan dididik bersama anak-anak lain

Dukungan untuk staf sekolah dapat mencakup pengembangan profesional atau lebih banyak pelatihan. Pengembangan dan pelatihan profesional penting bagi guru, administrator, dan pihak lain yang memberikan layanan bagi anak-anak penyandang disabilitas. Guru pendidikan

khusus anak menyumbangkan informasi dan pengalaman penting tentang bagaimana mendidik anak berkebutuhan khusus. Karena kompetensinya dalam pendidikan khusus, guru ini dapat berbicara tentang masalah-masalah seperti:

1. bagaimana memodifikasi kurikulum umum untuk membantu anak belajar;
2. bantuan dan layanan tambahan yang mungkin dibutuhkan anak agar berhasil di kelas reguler dan di tempat lain;
3. bagaimana memodifikasi evaluasi pembelajaran sehingga peserta didik dapat menunjukkan apa yang telah dipelajari; dan
4. aspek lain untuk memenuhi kebutuhan unik peserta didik.

Selain membantu menyusun PPI, guru pendidikan khusus memiliki tanggung jawab untuk bekerja dengan peserta didik untuk melaksanakan PPI. Guru Pendidikan khusus mungkin akan :

1. bekerja dengan peserta didik di ruang sumber atau kelas khusus yang dikhususkan untuk peserta didik yang menerima layanan pendidikan khusus;
2. sebagai tim yang mengajar dengan guru pendidikan reguler; dan bekerja dengan staf sekolah lainnya, khususnya guru pendidikan reguler, untuk memberikan keahlian tentang menangani kebutuhan unik anak berkebutuhan khusus.

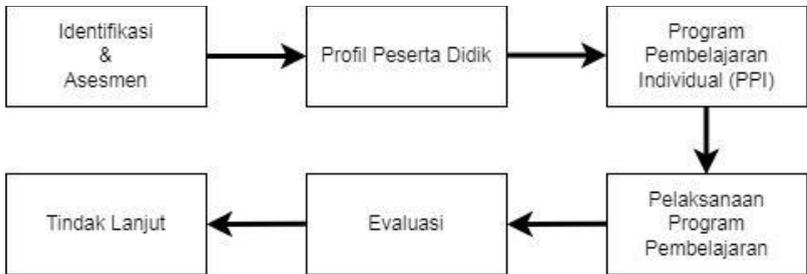
Kepala sekolah menjadi sosok yang memberi arahan dan membantu mengesahkan program pembelajaran individual. Kebijakan sekolah yang dibuat/disusun harus mengakomodasi seluruh kepentingan warga sekolah tanpa memihak.

c. Ahli / Para profesional

Tim PPI lain juga dapat mencakup individu tambahan dengan pengetahuan atau keahlian khusus tentang anak tersebut. Mereka berbagi keahlian khusus mereka tentang kebutuhan anak dan bagaimana layanan profesional mereka sendiri dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Tergantung pada kebutuhan individu anak, beberapa profesional layanan terkait yang menghadiri pertemuan PPI atau membantu mengembangkan PPI mungkin termasuk terapis okupasi atau fisik, penyedia pendidikan jasmani adaptif, psikolog, dokter spesialis atau ahli patologi wicara-bahasa.

3.3.2 Prosedur Penyusunan PPI

Proses penyusunan Program Pembelajaran Individual bagi anak berkebutuhan khusus di sekolah inklusif dimulai dari proses identifikasi untuk mengetahui kekhususan yang dialami peserta didik yang bersangkutan dalam hal jenis kebutuhan khusus. Setelah diketahui bahwa peserta didik tersebut berkebutuhan khusus, selanjutnya tim perlu melakukan asesmen kepada peserta didik untuk mengetahui kekuatan dan kelemahan serta kebutuhan peserta didik di setiap aspek perkembangannya. Hasil asesmen oleh tim kemudian dibuat program pembelajaran individual. Sekurang-kurangnya minimal tiga kompetensi yang perlu dikuasai guru agar dapat memberikan layanan pada ABK di sekolah inklusi, guru harus memiliki pengetahuan/keterampilan dalam mengasesmen kemampuan peserta didik dalam akademik maupun non akademik; kemudian mampu merumuskan program pembelajaran individual; dan yang terakhir guru tersebut mampu melaksanakan pembelajaran yang sesuai dengan masing-masing anak.



Gambar 3.1 Alur Pembelajaran ABK di sekolah Inklusi menggunakan PPI

Terdapat lima langkah yang ditempuh dalam menyusun program pembelajaran individual bagi anak berkebutuhan khusus (Abdulrahman, 2005) yaitu :

1. Membentuk suatu tim penyusunan PPI, tim ini dapat beranggotakan guru bidang studi, guru kelas, kepala sekolah, guru pembimbing khusus (GPK), psikolog, terapis, dokter, orang tua, dan ahli lain yang berkaitan dengan kondisi yang dialami oleh ABK. Tim ini secara bersama-sama menjadi penanggung jawab dalam penyusunan Program Pembelajaran Individual yang disusun.
2. Menilai kemampuan yang dimiliki anak meliputi kekuatan dan kelemahan anak, minat serta bakat anak, dan menilai kemampuan anak dari berbagai aspek mulai dari tingkat kematangan, perkembangan emosi, bahasa, kognitif, afektif, psikomotor, serta program khusus yang mungkin akan diberikan kepada ABK.
3. Mengembangkan dan menentukan tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang yang harus dilalui/dilakukan anak dalam program.
4. Merancang bagaimana metode yang digunakan dan prosedur pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dalam PPI

5. Menentukan metode evaluasi yang akan dipergunakan untuk mengevaluasi dan melihat/menentukan kemajuan / progres anak berkebutuhan khusus dalam pelaksanaan PPI.

Pada dokumen program pembelajaran individual seyogyanya memuat paling tidak lima pernyataan diantaranya adalah 1) identitas peserta didik; 2) kemampuan yang dimiliki peserta didik saat ini; 3) tujuan jangka panjang yang akan dicapai anak (tujuan umum); 4) tujuan khusus atau tujuan jangka pendek; 5) gambaran waktu pelaksanaan program; 6) pendekatan/metode dalam pembelajaran menggunakan PPI; dan 7) prosedur evaluasi.

Tabel 3.1 Instrumen Identifikasi Anak Berkebutuhan Khusus (msyarifah.my.id)

Nama Peserta didik :
 Tanggal :
 Nama Petugas/Guru Kelas :

GEJALA YANG DIAMATI		Ya	Tidak	Keterangan
HAMBATAN PENGLIHATAN/ TUNANETRA				
1	Tidak bisa melihat sama sekali			
2	Tidak memiliki /tidak lengkapnya organ penglihatan			
3	Tidak bisa melihat dalam jarak 6 meter			
4	Saat berjalan sering menabrak			
5	Fokus pandang tidak sesuai			
Total				
HAMBATAN PENDENGARAN/TUNARUNGU				
1	Tidak memiliki /tidak lengkapnya organ pendengaran			

GEJALA YANG DIAMATI		Ya	Tidak	Keterangan
2	Terjadi kerusakan pada organ pendengaran			
3	Tidak mampu mendengar sama sekali			
4	Tidak mampu mendengar suara yang pelan			
5	Tidak merespon ketika dipanggil dalam jarak tertentu			
Total				
HAMBATAN INTELEKTUAL/ TUNAGRAHITA				
1	Kemampuan akademik di bawah rata-rata			
2	Kesulitan dalam melakukan hubungan sosial			
3	Kemampuan berpikir lemah			
4	Lemah dalam memahami konsep dasar (membaca, menulis, berhitung)			
5	Lemah dalam merespon perintah			
Total				
HAMBATAN FISIK DAN MOTORIK/ TUNADAKSA				
1	Tidak memiliki /tidak lengkapnya organ gerak			
2	Terjadi kekakuan/kelayuan pada anggota tubuh			
3	Kehilangan fungsi sebagian atau semua pada organ gerak			
4	Memiliki hambatan koordinasi gerak (mata dengan tangan ; mata dengan kaki; mata, tangan dan kaki)			
5	Kesulitan dalam melakukan gerakan (tidak sempurna, tidak lentur dan tidak terkendali)			
Total				
HAMBATAN AUTIS				

GEJALA YANG DIAMATI		Ya	Tidak	Keterangan
1	Kesulitan melakukan komunikasi dengan orang lain			
2	Kesulitan dalam mengembangkan hubungan sosial			
3	Melakukan gerakan tertentu secara berulang-ulang			
4	Memiliki rutinitas yang sulit diubah			
5	Kehilangan minat dalam melakukan suatu kegiatan			
6	Memiliki perilaku yang terlalu hiperaktif atau hipoaktif			
Total				
HAMBATAN LAMBAN BELAJAR				
1	Anak anak dengan kecerdasan yang relatif rendah dan memiliki IQ sekitar 75 - 90			
2	Sering mengalami kegagalan di sekolah			
3	Anak dengan kognitif di bawah rata - rata			
4	Kemampuan koordinasi yang sangat kurang			
5	Keterampilan dasar yang sangat kurang			
Total				
HAMBATAN KESULITAN BELAJAR				
1	Kemampuan membaca sangat kurang dibanding teman seusianya			
2	Kemampuan menulis sangat kurang dibanding teman seusianya			
3	Kemampuan berhitung sangat kurang dibanding teman seusianya			
Total				

GEJALA YANG DIAMATI		Ya	Tidak	Keterangan
CERDAS ISTIMEWA BAKAT ISTIMEWA				
1	Memiliki intelegensi yang tinggi			
2	Memiliki kreativitas yang tinggi			
3	Memiliki komitmen yang tinggi terhadap tugas			
4	Memiliki sikap yang unggul			
Total				
Catatan:				
1. Pada masing-masing sub kelompok jenis hambatan yang jawaban "Ya" lebih dari 75%, maka patut dicurigai ada indikasi hambatan pada jenis sub kelompok tersebut.				

Hasil dari identifikasi yang telah dilakukan akan menjadi dasar kegiatan asesmen untuk menentukan jenis layanan yang akan diberikan kepada peserta didik. Sebenarnya identifikasi dan asesmen dapat dilakukan pada awal penerimaan peserta didik baru atau bisa juga dilakukan pada pertengahan pelaksanaan pembelajaran. Tentu saja dengan mempertimbangkan kecurigaan/dugaan awal disertai dengan hasil portofolio anak dalam KBM. Hasil asesmen menjadi dasar atau modalitas peserta didik untuk menempuh PPI. Asesmen terbagi menjadi asesmen akademik dan asesmen perkembangan (aspek motorik, bahasa, komunikasi dan sosial-emosional). Ini berarti, sebelum menyusun PPI, perlu mengetahui kesiapan dan kemampuan peserta didik melalui asesmen agar pemberian intervensi tepat dan efektif. Asesmen kemampuan meliputi asesmen intelegensi dan munculnya perilaku lain saat asesmen juga menjadi catatan khusus. Sementara itu, kegiatan asesmen dapat dilakukan dengan wawancara, observasi, pengukuran informal, ataupun menggunakan tes baku (Arriani *et al.*, 2021). Kegiatan analisis hasil asesmen adalah kegiatan yang paling menentukan karena berdasarkan analisis tersebut, program pembelajaran atau

penanganan kekhususan peserta didik akan direkomendasikan dan dikembangkan. Dari data hasil asesmen secara menyeluruh, PPI akan dirancang dengan langkah berikut.

Tabel 3.2 Format Penyusunan PPI (Kemendikbud, 2018)

Nama Sekolah	:			
Nama Peserta didik	:			
Tanggal lahir Peserta didik	:			
Tanggal Pertemuan Tim PPI	:			
Tanggal Penempatan di kelas	:			
Tanggal Berakhir	:			
Kesimpulan Hasil Asesmen				
No	Aspek Perkembangan	Kekuatan	Kelemahan	Kebutuhan
1.	Kognitif			
2.	Komunikasi			
3.	Sosial & Emosi			
4.	Fisik & Motorik			
5.	Program Khusus			
Tujuan				
Aspek Perkembangan		Tujuan Jangka Panjang	Tujuan Jangka Pendek	
Kognitif				
Komunikasi				
Sosial & emosi				
Fisik & Motorik				
Program Khusus				
Waktu	:			
Penanggungjawab	:			
Pendekatan dan Metode	:			
Alat dan Media	:			
Penilaian	:			

Ketika PPI telah disusun, orang tua harus menerima salinannya. Setiap orang yang akan terlibat dalam pelaksanaan PPI harus memiliki akses ke dokumen tersebut, termasuk guru pendidikan reguler, guru pendidikan khusus, penyedia layanan (misalnya, terapis wicara); atau penyedia layanan lainnya

(seperti paraprofessional) yang akan bertanggung jawab atas sebagian pendidikan anak. Masing-masing individu ini perlu mengetahui apa tanggung jawab spesifiknya untuk melaksanakan PPI. Ini termasuk akomodasi khusus, modifikasi, dan dukungan yang harus diterima anak, menurut PPI.

Setiap individu yang terlibat dalam memberikan layanan kepada peserta didik harus mengetahui dan memahami tanggung jawabnya untuk melaksanakan PPI. Hal ini akan membantu memastikan bahwa peserta didik menerima layanan yang telah direncanakan, termasuk modifikasi khusus dan akomodasi yang telah diidentifikasi oleh tim PPI sebagai kebutuhan. Kerjasama tim memainkan peran penting dalam melaksanakan PPI. Banyak profesional cenderung terlibat dalam memberikan layanan dan dukungan kepada peserta didik. Sekolah dapat mendorong kerja tim dengan memberikan waktu kepada guru, staf pendukung dan/atau paraprofessional untuk merencanakan atau bekerja sama dalam hal-hal seperti mengadaptasi kurikulum umum untuk memenuhi kebutuhan unik peserta didik. Guru, staf pendukung, dan lainnya yang menyediakan layanan bagi anak-anak penyandang disabilitas dapat meminta pelatihan dan pengembangan staf.

Komunikasi antara rumah dan sekolah sangat penting. Orang tua dapat berbagi informasi tentang apa yang terjadi di rumah dan mengembangkan apa yang dipelajari anak di sekolah. Jika anak mengalami kesulitan di sekolah, orang tua mungkin dapat menawarkan wawasan atau membantu sekolah menggali kemungkinan alasan serta solusi yang memungkinkan.

PPI ditinjau oleh tim setidaknya setahun sekali, atau lebih sering jika orang tua atau sekolah meminta peninjauan. Jika perlu, PPI direvisi. Orang tua, sebagai anggota tim, harus diundang untuk menghadiri pertemuan ini. Orang tua dapat memberikan saran untuk perubahan, dapat setuju atau tidak

setuju dengan tujuan PPI, dan setuju atau tidak setuju dengan penempatan. Jika orang tua tidak setuju dengan PPI dan penempatan, mereka dapat mendiskusikan kekhawatiran mereka dengan anggota lain dari tim IEP dan mencoba membuat kesepakatan. Ada beberapa pilihan, termasuk pengujian tambahan, evaluasi independen, atau meminta mediasi (jika tersedia) atau proses dengar pendapat.

Saat tim PPI bertemu untuk melakukan tinjauan PPI atau untuk merevisinya, anggota harus kembali mempertimbangkan semua faktor yang dibahas yaitu kelebihan anak, ide orang tua untuk meningkatkan pendidikan anak mereka, hasil evaluasi terbaru atau evaluasi ulang.

DAFTAR PUSTAKA

- Arriani, F. *et al.* 2021. Panduan Penyusunan Program Pembelajaran Individual. pp. 5–6.
- Banks, J. 2013. Individualized Education Program (IEP)', *Encyclopedia of Diversity in Education* [Preprint], (518). Available at:
<https://doi.org/10.4135/9781452218533.n374>.
- Bateman, B.D. 2015. Individual Education Programs for Children with Disabilities. *Handbook of Special Education* [Preprint]. Available at:
<https://doi.org/10.4324/9780203837306.ch8>.
- Kamarudin, H. *et al.* 2015. Malaysian Standard Conformity on Access and Facilities for Person with Disabilities in Public Bus Terminal Buildings. in *Proceedings of the International Symposium on Research of Arts, Design and Humanities (ISRADH 2014)*. Springer Singapore, pp. 393–403. Available at: https://doi.org/10.1007/978-981-287-530-3_40.
- Yell, M. *et al.* 2013. Individualized Education Programs and Special Education Programming for Students with Disabilities in Urban Schools. *Fordham Urb. LJ*, 41(2), p. 669.

BAB 4

RETARDASI MENTAL

Oleh Novita Maulidya Jalal

Anak merupakan pemberian Tuhan YME yang menjadi idaman setiap pasangan suami istri. Oleh karena itu, anak merupakan Amanah yang perlu dirawat dan dicintai selama pertumuhan dan perkembangannya. Melihat dan mendampingi tumbuh kembang anak dimulai dari masa bayi sampai dewasa yang merupakan momen didambakan bagi setiap orang tua. Pertumbuhan ditinjau dari bertambahnya ukuran fisik anak. Selanjutnya, perkembangan anak ditinjau dari perubahan progresif atau lebih maju pada kemampuan kognitif, bahasa, emosi, sosial, dan aspek psikologis lainnya. Pada kenyataannya, tidak tertutup kemungkinan terdapat pertumbuhan ataupun perkembangan anak yang unik yang berbeda dari anak seusianya, salah satunya dalam hal perkembangan kognitif.

Anak yang yang ditandai dengan perkembangan IQ di kategori rendah merupakan indikasi anak mengalami retardasi mental. WHO Geneva tahun 1992 (Lumbantobing 2001) mengungkapkan retardasi mental sebagai suatu kondisi perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh adanya hendaya (*impairment*) ketrampilan (kecakapan, *skills*) selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada semua tingkat intelegensi, yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial. Retardasi mental dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan mental atau fisik lainnya.

Anak dengan retardasi mental memiliki karakteristik yang khas, sehingga perlu memperoleh penanganan khusus dari orang dewasa di sekitarnya, Oleh karena itu, pada bab ini akan dibahas tentang defenisi, jenis-jenis retardasi mental, karakteristik, factor penyebab hingga upaya penanganan anak retardasi mental. Salah satu upaya untuk menangani anak retardasi mental yakni dengan memperoleh penanganan dari para pendidik, psikolog atau psikiater yang dapat antara lain memberikan latihan modifikasi perilaku (Lumbantobing, 2001).

4.1 Definisi

American Association on Mental Deficiency (AAMD) mendefinisikan retardasi mental yang direvisi oleh Rick Heber (Sularyo dan Kadim,2000) yakni suatu kondisi menurunnya fungsi intelektual secara menyeluruh yang terjadi pada masa perkembangan dan dihubungkan dengan gangguan adaptasi sosial. Penurunan fungsi intelektual secara umum menurut definisi Rick Heber diukur berdasarkan tes intelegensia standar paling sedikit satu deviasi standar (*1 SD*) di bawah rata-rata. Terdapat 3 hal penting yang merupakan kata kunci dalam definisi tersebut yakni penurunan fungsi intelektual, adaptasi sosial, dan masa perkembangan.

American Association on Mental Retardation (AAMR) juga memberikan batasan yang menjelaskan bahwa retardasi mental atau keterbelakangan mental menunjukkan adanya keterbatasan dalam fungsi yang mencakup fungsi intelektual yang dibawah rata-rata,dimana berkaitan dengan keterbatasan pada dua atau lebih dari ketrampilan adaptif seperti komunikasi, merawat diri sendiri,ketrampilan sosial, kesehatan dan keamanan, fungsi akademis, waktu luang dan lain sebagainya. Keadaan ini tampak pada usia sebelum 18 tahun (Hallahan & Kauffman dalam Mangunsong, 1998). Istilah lain

dari retardasi mental yakni tunagrahita yang menunjuk kepada seseorang yang memiliki kecerdasan mental dibawah normal. Branata (Efendi 2008) menyatakan bahwa individu yang memiliki tingkat kecerdasan yang sedemikian rendahnya, sehingga untuk meniti tugas perkembangannya memerlukan bantuan atau layanan secara spesifik, termasuk dalam program pendidikannya.

Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation Grossman merevisi definisi dari Rick Heber terkait retardasi mental. Grossman mendefinisikan retardasi mental sebagai suatu kondisi menurunnya fungsi intelektual yang menyeluruh secara bermakna dan secara langsung menyebabkan gangguan adaptasi sosial, dan bermanifestasi selama masa perkembangan. Defenisi penurunan fungsi intelektual yang dimaksud yakni pengukuran uji intelegensia berada pada dua deviasi standar di bawah rata-rata. Berdasarkan kriteria ini ternyata kurang dari 3% populasi yang dapat digolongkan sebagai retardasi mental. Selain itu, periode perkembangan menurut definisi ini adalah mulai dari lahir sampai umur 18 tahun. Sedangkan gangguan adaptasi sosial menurut definisi ini secara langsung disebabkan oleh penurunan fungsi intelektual (Prasadio,1976.,Ramelan,1992.,&Valente M,Tarjan,1992).

Retardasi mental adalah salah satu karakteristik anak berkebutuhan khusus yang ditandai dengan kecerdasan anak yang berada jauh di bawah rata-rata dan adanya keterbatasan intelegensi serta ketidakcakapan dalam interaksi sosial (T. Sutjihati Somantri, 2007). Zigler (Santrock, 2004) juga mendefinisikan retardasi mental sebagai anak dengan kemampuan yang terbatas atau tidak cukup fungsi intelektual. Kondisi retardasi mental tampak dari terhambatnya perkembangan fungsi kognitif dan sosial, sehingga berpengaruh pada semua tingkat inteligensi, baik kemampuan

kognitif, bahasa, motorik, maupun kemampuan sosialnya (Wenar, 2006).

Retardasi mental dengan kondisi yang ditandai oleh intelegensi yang rendah dapat menyebabkan ketidakmampuan seseorang untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal serta ketidakcakapan dalam interaksi sosial (Muttaqin, 2008). Hal serupa juga didefinisikan oleh William (Mustikawati dkk,2015) bahwa anak retardasi mental mengarah pada keterbatasan beberapa fungsi intelektual yang sangat dibawah rata-rata dan secara bersamaan disertai dengan adanya keterbatasan yang berhubungan dengan dua atau lebih area penerapan kemampuan adaptasi, antara lain fungsi akademik, fungsi komunikasi, kemampuan bersantai, bekerja, dan lainnya. Retardasi mental bermanifestasi sebelum usia 18 tahun.

4.2 Klasifikasi

WHO, Geneva tahun 1994 (Sularyo & Kadim,2000) menyatakan bahwa retardasi mental dapat diklasifikasikan menjadi 4 golongan yakni :

1. *Mild retardation* (retardasi mental ringan) dengan IQ 50-69
2. *Moderate retardation* (retardasi mental sedang) dengan IQ 35-49
3. *Severe retardation* (retardasi mental berat) dengan IQ 20-34
4. *Profound retardation* (retardasi mental sangat berat) dengan IQ <20

AAMR atau American Association on Mental Retardation (Khoiri,2012) juga melakukan klasifikasi retardasi mental berdasar pada tingkat keparahan masalahnya yakni:

1. mild, yaitu retardasi mental dengan kategori rentangan IQ 52-67

2. moderate, yaitu retardasi mental dengan kategori rentangan IQ 36-51
3. severe, yaitu retardasi mental dengan kategori rentangan IQ 20-35
4. profound. yaitu retardasi mental dengan kategori dibawah IQ 20

Beberapa karakteristik dari masing-masing klasifikasi mental retardasi sebagai berikut:

1. **Retardasi mental ringan atau *Mild retardation***

Retardasi mental ringan merupakan klasifikasi mental retardasi yang masih mampu dididik (*educable*). Karakteristik individu dengan retardasi mental ringan yakni anak mengalami gangguan berbahasa tetapi masih mampu menguasainya untuk keperluan bicara sehari-hari, anak masih mampu mengurus diri sendiri secara mandiri seperti melakukan aktivitas makan, mencuci, memakai baju, mengontrol saluran cerna dan kandung kemih, tetapi tingkat perkembangannya sedikit lebih lambat jika dibandingkan anak seusianya. Karakteristik lain dari anak dengan retardasi mental ringan yakni anak mengalami kesulitan utama biasanya terlihat pada pekerjaan akademik sekolah, dan banyak yang bermasalah dalam membaca dan menulis. Namun, jika anak berada dalam konteks sosiokultural yang memerlukan sedikit kemampuan akademik, maka anak nampak tidak ada masalah. Namun demikian, anak dengan retardasi mental ringan cenderung akan menemui permasalahan ketika tidak mampu menguasai masalah perkawinan atau mengasuh anak, atau kesulitan klinis, penyebab organik, dan keadaan-keadaan yang terkait. Perbedaan utama adalah pada retardasi mental berat ini biasanya mengalami

kerusakan motor yang menyesuaikan diri dengan tradisi budaya. (WHO,1998.,Prasadio,1976).

2. **Retardasi mental sedang atau *Moderate retardation***

Retardasi mental sedang dikategorikan sebagai retardasi mental dapat dilatih (*trainable*). Karakteristik anak dengan retardasi mental sedang yakni anak mengalami keterlambatan perkembangan pemahaman dan penggunaan bahasa, pencapaian akhirnya terbatas misalnya saja pada pencapaian kemampuan mengurus diri sendiri dan ketrampilan motor juga mengalami keterlambatan, dan beberapa diantaranya membutuhkan pengawasan sepanjang hidupnya. Karakteristik anak retardasi mental sedang jga sangat Nampak dalam hal akademik, dimana kemajuan di sekolah terbatas.Namun demikian, sebagian anak masih bisa belajar dasar- dasar membaca, menulis dan berhitung. (WO,1998., Prasadio,1976)

3. **Retardasi mental berat atau *Severe retardation***

Kelompok retardasi mental berat ini hampir sama dengan retardasi mental sedang dalam hal gambaran bermakna atau adanya defisit neurologis. (WHO,1998., Prasadio,1976)

4. **Retardasi mental sangat berat atau *Profound retardation***

Retardasi mental sangat berat berarti secara praktis anak sangat terbatas kemampuannya dalam mengerti dan menuruti permintaan atau instruksi. Karakteristik anak dengan retardasi mental sangat berat secara umum anak sangat terbatas dalam hal mobilitas, dan hanya mampu pada bentuk komunikasi nonverbal yang sangat elementer.(WHO,1998., Prasadio,1976)

Maramis (2005) dan Prabowo (2014) menuliskan klasifikasi retardasi mental menurut PPDGJ I :

1. Karakteristik retardasi mental ringan (IQ 52-69: umur mental 8-12 tahun), yakni:
 - a. Seseorang yang bersia prasekolah dengan karakterstik tidak tampak sebagai anak retardasi mental, tetapi terlambat dalam kemampuan berjalan, bicara, makan sendiri dan lain- lain.
 - b. Seseorang yang berusia sekolah yang masih dapat melakukan keterampilan membaca dan aritmatik dengan pendidikan khusus, diarahkan pada kemampuan aktifitas sosial.
 - c. Seseorang yang sudah beranjak dewasa yang masih mampu melakukan keterampilan sosial dan vokasional, diperbolehkan menikah tidak dianjurkan memiliki anak, kemampuan psikomotor tidak berpengaruh kecuali koordinasi.
2. Karakteristik retardasi mental sedang (IQ 50-55: umur mental 3-7 tahun), yakni :
 - a. Seseorang yang berusia prasekolah yang tampak terlambat pada perkembangan motorik, terutama bicara, respon saat belajar dan perawatan diri.
 - b. Seseorang yang berusia sekolah yang masih dapat mempelajari komunikasi sederhana, berperilaku aman, masih mampu melakukan perilaku dasar kesehatan, serta keterampilan mulai sederhana. Akan tetapi, tidak ada kemampuan membaca dan berhitung.
 - c. Seseorang yang sudah beranjak dewasa yang mampu melakukan aktivitas latihan tertentu, dapat melakukan perjalanan sendiri ketempat yang dikenal, berpartisipasi dalam rekreasi, serta tidak biasa membiayai sendiri.

3. Karakteristik retardasi mental berat (IQ 20-25 s/d 35-40; umur mental <3 tahun),yaitu :
 - a. Seseorang yang berusia prasekolah yang Nampak terlambat secara nyata pada perkembangan motorik, bisa memberi respon dalam perawatan diri tingkat dasar seperti makan, serta kemampuan komunikasi sedikit bahkan tidak ada.
 - b. Seseorang yang berusia sekolah dengan gangguan spesifik dalam kemampuan berjalan, memahami sejumlah komunikasi atau berespon, membantu bila dilatih secara bertahap dan sistematis.
 - c. Seseorang yang telah berusia dewasa melakukan kegiatan rutin dan aktivitas berulang, kemampuan bicara minimal, menggunakan gerak tubuh, serta perlu arahan berkelanjutan dan protektif lingkungan.
4. Karakteristik retardasi mental sangat berat (IQ 20-25 : umur mental sepereti bayi),yakni :
 - a. Seseorang yang berusia prasekolah degan retardasi mental sangat berat sehingga keterlambatan sangat mencolok pada fungsi sensorimotor, hingga butuh perawatan total.
 - b. Seseorang yang berusia sekolah, maka orang tersebut Nampak sangat terlambat secara nyata disemua area berkembang, tangan dan rahang butuh pengawasan pribadi, usia mental bayi muda, memperlihatkan respon emosional dasar, keterampilan latihan kaki.
 - c. Seseorang yang telah berusia dewasa mungkin biasa berjalan, butuh perawatan total biasanya diikuti dengan kelainan fisik.

4.3 Faktor Penyebab Retardasi Mental

Onyekuru dan Njoku (2012) menyatakan retardasi mental dapat terjadi karena beberapa faktor penyebab antara lain adanya gangguan pada fase prenatal, perinatal maupun fase postnatal. Tingkat keparahan gejala dan usia saat pertama kali muncul tergantung pada penyebabnya. Devenport (Efendi, 2008) merincikan berbagai faktor penyebab retardasi mental yakni: (1) terjadinya kelainan atau ketunaan yang dihasilkan selama penyuburan telur, (2) terjadinya kelainan atau ketunaan yang timbul pada benih plasma, (3) terjadinya kelainan atau ketunaan yang dikaitkan dengan implantasi, (4) terjadinya kelainan atau ketunaan yang timbul dalam embrio, (5) terjadinya kelainan atau ketunaan yang timbul pada masa bayi dan kanak-kanak, (6) terjadinya kelainan atau ketunaan yang timbul dalam janin, dan (7) terjadinya kelainan atau ketunaan yang timbul dari luka saat kelahiran. Selain itu, penyebab lain yang dapat mengakibatkan retardasi mental yakni (1) radang otak, (2) gangguan psikologis, (3) faktor hereditas, dan (4) pengaruh kebudayaan (Kirk & Johnson dalam Efendi, 2008)

Rini Hildayani (2013) menyatakan faktor-faktor penyebab retardasi mental secara umum dapat terjadi karena faktor genetik, biologis non keturunan dan lingkungan, sebagai berikut ;

a. Faktor genetik

Keterbelakangan mental merupakan suatu bentuk kelainan akibat adanya sebuah kromosom tambahan pada pasangan ke-21 dari autosom (pasangan yang normal). Kondisi tersebut berlangsung sejak seseorang berada pada masa konsepsi. Terjadi kelainan kromosom karena penambahan atau pengurangan suatu kromosom, sehingga terjadi kelainan secara fisik maupun fungsi-fungsi kecerdasannya.

b. Lingkungan

Penolakan orang tua dapat menjadi penyebab retardasi mental. Hal tersebut menyebabkan anak yang ditolak keberadaannya oleh orang tuanya sangat mungkin memperoleh perlakuan yang tidak layak atau bahkan minim stimulasi yang dapat mempengaruhi kurang optimalisasi perkembangannya. Demikian pula karena keadaan ekonomi keluarga yang sangat kekurangan sehingga anak tidak mendapat fasilitas untuk stimulasi perkembangannya, misalnya pendidikan formal, ketersediaan mainan, atau buku-buku pelajaran.

c. Biologis non-keturunan

Retardasi mental yang terjadi karena biologis non keturunan antara lain gizi buruk yang menimpa ibu, radiasi sinar x, obat-obatan dan faktor rhesus.

Anak yang menderita Retardasi Mental sulit beradaptasi dalam kehidupan sehari-hari karena kurangnya kemampuan mental dan keterampilan adaptif yang diperlukan dalam menjalankan kehidupan sehari-hari, seperti sulit dalam bersosialisasi bahkan sulit dalam merawat diri sendiri. Anak dengan retardasi mental dapat mempelajari suatu hal yang baru, akan tetapi prosesnya lebih lambat daripada anak normal lainnya.

4.4 Penanganan Siswa dengan Retardasi Mental

Anita dan Jannah (2012) mengemukakan stimulasi yang diberikan oleh orangtua dapat membantu dalam meningkatkan perkembangan anak. Orangtua memiliki pengaruh yang besar bagi tumbuh kembang anak, salah satunya bagi tumbuh kembang anak yang mengalami retardasi mental. Pemberian stimulasi dapat dilakukan dengan cara latihan bermain-main bersama anak. Dengan demikian, anak akan memperoleh

stimulus yang lebih terarah, sehingga anak berpeluang lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang memperoleh stimulus.

Marsh (Stuart & Laraia 2005) menyatakan aktivitas program psikoedukasi untuk keluarga dapat meningkatkan informasi kepada keluarga tentang pendidikan ataupun keterampilan untuk anak retardasi mental yang masih dapat diberikan kepada anak sesuai kemampuannya. Selain itu, penanganan siswa retardasi mental dapat ditekankan pada pengembangan keterampilan bersosialisasi dan aktivitas bantu diri sederhana baik di rumah ataupun di sekolah. Terdapat beberapa cara yang dapat ditekankan oleh guru di sekolah pada siswa yang mengalami retardasi mental ringan (Rini Hildayani, 2013) yakni:

1. Kenalkan materi pelajaran yang baru dengan perlahan-lahan. Guru perlu memastikan bahwa anak memahami yang disampaikan. Guru juga perlu memberi kesempatan berlatih secara langsung, serta siswa diminta untuk mengulangi materi yang penting beberapa kali.
2. Dalam memberikan instruksi atau keterangan, hendaknya guru membantu siswa untuk memusatkan perhatiannya terlebih dahulu pada apa yang akan disampaikan oleh guru.
3. Keterangan yang disampaikan hendaknya diterangkan dalam bentuk yang nyata secara bertahap.

Prabowo (2014) menyatakan Imemberikan Latihan keterampilan kepada anak yang mengalami retardasi mental akan jauh lebih sulit dari pada anak-anak lain seusianya yang tidak mengalami kebutuhan khusus. Hal tersebut salah satunya disebabkan karena perhatian anak retardasi mental mudah sekali tertarik pada hal-hal yang lain. Harus di usahakan untuk mempertahankan perhatian anak retardasi mental melalui penggunaan media yang mampu merangsang pancaindra,

misalnya dengan alat permainan yang berwarna atau yang berbunyi, dan semuanya harus konkret, artinya dapat di lihat, didengar dan diraba. Prinsi-prinsip ini yang mula-mula dipakai oleh Froebel dan Pestalozzi, hingga sekarang masih digunakan di taman kana-kanak. Anak retardasi mental diajari membuat gedung-gedung, jembatan, menara dan sebagainya dengan blok-blok, kemudian baru membaca, menulis, dan berhitung. Selanjutnya diberi pelajaran yang praktik dan yang tidak memerlukan intelegensi yang tinggi, seperti menjahir, membuat keranjang, membuat keset dan alat-alat dari kayu (Maramis, 2009). Latihan yang dapat diberikan kepada anak retardasi mental antara lain (Maramis, 2009) :

- a. Latihan di rumah, misalnya saja pelajaran-pelajaran mengenai makan sendiri, berpakaian sendiri, kebersihan badan kebersihan gigi, dan lain sebagainya.
- b. Latihan di sekolah yang penting dalam hal ini ialah perkembangan keterampilan sosial.
- c. Latihan teknis yang diberikan sesuai dengan minat, jenis kelamin dan kedudukan sosial. Misalnya saja, anak laki-laki pria dilatih melakukan aktivitas sederhana di peternakan, pertanian, pekerjaan administrasi, tukang sepatu, tukang kaya, percetakan, penjahit, dan sebagainya. Pada anak perempuan misalnya saja tukang masak, penjahit, dan sebagainya.
- d. Latihan moral, misalnya saja anak diberitahukan hal yang baik dan yang buruk, setiap pelanggaran dan konsekuensinya, kedisiplinan, penghargaan/hadiah dan human bagi yang melanggar kedisiplinan, Hukuman dapat berupa : dimarahi, tidak diberikan makan yang disukai, larangan bermain untuk sementara waktu, dan sebagainya. Hadiah dapat berupa mainan, makanan, kata-kata pujian, dan sebagainya. Selain itu, perhatian dari orang tua, saudara, dan keluarga juga diperlukan untuk mampu membentuk moral anak.

4.5 Kesimpulan

Retardasi mental adalah salah satu karakteristik anak berkebutuhan khusus yang ditandai dengan kecerdasan anak yang berada jauh di bawah rata-rata dan adanya keterbatasan intelegensi serta ketidakcakapan dalam interaksi sosial (T. Sutjihati Somantri, 2007). Zigler (Santrock, 2004) juga mendefinisikan retardasi mental sebagai anak dengan kemampuan yang terbatas atau tidak cukup fungsi intelektual. Kondisi retardasi mental tampak dari terhambatnya perkembangan fungsi kognitif dan sosial, sehingga berpengaruh pada semua tingkat inteligensi, baik kemampuan kognitif, bahasa, motorik, maupun kemampuan sosialnya (Wenar, 2006).

WHO, Geneva tahun 1994 (Sularyo & Kadim, 2000) menyatakan bahwa retardasi mental dapat diklasifikasikan menjadi 4 golongan yakni : *Mild retardation* (retardasi mental ringan) dengan *IQ* 50- 69., *Moderate retardation* (retardasi mental sedang) dengan *IQ* 35-49, *Severe retardation* (retardasi mental berat) dengan *IQ* 20- 34., dan *Profound retardation* (retardasi mental sangat berat) dengan *IQ* <20 .

Onyekuru dan Njoku (2012) menyatakan retardasi mental dapat terjadi karena beberapa faktor penyebab antara lain adanya gangguan pada fase prenatal, perinatal maupun fase postnatal. Tingkat keparahan gejala dan usia saat pertama kali muncul tergantung pada penyebabnya. Rini Hildayani (2013) menyatakan faktor-faktor penyebab retardasi mental secara umum dapat terjadi karena faktor genetik, biologis non keturunan dan lingkungan, sebagai berikut ;

Anita dan Jannah (2012) mengemukakan stimulasi yang diberikan oleh orangtua dapat membantu dalam meningkatkan perkembangan anak. Orangtua memiliki pengaruh yang besar bagi tumbuh kembang anak, salah satunya bagi tumbuh kembang anak yang mengalami retardasi mental. Pemberian

stimulasi dapat dilakukan dengan cara latihan bermain-main bersama anak. Dengan demikian, anak akan memperoleh stimulus yang lebih terarah, sehingga anak berpeluang lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang memperoleh stimulus.

DAFTAR PUSTAKA

- Efendi, M. 2008. Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan. Jakarta : PT. Bumi Aksara.
- Hildayani, Rini dkk. 2013. Penanganan Anak Berkelainan. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Jannah, Miftakhul & Anita, Nur 2012. *Pengalaman orangtua yang mempunyai anak retardasi mental di kota pekalongan*. Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, skripsi.
- Khoiri, Hadil. 2012. Penerimaan Orang Tua terhadap Anak Retardasi Mental Ditinjau dari Kelas Sosial. *Developmental and Clinical Psychology 1 (1) Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia*
- Lumbantobing, S.M. 2001. Anak Dengan Mental Terbelakang. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Mangunsong, F. 1998. Psikologi & Pendidikan Anak Luar Biasa. Jakarta : Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran & Pendidikan Psikologi (LPSP3) UI.
- Maramis, W.F. 2005. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maramis. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga.
- Muhith, A. 2015. Pendidikan Keperawatan Jiwa(Teori dan Aplikasi). Yogyakarta: Andi.
- Mustikawati, Neti, Anggorowati, Diana, & Mugianingrum, Okky Eka. 2015. Kemampuan Sosialisasi Anak Retardasi Mental *Jurnal Ilmu Kesehatan (JIK) Vol VIII, No 2, September 2015 ISSN 1978-3167*.
- Muttaqin, Arif 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan Dengan Klien Gangguan System Persyarafan*. Salemba Medika. Jakarta.

- Onyekuru, D. U. B., Njoku, J. 2012. Classroom Management Of Mental Retardation. *International Journal of Learning & Development*, ISSN : 2164-4063, Volume 2 No.5.
- Prabowo,Eko. 2014. Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prasadio.1976. Prasadio T. Gangguan psikiatrik pada anak-anak dengan retardasi mental. Disertasi. Surabaya: Universitas Airlangga, 1976.
- Ramelan W. 1992.Tuna grahita bawaan: latar belakang genetik dan deteksi dini pada orangtua. Disampaikan pada seminar sehari jangan sampai anakku tuna grahita, Jakarta, 21 November.
- Stuart, G., and Laraia, M. 2005.The Principle and Practise of Psychiatric Nursing. Elsevier Mosby, St Louis Missouri.
- Sularyo,Titi Sunarwati,&Kadim,Muzal.2000. Sari Pediatri, Vol.2., No.3, Desember 2000:170-177.
- Santrock, John W. 2004. Educational Psychology. New York: McGraw-Hill.
- Somantri, T. Sutjihati. 2007. Psikologi Anak Luar Biasa. Bandung: Refika Aditama.
- Valente M, Tarjan G. 1974.Etiology factors in mental retardation. *Psychiatric Ann Repr* 1974:8-14.
- Wenar. C. & Kerig, P.(2006. *Developmental Psychopatology. From Infancy to Adolescence*. Fifth edition. New York: Mc. Graw Hill Inc.
- WHO. 1998.Primary prevention of mental neurological and psychosocial disorders. Geneva, WHO 1998.

BAB 5

KESULITAN DALAM BELAJAR (*LEARNING DISABILITIES*)

Oleh Nurmawati

5.1 Pengertian Kesulitan Belajar (*Learning Disabilities*)

Pada dasarnya *Learning Disability* adalah istilah kesulitan belajar yang merupakan ketidakmampuan dalam proses belajar. Pengertian lain yang memiliki arti yang sama adalah kesulitan belajar dan perbedaan belajar. Semua istilah ini memiliki arti dan makna yang berbeda. Istilah yang digunakan dengan perbedaan belajar memiliki makna positif, sedangkan dari sudut pandang lain, ketidakmampuan belajar mencerminkan situasi faktual. Untuk memudahkan kita dalam memahami berbagai istilah di atas, ditarik suatu kesimpulan dengan pengertian kesulitan belajar atau ketidakmampuan belajar. Kesulitan belajar memiliki beberapa definisi diantaranya yaitu :

Tabel 5.1 Definisi Kesulitan Belajar

"Hallahan, Kauffman, dan Lloyd (1985)"	Ketidakmampuan belajar adalah masalah bersifat psikologis yang dialami pelajar dalam memahami dan menggunakan bahasa lisan maupun tulisan. ini sering terlihat dan terlihat pada seseorang dengan masalah pendengaran, dalam berpikir, mengatakan sesuatu atau berbicara, membaca dan menulis,
--	--

	mengeja, dan berhitung.
“Hammill (1981)”	Kesulitan belajar merupakan gangguan belajar dengan berbagai macam masalah yang dihadapi anak Ketika kegiatan belajar berlangsung, seperti menyimak, berdialog, membaca, menulis, menalar, dan berhitung. Gangguan ini merupakan masalah yang bersumber dari dalam diri anak dan menjadi penyebab ketidakberfungsian sistem saraf pusat dengan baik dan normal.
“ACCALD (<i>Association Committee for Children and Adult Learning Disabilities</i>) dalam Lovitt, (1989)”	Kesulitan belajar merupakan suatu keadaan kritis yang diperkirakan berasal dari gangguan neurologis, menghambat berkembangnya kapasitas dalam menyalurkan potensi dan kemampuan berbahasa secara verbal maupun nonverbal.
“NJCLD (<i>National Joint Committee of Learning Disabilities</i>) dalam Lerner, (2000)”	Kesulitan belajar merupakan kesukaran yang dialami pelajar dalam mendengarkan, berbicara, membaca, menulis, dan berhitung. Keadaan tersebut tidak didasarkan pada cacat fisik atau mental, juga bukan disebabkan oleh pengaruh faktor lingkungan, ini merupakan faktor kesulitan dari dalam diri sendiri ketika melakukan aktivitas, menanggapi atau memberikan informasi tentang segala sesuatu yang dilakukannya.

Sumber: <https://media.neliti.com>

Dari berbagai definisi yang telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa kesulitan belajar memiliki berbagai masalah yang dialami pelajar dalam berbicara, mendengarkan, menulis, membaca, dan berhitung yang disebabkan oleh pemicu internal dari dalam individu yang terdapat dalam dirinya, yaitu gangguan pada otak minimal. Kesulitan belajar tidak didasarkan pada faktor eksternal seperti fasilitas belajar, lingkungan belajar dan sekitarnya, sosial, budaya, dan lain-lain. Kesulitan belajar ini tidak terlihat dengan jelas bahkan sering tidak disadari oleh orang tua dan lingkungan sekitarnya yang juga disebut dengan “hidden handicap” karena bukan cacat fisik. Kesulitan ini sering kali tidak dipahami oleh orang tua dan guru, akibatnya anak yang mengalami kesulitan belajar sering diidentikkan dengan underachiever, aneh, malas. Dengan pencapaian belajar dibawah kemampuan anak-anak yang normal. Anak-anak ini mengalami perasaan terasingkan, sedih, marah, cemas, frustrasi, depresi dengan keadaan mereka (Harwell, 2001).

5.2 Faktor Penyebab Kesulitan Belajar

Faktor- faktor yang menjadi pemicu kesulitan belajar antara lain faktor internal dan eksternal Westwood (2004); menyebutkan faktor-faktor yang menyebabkan kesulitan belajar sebagai akibat dari pengaruh-pengaruh sebagai berikut:

- a. Faktor keturunan/bawaan Ketika lahir
- b. Gangguan padasaat kehamilan, lahir prematur ataupun pra melahirkan
- c. Kondisi janin yang tidak mendapatkan asupan oksigen atau nutrisi/makanan yang cukup, ibu yang memiliki kebiasaan merokok, mengkonsumsi obat-obatan (narkoba), atau minum minuman beralkohol selama kehamilan.
- d. Trauma pasca melahirkan, seperti demam tinggi, kepala terbentur, atau tenggelam.

- e. Infeksi telinga berulang pada masa bayi atau balita. Anak-anak dengan kesulitan belajar biasanya memiliki sistem kekebalan yang lemah dan lemah.
- f. Selama masa kanak-kanak selalu berhubungan atau berinteraksi dengan aluminium, arsenik, merkuri/merkuri, atau neurotoksin lainnya.

Penelitian menunjukkan bahwa apa yang terjadi dari tahun ke tahun sejak lahir hingga usia 4 tahun adalah masa kritis yang memengaruhi pembelajaran di masa depan. Perangsangan pertumbuhan pada masa bayi dan kondisi social budaya juga sangat berdampak terhadap kondisi belajar anak. Sejak lahir sampai usia 3 tahun, misalnya, anak belajar bahasa dengan mendengarkan lagu atau menyanyi, berbicara dan berinteraksi dengan anak, atau membacakan cerita dan dongeng kepada mereka. Ada situasi di mana interaksi jarang terjadi, yang dapat menyebabkan kurangnya keterampilan fonologis anak yang dapat menyulitkan anak-anak untuk membaca (Harwell, 2001). Selain itu, Kirk & Ghallager (1986) menjelaskan penyebab atau faktor yang mempengaruhi kesulitan belajar, antara lain:

Tabel 5.2 Penyebab Kesulitan Belajar

No	Penyebab	Contoh
1	Faktor Disfungsi Otak	Penelitian tentang disfungsi otak merupakan salah satu ketidakfungsian otak yang mulai diteliti oleh para ahli salah satunya adalah seorang ahli dari amerika serikat yang bernama Alfred Strauss pada akhir tahun 1930-an menjelaskan hubungan bahasa, hiperaktif, gangguan persepsi

No	Penyebab	Contoh
		<p>dengan ketidakfungsian otak. Penelitian ini berkembang selanjutnya pada bidang neuropsikologi yang menitikberatkan penelian pada perbedaan belahan otak. Belahan otak kiri dikaitkan dengan kemampuan linguistik berurutan atau kemampuan verbal; Belahan otak kanan dikaitkan dengan kerja atau fungsi otak yang berhubungan dengan pendengaran termasuk suara yang tidak berarti, melodi, aktivitas nonverbal, dan tugas visual-spasial, hal ini semua menurut Wittock dan Gordon. Harness, Epstein, dan Gordon dalam penelitiannya mendukung temuan hasil penelitian sebelumnya yaitu: aktivitas anak-anak dengan kesulitan belajar akan menjadi lebih baik, Ketika aktivitas yang mereka lakukan berhubungan dengan fungsi otak kanan, dan sebaliknya dapat menjadi lebih buruk, ketika melakukan aktivitas yang berhubungan dengan fungsi otak kiri. Gaddes mengemukakan bahwa 15% anak yang mengalami disfungsi</p>

No	Penyebab	Contoh
		sistem saraf pusat itu menjadi underachiever (dalam Kirk & Ghallager, 1986).
2	Faktor Genetik	Hallgren melakukan penelitian di Swedia dan menemukan bahwa, faktor keturunan menentukan ketidakmampuan membaca, menulis, dan mengeja di antara orang-orang yang didiagnosis dengan disleksia. Disleksia pada kembar identik dan kembar non-identik yang menemukan bahwa frekuensi disleksia pada kembar identik lebih banyak dibandingkan pada kembar non-identik sehingga ketidakmampuan membaca, mengeja, dan menulis merupakan sesuatu yang diturunkan.
3	Faktor Lingkungan dan Malnutrisi	Rendahnya stimulus-stimulus dari lingkungan dan kurangnya atau terbatasnya nutrisi (malnutrisi) yang terjadi pada awal kehidupan seseorang, merupakan dua hal ini saling berkaitan dan dapat berdampak kepada kesulitan belajar pada anak. gizi buruk pada usia dini akan berdampak terhadap perkembangan sistem saraf pusat sehingga akan

No	Penyebab	Contoh
		mengganggu perkembangan anak dan menyebabkan terjadinya kesulitan dalam belajar bagi anak tersebut.
4	Faktor Biokimia	Pengaruh pemakaian bahan kimia ataupun obat-obatan juga berpengaruh kepada kesulitan belajar. Walaupun hal ini masih menjadi kontroversi, obat perangsang yang digunakan terus-menerus akan mempengaruhi hormon sehingga terjadi kurangnya stimulus yang diberikan oleh saraf.

Sumber: Kirk & Ghallager (1986)

5.3 Karakteristik Kesulitan Belajar

Dari beberapa definisi ahli tentang kesulitan belajar dan factor-faktor yang mempengaruhinya, maka ada beberapa karakteristik kesulitan belajar, yaitu:

a. Gangguan Internal

Pemicu munculnya kesulitan belajar bersumber dari faktor internal, yaitu pemicu yang berasal dari dalam diri anak itu sendiri. Anak-anak yang mengalami gangguan pemusatan perhatian menyebabkan terhambatnya kemampuan persepsi mereka terhadap sesuatu hal. Kemampuan perseptual tersebut, yaitu terdiri dari: proses memahami sesuatu hal yang diamati atau dilihat (persepsi visual), proses memahami sesuatu yang didengar (persepsi auditori), dan proses memahami objek yang disentuh dan

dinamis (persepsi kinestetikl). Faktor pemicu internal ini menjadi penyebab munculnya kesulitan belajar, sedangkan factor pemicu eksternal yang berasal dari luar diri anak dan lingkungan sekitarnya, seperti lingkungan keluarga, lingkungan bermain, lingkungan sekolah, fasilitas, budaya, dan lain-lain. Anak tunagrahita memiliki potensi kecerdasan normal bahkan ada yang meliki kecerdasan diatas rata-rata, walaupun terjadi kesenjangan antara potensi dan prestasi yang dimiliki anak. Kesenjangan itu terjadi antara potensi mereka dan prestasi yang mereka tampilkan, sehingga mereka memiliki prestasi akademik yang rendah. Kesenjangan ini muncul pada ketidakmampuan belajar akademik tertentu, anantara lain: disleksia (ketidakmampuan membaca), disgrafia (ketidakmampuan menulis), dan diskalkulia (ketidakmampuan berhitung).

b. Kondisi Tidak Ada Gangguan Mental ataupun Fisik

Anak yang mengalami masalah atau kesulitan belajar pada anak yang tidak memiliki gangguan mental ataupun fisik, mereka memiliki gangguan belajar dari aspek lain. Kondisi kesulitan belajar yang mereka alami berbeda dengan kondisi anak tuna grahita, mereka mengalami masalah belajar seperti berikut ini:

- 1) Retardasi Mental yang dialami oleh anak tunagrahita dengan kecerdasan antara 50-70. Keadaan ini menghambat adaptasi sosial yang bersifat permanen sehingga pencapaian akademik mereka terhambat.
- 2) Anak Lambat Belajar Lambat belajar adalah anak yang memiliki potensi kecerdasan yang terbatas, sehingga proses belajarnya menjadi lambat. Tingkat kecerdasan mereka sedikit di bawah rata-rata dengan IQ antara 80-90. Keterlambatan belajar mereka merata di semua mata pelajaran. Anak lamban belajar disebut anak garis batas ("ambang"), yang berada di antara kategori kecerdasan rata-rata dan kategori keterbelakangan mental.

- 3) Masalah Belajar Anak bermasalah belajar (*learning problem*) merupakan gangguan yang terjadi pada anak sehingga mereka mengalami permasalahan – permasalahan dalam belajar yang datang dari luar diri anak (eksternal). Faktor pemicu ini bersifat eksternal yang bersumber dari beberapa kondisi yang berbeda, seperti: lingkungan keluarga, lingkungan sekitar, fasilitas belajar di sekolah maupun di rumah, dan lainnya. Keadaan ini bukanlah permanen hanya bersifat sementara yang mempengaruhi pencapaian prestasi belajar akan tetapi keadaan ini bisa diperbaiki dengan mengatasi lebih cepat hambatan-hambatan eksternal yang mereka alami.

5.4 Klasifikasi Kesulitan Belajar

Kesulitan Belajar Perkembangan (Pra-akademik)

Kesulitan belajar perkembangan ini meliputi :

- a. Gangguan Perkembangan Motorik (*Movement*) Gangguan ini merupakan masalah yang terdapat pada kemampuan dalam melakukan suatu gerakan dan penguasaan gerakan saraf ataupun koordinasi gerak. Bentuk-bentuk gangguan perkembangan saraf gerak ataupun motorik antara lain; motorik gerakan berlimpah atau Gerakan canggung (motorik kasar), Gerakan jari (motorik halus), pemahaman spasial dan arah (lateralisasi), dan apresiasi tubuh.
- b. Gangguan Perkembangan Sensorik (*Sensing*) Gangguan merupakan permasalahan pada kemampuan dalam mempersepsikan rangsangan dari luar melalui panca indera. Masalah tersebut tersebut meliputi proses pendengaran, perabaan, penglihatan, pengecapan, dan penciuman.
- c. Gangguan *Perceptual Development*

Gangguan yang terjadi pada proses pemahaman terhadap sesuatu hal atau apa yang dirasakan oleh anak.

d. Gangguan Perkembangan Perilaku.

Gangguan dalam kemampuan mengatur dan mengendalikan diri yang bersifat internal dari dalam diri anak.

Kesulitan Belajar Akademik

Kesulitan Belajar akademik terdiri atas:

a. Kesulitan Membaca (Disleksia).

Disleksia atau ketidakmampuan dalam membaca merupakan permasalahan dalam menafsirkan huruf, angka, dan simbol melalui proses persepsi visual dan pendengaran. Hal ini akan berefek terhadap kemampuan membaca dan pemahaman anak.

Adapun bentuk-bentuk kesulitan membaca di antaranya berupa:

- *Addition* (penambahan). Kondisi terjadi Ketika proses menambahkan huruf dalam merangkai satu suku kata, seperti : buku - bukuku, bola-bolaku, makan- dimakan.
- *Omission* (penghilangan), permasalahan ini muncul Ketika anak mengalami proses menghilangkan huruf pada satu suku kata, seperti : berlari – berari, lapar – lapa, disana – diana.
- *Inversion* (Pembalikan kiri-kanan), keadaan dimana anak membalikkan bentuk huruf, kata, ataupun angka dengan arah yang berlawanan dari kiri ke kanan. seperti : palu - lupa; daku – kuda, 3 - μ ; 4 - $\frac{1}{4}$.
- *Reversal* (Pembalikan atas-bawah), masalah ini ketika membalikkan bentuk huruf, kata, ataupun angka dengan arah berlawan dari atas ke bawah. seperti : m – w, u- n, nani - uau; mami – wawi, 6 – 9, 2 - 5.
- *Substitusi* (penggantian), kondisi dimana terjadi Ketika anak mengganti huruf atau angka. Contoh : daku – daki, keledai – kedelai, 3 - 8

b. Kesulitan Menulis (Disgrafia)

Disgrafia merupakan keadaan dimana anak memiliki gangguan yang melibatkan proses menuliskan ataupun menggambar suatu bunyi atau menjadi huruf atau angka. Kesulitan atau gangguan dalam menulis terjadi pada beberapa tahapan kegiatan, yaitu:

- Ejaan, suatu kegiatan yang menyusub urutan huruf-huruf dengan yang baik dan benar dalam ucapan atau tulisan dari kata atau suku kata. Keterampilan yang diperlukan untuk kegiatan mengeja meliputi (1) Kemampuan untuk menguraikan dan menyusun kode atau simbol visual (Decoding), (2) Memori auditori dan visual atau memori terhadap suatu kode atau simbol yang telah diurai sebelumnya dan disusun dalam bentuk kata; untuk (3) memori auditori yang telah disusun dalam bentuk kata kemudian divisualisasikan dalam bentuk kata tertulis.
- Menulis permulaan (tulisan cetak dan tulis berkesinambungan) merupakan kegiatan Menyusun dan membuat gambar lambang-lambang huruf secara tertulis.

c. Diskalkulia atau Kesulitan Berhitung



Gambar 5.1 Kesulitan Belajar dalam Berhitung

(Sumber : [Http://www.sehatq.com](http://www.sehatq.com))

Kesulitan berhitung merupakan suatu masalah yang berkaitan dengan penggunaan bahasa sebagai simbolik untuk berpikir, mencatat, dan membahasakan ide-ide yang berhubungan dengan jumlah atau angka secara kuantitatif. Kemampuan berhitung meliputi dari kemampuan dasar hingga kemampuan lanjutan. Dengan Demikian, kesulitan berhitung dapat dikelompokkan menurut tingkatannya, yaitu:

- Keterampilan dasar berhitung, terdiri dari: (1) Klasifikasi, yaitu kemampuan mengelompokkan benda menurut warna, bentuk, dan ukuran. (2) Membandingkan, yaitu kemampuan seseorang dalam membandingkan ukuran atau kuantitas dua benda atau lebih. (3) Sorting (pengurutan), yaitu kemampuan membandingkan ukuran atau kuantitas lebih dari dua benda. (4) Melambungkan, yaitu kemampuan membuat lambang besaran dalam bentuk angka/ bilangan (0-1-2-3-4-5-6-7-8-9) atau simbol tanda operasi dari sebuah proses berhitung seperti tanda + (penjumlahan), - (pengurangan), \times (perkalian), atau \div (pembagian), < (kurang dari), > (lebih dari), dan = (sama dengan) dan lain-lain. (5) Konservasi, yaitu kemampuan untuk memahami, mengingat, dan menggunakan aturan yang sama dalam proses/operasi aritmatika yang memiliki kesamaan.
- Kemampuan untuk menentukan nilai tempat; Dalam ilmu hitung/matematika, memahami nilai tempat merupakan sesuatu yang penting, karena suatu bilangan ditentukan nilainya oleh urutan atau kedudukan suatu bilangan di antara bilangan-bilangan lainnya.
- Kemampuan menyelesaikan operasi penambahan dengan atau tanpa menggunakan teknik penyimpanan; dan pengurangan dengan atau tanpa menggunakan

teknik peminjaman. Anak yang tidak menguasai tahapan konservasi akan mengalami masalah dalam menyelesaikan operasi aritmatika.

- Kemampuan memahami konsep pembagian dan perkalian yang merupakan kelanjutan dari konsep operasi penjumlahan.
- Kemampuan untuk Menambah dan Mengurangi Bilangan Bulat. Bilangan positif dan negative merupakan bilangan bulat. Secara umum, penambahan bilangan bulat positif dengan bilangan bulat positif lainnya tidak menjadi masalah.

Dari penjelasan-penjelasan sebelumnya. Dapat dipahami bahwa kemampuan berhitung adalah kemampuan bertingkat yang harus dikuasai secara bertahap. Mulai dari tingkat yang paling sederhana yaitu keterampilan dasar (seperti klasifikasi, perbandingan, serialisasi, serta simbolisasi dan konservasi) hingga keterampilan kompleks (bersifat operasional seperti penjumlahan, pengurangan, nilai tempat, operasi aritmatika, perkalian, dan pembagian).

Menurut Kirk & Gallagher (1986), kesulitan belajar dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok besar, yaitu :

a. *Developmental Learning Disabilities*

1. *Attention disorder* (Perhatian).

Anak-anak dengan gangguan perhatian merespon banyak rangsangan yang berbeda-beda. Anak dalam keadaan seperti ini selalu bergerak, dan tidak dapat mempertahankan perhatiannya dalam belajar dengan baik hanya singkat saja, focus belajar mudah teralihkan dengan sesuatu lain yang menarik menurut mereka, dan sulit mengikuti perintah dan arahan untuk focus terhadap sesuatu.

2. *Memory Disorder*

Gangguan memori adalah ketidakmampuan anak dalam mengingat apa didengar dan dilihatnya dan dialaminya. Anak-anak yang mengalami permasalahan dengan memori visual, kemungkinan besar akan mengalami gangguan dalam mengingat kata-kata yang dilihatnya secara visual. Anak-anak yang mempunyai masalah dengan memori pendengarannya juga mengalami hal yang sama pada kemampuan mereka dalam menafsirkan apa yang didengar dalam bentuk ucapan atau lisan.

3. Gangguan pada persepsi visual dan motorik

Gangguan belajar lain juga nak-anak dengan gangguan persepsi visual tidak dapat memahami rambu lalu lintas, panah, kata-kata tertulis, dan simbol visual lainnya. mereka tidak dapat memahami arti gambar atau angka atau memahaminya. Misalnya, seorang anak yang memiliki penglihatan normal tetapi tidak dapat mengenali teman-teman sekelasnya. Dia hanya bisa mengenali ketika orang yang bersangkutan berbicara atau menyebut namanya. Pada anak dengan gangguan persepsi motorik, mereka tidak dapat memahami orientasi kanan-kiri, bahasa tubuh, penutupan visual dan orientasi spasial serta pembelajaran motorik.

4. *Thinking disorder*

Thinking disorder adalah kesulitan dalam operasi kognitif pada pemecahan masalah pembentukan konsep dan asosiasi. *Thinking disorder* berhubungan dekat dengan gangguan dalam berbahasa verbal. Dalam penelitian oleh Luick terhadap 237 siswa dengan gangguan dalam berbahasa verbal yang parah, menemukan bahwa mereka memperlihatkan kemampuan yang normal dalam tes visual dan motorik

namun berada di bawah rata-rata pada tes persepsi auditori, ekspresi verbal, memori auditori sekuensial dan *grammatic closure*.

5. *Language Disorder*

Ini adalah kesulitan belajar yang paling umum dialami oleh anak-anak prasekolah. Biasanya anak-anak ini tidak berbicara atau merespons instruksi atau pernyataan verbal dengan benar.

b. *Academic Learning Disabilities*

Kesulitan belajar akademik adalah kondisi yang menghambat proses belajar membaca, mengeja, menulis, atau berhitung. Disabilitas ini muncul ketika anak-anak tampil di bawah potensi akademik mereka.

5.5 Rekognisi Kesulitan Belajar

Dalam mengatasi kesulitan-kesulitan belajar yang dihadapi oleh peserta didik, terlebih dahulu dengan merekognisi (mengetahui) gangguan belajar yang dialami oleh mereka. Rekognisi pertama dilakukan dengan mengetahui dan memahami karakter siswa untuk mendapatkan informasi-informasi yang berkaitan dengan gangguan belajar yang dialami oleh siswa per individu. Dengan demikian, proses rekognisi dapat mengatasi masalah-masalah yang dihadapi siswa dalam belajar sehingga dapat mengatasi gangguan-gangguan yang dialami oleh peserta didik ketika belajar dan perlakuan yang diberikan oleh guru atau pun pendidik sesuai dengan keadaan mereka. Rekognisi kesulitan belajar dilakukan dengan mengidentifikasi informasi berkaitan siswa dan mengklasifikasikan kesulitan belajar yang dialami anak.

Menurut Harwell (2001) yang menyatakan bahwa pengenalan (rekognisi) kesulitan belajar yang dialami oleh siswa sebaiknya dilakukan oleh semua unsur pembelajaran

disekolah dengan berbagai bidang lkeilmuan yang berbeda-beda , yaitu:

- a. Bimbingan Kaunseling: guru ataupun psikolog yang ditugas oleh sekolah memperoleh informasi berkaitan dengan pribadi anak, perilaku dan kecerdasan anak yang diukur dengat standar alat ukur keduanya, kemahan dan kekuatan anak dalam belajar, dan lingkungan keluarga, sosial, dan budaya.
- b. Guru kelas dan orang tua: mereka berkewajiban memberikan informasi berkaitan tumbuh kembang anak, pengelolaan emosi dan respon social, keterampilan yang dimiliki anak, motivasi mereka dalam belajar, penerimaan sosial, dan penyesuaian emosional, semuanya dapat diukur dan dinilaia dengan skala persepsi berkaitan dengan perilaku anak
- c. Pendidik spesialis untuk anak dengan berkebutuhan khusus: tugas pendidik atau guru ini adalah melihat hasil kerja siswa, mengobservasi siswa dalam belajar dan pada saat mereka bermain, melaksanakan evaluasi anak dengan penilaian akademik dan mendiskusikan kinerja belajar anak dengan guru dan orang tua.
- d. Perawat sekolah: mereka bertugas mengamati kenaikan dan penurunan kesehatan siswa. Hal ini dilakukan dengan cara siswa mendemonstrasikan kegiatan-kegiatan motorik sederhana, melakukan pengujian teradap penglihatan dan pendengaran anak. Apabila didapati permasalahan kesehatan pada anak, maka Langkah selanjudnya perawat berkondultasi dengan dokter.
- e. Administrator sekolah: para staf bagian administrasi di sekolah yang bertugas memfasilitasi rapat-rapat penting antara stakeholder, funding. Pihak lain yang berkaitan dengan kesulitan yang dialami anak, contohnya terapis wicara, terapis okupasi, guru olah raga, pekerja sosial, dan dokter anak.

5.6 Penanganan Dalam Kesulitan Belajar

Perlakuan-perlakuan yang distimulus pada anak-anak yang mengalami gangguan dalam belajar haruslah sesuai dengan hasil diagnosis yang dilakukan oleh secara menyeluruh. Penanganan yang distimulus kepada anak-anak yang mengalami gangguan (kesulitan) belajar antara lain:

Penatalaksana dibidang Medis

Penatalaksana dibidang Medis dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 5.3 Penanganan Kesulitan Belajar

Penyembuhan dengan Obat-obatan	Tahapan penyembuhan melalui pengobatan dilakukan kepada anak yang mengalami gangguan jiwa maupun fisik. Hak tersebut seperti GPPH diberikan obat psikostimulan, seperti Ritalin, dan berbagai kondisi depresi dapat diberikan dengan obat antidepresan , dll.
Penyembuhan Perilaku	Penanganan terhadap gangguan perilaku dapat diatasi dengan terapi perilaku yang dilakukan dengan memodifikasi perilaku anak. Sehingga anak termotivasi untuk melakukan hal-hak positif karena akan mendapat reward langsung dari guru. Sebaliknya, apabila mereka melakukan kegiatan-kegiatan yang bersifat negative, maka mereka harus siap dengan punishment yang akan di berikan oleh guru. Kedua hal tersebut akan menstimulus anak agar dapat bertanggung jawab denga napa yang telah mereka lakukan, selain itu juga

	daapat memotivasi anak untuk terus berperilaku positif dan menjauhi perilaku-perilaku yang memberikan efek negative bagi mereka.
Psikoterapi Suportif	Tindakan ini dilakukan pada anak-anak dan keluarganya. Dengan tujuan untuk memberikan pemahaman lanjut yang berkaitan dengan gangguan-gangguan belajar yang dihadapi anak. Sehingga, hal tersebut dapat memotivasi anak dan orang tua untuk mengatasi kesulitan-kesulitan yang dialami anak Ketika belajar.
Pendekatan Psikososial dan Lainnya	Psikoedukasi guru dan orang tua dilakukan dengan mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan keterampilan social bagi anak.

Sumber: <https://media.neliti.com>

Penatalaksana di bidang Pendidikan

Dalam hal ini terapi yang paling efektif adalah terapi remedial yaitu bimbingan langsung oleh guru yang terlatih dalam mengatasi kesulitan belajar anak. Guru remedial ini akan mengembangkan metode pengajaran yang cocok untuk setiap anak. Mereka juga melatih anak untuk dapat belajar dengan baik dengan teknik belajar tertentu (sesuai dengan jenis kesulitan belajar yang dihadapi anak) yang sangat bermanfaat bagi anak yang mengalami kesulitan belajar.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahman, M. 2003. Pendidikan Anak Berkesulitan Belajar, Jakarta: Depdikbud RI.
- Devaraj, S, Roslan, S. 2006. Apa itu disleksia, panduan untuk ibu bapa, guru, dan kaunselor, dalam S. Amirin (penyunting). PTS Profesional, Kuala Lumpur.
- Frank, R. 2002. The secret life of dyslexic child, a practical guide for parents and educators. The Philip Lief Group, Inc, 2002., Inc, 2002.
- Halahan, Daniel P. & Kaufman, James, M. 1994. Exceptional Children - 9th Edition, Massachuset: Allyn & Bacon.
- Hallhan, D.F., : Kauffman, J.M. ; & Lloyd, J.W. 1985. Introduction to Learning Disabilitis, New Jersey : Prentice-Hall Inc.
- Harwell, Joan M. 2000. Information & Materials for LD, New York: The Center of Applied Research in Education.
- Kirk, S.A, & Gallagher, J.J. (1986). Educating Exceptional Children 5th ed. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Lerner, Janet. 2000. Learning Disabilities - 9th Edition, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Martin, C.A., Colbert, K.K. 1997. Parenting A Life Span Perspective. New York : McGraw-Hill.
- Menkes, J.H, Sarna, J.B, Maria, B.L. 2005. Learning disabilities, dalam: JH.
- Menkes, HB. Sarnat (penyunting). 2005. Child neurology, edisi ke-7. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Peraturan Menteri Pendidikan Nasional No 22, 23, 24 tahun 2006 tentang Standar Isi, Standar Kompetensi Lulusan, dan Pelaksanaan.
- Reid, G. 2004. Dyslexia: A complete guide for parents. John Wiley and Sons, Ltd, England.
- Sally, Shaywitz, Bennett. 2006. Dyslexia, dalam: KF. Swaiman, S. Ashwal, DM. Ferreier (penyunting). Pediatric neurology

- principles and practice, volume 1, edisi ke 4, Mosby, Philadelphia.
- Sunardi, dkk. 1997. Menangani Kesulitan Belajar Membaca, Jakarta: Depdikbud RI.
- Undang-undang No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
- Vallet, Robert E. 1969. Programming Learning Disabilities, California: Fearon Publisher.

BAB 6

GANGGUAN PEMUSATAN, PERHATIAN, DAN HIPERAKTIVITAS (ADHD)

Oleh Sahril Buchori

6.1 Apa Itu ADHD



Gambar 6.1: What is ADHD?
(Sumber: LDA, 2022)

Gangguan pemusatan, perhatian, dan hiperaktivitas juga dikenal dengan istilah ADHD atau *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Anak dapat memenuhi kriteria gangguan pemusatan, perhatian, dan hiperaktivitas ADHD) yaitu kurang perhatian (*Inattention*) atau hiperaktifitas dan impulsive atau mengalami keduanya.

Situasi dan kondisi ini terjadi dalam kurun waktu enam bulan. Sehingga proses tumbuh kembang anak menjadi tidak sesuai dengan tingkat tumbuh kembang diusia yang normal (Widhata dalam Desiningrum, 2016). Oleh karena itu situasi dan kondisi di atas menunjukkan bahwa ADHD merupakan hambatan individu atau anak dalam perilaku yang sulit dalam memusatkan perhatian dan disertai dengan perilaku hiperaktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ADHD memengaruhi aktivitas anak dalam proses belajar atau pendidikannya. Gangguan pemusatan, perhatian, dan hiperaktivitas ini diperkirakan terjadi pada 3% sampai 5% peserta didik, dan merupakan kondisi yang sangat umum

terjadi di kelas. Setidaknya teridentifikasi satu anak di setiap 20 anak, yaitu satu atau dua anak di setiap kelas mungkin memiliki ADHD (National Institute of Mental Health, 2003; Kewley, 2011). Kondisi yang dialami anak ini akan menyebabkan kesulitan di kelas dalam mengikuti proses pembelajaran dengan baik. Sehingga dibutuhkan guru yang memiliki pemahaman yang sangat baik mengenai kondisi tersebut.

Secara umum anak ADHD memiliki ciri atau kebiasaan berupa:

1. Pertentangan yang berlebihan: yaitu anak-anak ini selalu menyalahkan orang lain dan tidak menginginkan kesalahan dilimpahkan kepada mereka, mereka kurang memiliki kemampuan untuk menghormati para guru, mereka secara emosional tidak stabil, mereka sering ingin berdebat, dan mereka menolak permintaan.
2. Gangguan perilaku yang mengganggu: perilaku antisosial seperti seringnya terlibat dalam perkelahian, beradu argumen, melakukan konfrontasi verbal, dan memiliki masalah dengan perilaku yang diperintahkan.
3. Kecemasan atau depresi: pada kondisi tertentu anak-anak merasa bahwa hidup mereka tidak layak untuk dijalani, mereka berharap mereka lebih baik mati saja, sering melakukan perilaku yang melanggar aturan yang berlaku. Mereka juga sering khawatir tentang kesalahan dalam melakukan pekerjaan, bersosialisasi, dan tentang berbagai hal. Ini dapat menyebabkan melukai diri sendiri jika tidak dikelola secara efektif.
4. Kesulitan belajar: Kesulitan belajar yang dialami anak berupa kesulitan membaca, mengeja, matematika, dan bisa jadi pelajaran lainnya. Kesulitan berkonsentrasi khususnya dalam proses pembelajaran.

5. Obsesi: seperti menyimpan barang, ingin memiliki sesuatu begitu saja, memiliki rutinitas dan cara yang terlalu diatur untuk melakukan sesuatu.
6. Kesulitan koordinasi perkembangan (dyspraxia): masalah dengan kesadaran spasial, perencanaan motorik, cengkeraman pensil yang buruk dan masalah dengan kesulitan motorik kasar seperti penangkapan bola atau mengendarai sepeda (Kirby & Drew, 2003).
7. Kesulitan pemrosesan pendengaran: bagi beberapa anak masalahnya bukanlah kesulitan konsentrasi tetapi kesulitan dalam memproses apa yang mereka dengar. Informasi yang diberikan kepada anak terkadang masuk ditelinga yang satu dan keluar ditelinga yang lain, atau dengan kata lain informasi jarang dicerna secara baik.
8. Masalah bicara dan bahasa: kadang-kadang masalah ini terjadi karena masalah pemrosesan pendengaran atau kesulitan dalam mempertahankan apa yang telah didengar atau ingin dikatakan seseorang. Beberapa anak dengan ADHD berbicara dengan sangat cepat dan tidak jelas. Terkadang memiliki masalah terkait kesulitan dalam menyampaikan inti dari pembicaraan.

Menurut Dance dan Plunkett (2012), tanda dan gejala umum ADHD diantaranya: (1) gagal memberikan perhatian yang cermat pada detail atau membuat kesalahan yang ceroboh; (2) anak saat menulis menunjukkan tulisan yang berantakan, bentuk huruf atau kata-kata yang tidak beraturan; (3) mengalami kesulitan mempertahankan perhatian dalam tugas atau kegiatan bermain; (4) kurang mengikuti instruksi dan gagal menyelesaikan tugas sekolah atau tugas; (5) menghindari atau sangat tidak menyukai tugas (seperti tugas sekolah) yang membutuhkan upaya mental yang berkelanjutan; (6) pelupa dalam aktivitas sehari-hari; (7) mengalami kesulitan mengatur tugas dan kegiatan; (8) kehilangan hal-hal yang

diperlukan untuk tugas atau kegiatan seperti alat tulis menulis (pensil, penghapus, buku tugas dan sebagainya); (9) menunjukkan kesulitan dalam melibatkan diri bersama teman-teman saat kegiatan rekreasi. Cenderung melakukan berbagai kegiatan yang menandakan ketidaktenangan; (10) cenderung melakukan berbagai aktivitas dan tidak bisa diam; dan (11) cenderung mengganggu teman-temannya yang lain.

Berbagai perilaku anak ADHD di atas dapat diatasi atau diobati dengan baik. Oleh karena itu sangat penting bagi guru untuk mengenali kondisi anak sejak dini di sekolah, sehingga berbagai strategi yang telah terbukti bermanfaat dapat diterapkan, seperti manajemen perilaku dan pendekatan lainnya.

Anak-anak dengan ADHD umumnya berperilaku sekitar sepertiga lebih muda dari usia kronologis mereka. Ini berarti bahwa seorang anak berusia 17 tahun perlu diperlakukan dengan cara yang sama seperti anak berusia 13 tahun dalam banyak hal. Namun banyak juga anak dengan ADHD, teridentifikasi sangat cerdas, memiliki kekuatan dan kelemahan dalam profil itu, kurangnya kedewasaan, impulsif, dan memiliki keterampilan sosial yang minim.

ADHD adalah kecacatan berbasis biologis yang mengakibatkan kesulitan dalam pendidikan dan perilaku lainnya. ADHD dapat diatasi atau diobati tetapi tidak dapat disembuhkan. Strategi pendidikan dan intervensi guru dapat memiliki efek yang sangat positif bagi anak ADHD; namun, secara khusus anak dengan ADHD akan mengalami kesulitan yang berkelanjutan dalam kehidupan akademis dan sosial mereka terlepas dari semua bantuan yang bisa mereka dapatkan.

Dengan demikian guru yang memiliki pemahaman yang baik tentang ADHD, akan mampu memberikan proses pembelajaran secara efektif. Guru sebelum mulai proses pembelajaran kepada seorang anak, hendaknya dapat

- kesenjangan yang lebih besar dari teman sebaya mereka, dan biasanya memiliki perilaku yang mengganggu dan antisosial.
3. ADHD yang tidak bisa memusatkan perhatian (dikenal sebagai ADD)
Anak-anak ini memiliki Attention Deficit Disorder atau sangat mudah terganggu perhatiannya, tetapi tidak hiperaktif atau impulsif. Mereka biasanya menjaga jarak dari teman-temannya, biasanya suka melamuni. Anak-anak yang mengalami ADD ini memiliki 'tempo kognitif lamban' dan kurang memiliki motivasi.
 4. Gejala ADHD namun tertutupi oleh gejala lain.
Misalnya, pada beberapa anak dengan ADHD, memiliki kesulitan belajar, perilaku oposisional, gangguan perilaku, keterampilan sosial yang buruk, harga diri yang rendah dan kesulitan lainnya. Perilaku tersebut dapat menutupi gejala ADHD yang mendasarinya. Dari semua jenis ADHD, jenis ini sering kurang dikenali. Sehingga terkadang jenis ADHD ini kurang dapat ditangani secara baik karena kurang dapat dikenali (Kewley, 2011).

Alfonso (2022) dan Desiningrum (2016) mengemukakan tentang jenis ADHD, yaitu:

1. Tidak dapat memusatkan perhatian. Anak ADHD dengan tipe ini sangat mudah terganggu perhatiannya, namun tidak hiperaktif atau impulsif. Anak tidak menunjukkan hiperaktif namun seringkali menunjukkan perilaku melamun. Kebanyakan anak pada tipe ini adalah anak perempuan.
2. Hiperaktif dan impulsif. Anak ADHD dengan tipe ini menunjukkan gejala yang sangat hiperaktif dan impulsif, namun tidak bisa memusatkan perhatian. Kebanyakan anak pada tipe ini adalah anak-anak kecil.
3. Tipe gabungan. Anak ADHD dengan tipe ini mudah terganggu perhatiannya, hiperaktif dan impulsif. Kebanyakan anak-anak termasuk dalam tipe ini. Menurut

Asosiasi Psikiater Amerika, tahun 1994, tipe ADHD gabungan ini berdasarkan DSM (*Diagnostic Statistical Manual*) yang diambil dari Manual Diagnostik dan Statistika mengenai Gangguan-gangguan Mental (Baihaqi dan Sugiarmun, 2006).

6.3 Faktor Penting untuk Mengenal Anak ADHD

Mengenal lebih dekat anak-anak dengan ADHD, akan membantu guru dalam memberikan penanganan atau layanan bimbingan dan konseling serta merencanakan proses pembelajaran yang tepat. Faktor penting bagi pendidik atau guru untuk mengenal anak dengan ADHD meliputi:



Gambar 6.3: Recognizing ADHD
(Sumber: NHWS, 2014)

Pertama, penekanan bahwa ADHD dapat menjadi kondisi seumur hidup dan tidak hanya kondisi masa kecil. Persentase yang tinggi dari anak-anak dengan ADHD terus mengalami kesulitan hingga remaja akhir dan dewasa. *Kedua*, pengakuan akan fakta bahwa harus ada pelatihan berkelanjutan tidak hanya untuk praktisi medis tetapi juga untuk guru,

agar dapat mengidentifikasi anak yang memiliki gejala ADHD. *Ketiga*, pengidentifikasian awal mengenai gejala anak yang mengalami ADHD, sehingga diharapkan bagi para guru untuk mendiskusikan kemungkinan rencana pengelolaan strategi dengan anak dan orang tua mereka. *Empat*, partisipasi guru dalam memberikan informasi bagi penilaian dan dalam dukungan berkelanjutan. *Lima*, kebanyakan anak dengan ADHD mengalami kesulitan dalam masa transisi khususnya antara masa sekolah ditingkat pertama (SLTP/SMP dan sederajat) menuju ke sekolah menengah atas (SLTA/SMA dan sederajat).

Selain faktor penting di atas, juga perlu bagi pendidik atau guru untuk mengenal anak dengan ADHD berupa:

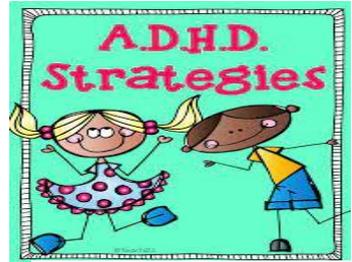
Pertama, anak dengan ADHD biasanya mengalami kesulitan belajar khusus, sehingga perlu dukungan teknik pembelajaran yang kreatif dan inovatif seperti penggunaan teknik pembelajaran terkomputerisasi dan lain-lain. *Kedua*, dukungan untuk perencanaan, organisasi dan manajemen waktu. Banyak anak dengan ADHD memiliki konsep waktu yang sangat buruk dan karenanya sering terlambat. Anak-anak mendapat manfaat dari bantuan dalam manajemen waktu, perencanaan dan organisasi. Memiliki buku harian sekolah dan rumah, sebagai strategi untuk mengingat pekerjaan rumah dan merencanakan berbagai kegiatan atau aktivitas yang akan dilakukan kedepan. *Ketiga*, gangguan perilaku mengganggu. *Keempat*, kesulitan emosional dan perilaku yang berkelanjutan sehingga layanan bimbingan dan konseling atau terapi psikologi dapat sangat membantu. *Kelima*, mengalami harga diri rendah atau demoralisasi yang terus-menerus. Beberapa anak dengan masalah ini lebih memungkinkan terlibat dalam perundungan (bullying) atau menyakiti diri sendiri. *Keenam*, kebanyakan anak memiliki komunikasi sosial yang buruk, minat yang terlalu terfokus, kurangnya empati atau kontak mata yang buruk. *Ketujuh*, mengalami kesulitan merencanakan dan memproses tugas motorik. Kondisi ini dikenal dengan gangguan koordinasi perkembangan atau dikenal dengan istilah *developmental coordination disorder* (DCD) atau istilah yang biasa digunakan yaitu dyspraxia. Anak-anak dengan ADHD hingga 50% memiliki gangguan koordinasi perkembangan atau dyspraxia. Koordinasi motorik yang buruk mempengaruhi banyak aspek kehidupan atau aktivitas sekolah, seperti: lambatnya berpakaian, lambat berganti pakaian untuk olahraga, menjatuhkannya kursi dan gagal bertepuk tangan mengikuti irama lagu sekolah dan sebagainya. Anak-anak dengan ADHD membutuhkan perhatian khusus, yang biasanya

melibatkan perhatian dan penangan yang tepat khususnya dalam proses pembelajaran di kelas (Buitendag & Aronstam 2010 & 2012; Kewley, 2011).

6.4 Strategi Menangani Anak ADHD di Kelas

Strategi yang efektif selalu penting dalam menangani anak dengan ADHD. Bagi guru penting untuk memiliki pemahaman faktual tentang ADHD sehingga mereka dapat menerapkan strategi perilaku yang efektif yang sesuai bagi anak.

Selain guru, tenaga professional lain juga perlu bekerja secara tim dalam membantu menangani anak yang mengalami



Gambar 6.4: ADHD Strategies
(Sumber: Edge L, 2016)

ADHD, seperti guru bimbingan dan konseling, terapis wicara dan bahasa, dan terapis pendidikan lainnya. Berbagai strategi dalam menangani anak yang teridentifikasi memiliki ADHD, berikut ini akan dijelaskan beberapa cara menangani anak ADHD di dalam kelas (Dance dan Plunkett, 2012), sebagai berikut:

1. Izinkan anak untuk sering mengubah tempat untuk mengerjakan tugas baik menyelesaikan tugas dalam proses pembelajaran maupun tugas di rumah.
2. Sebisa mungkin tugas yang diberikan berupa tugas yang melibatkan gerakan tubuh seperti membagikan kertas, menjalankan tugas yang diberikan dan sebagainya.
3. Pada proses pembelajaran dapat menggunakan music sebagai media penyemangat siswa dalam beraktivitas. Namun perlu memilih musik yang tepat sesuai dengan tugas atau pembelajaran saat itu.

4. Guru hendaknya memiliki keterampilan dalam menampilkan variasi nada suara saat proses pembelajaran, seperti menggunakan suara keras, lembut, berbisik, bernyayi secara bergantian dengan tepat.
5. Tugas yang diberikan ke siswa hendaknya diberi tahapan-tahapan dengan pemberian jarak waktu sehingga siswa dapat berselang-seling mengerjakan tugas dan juga beristirahat.
6. Siswa diminta untuk dapat mengungkapkan secara lisan tentang sebuah rencana sebelum memecahkan masalah atau melakukan tugas.
7. Persilahkan anak untuk melakukan sesuatu atau mengerjakan tugas dengan menggunakan tangan sambil terlibat dalam mendengarkan atau mengamati. Seperti: membuat pesawat dari kertas, membuat katak dari kertas, menyusun balok dan sebagainya.
8. Gunakan metode yang tidak mencolok seperti isyarat fisik untuk memberi sinyal kepada seorang anak ketika dia tampak lalai.
9. Memberikan kesempatan bagi siswa untuk menunjukkan pemikiran yang berbeda, kreatif, imajiner dan mendapatkan pengakuan teman sebaya untuk orisinalitas.
10. Menggunakan strategi multi-sensorik dalam proses pembelajaran di kelas.

Strategi guru dalam menangani anak dengan ADHD juga dapat dilakukan dengan cara pengajaran yang interaktif, inovatif, menyenangkan dan memotivasi, tanpa terlalu memaksa anak dengan ADHD untuk melakukan tugas tertentu. Strategi pengajaran harus melibatkan sebanyak mungkin panca indra anak. Empati, rasa humor, kesabaran, percaya pada kemampuan anak juga sangat penting. Tetapkan batasan-batasan untuk anak, baik di dalam kelas maupun di taman bermain. Perlu memperjelas kepada anak agar memahami berbagai

batasan yang perlu atau yang tidak perlu dilakukan atau pada pilihan-pilihan yang telah ditetapkan bersama anak. Sehingga perlu ada aturan tertulis dan secara teratur menunjukkan pedoman dan batasan kepada anak. Jelaskan apa yang dapat diterima dan apa yang tidak. Lakukan secara teratur setiap hari dan rutinitas setiap pekan dan memberitahukan kepada anak bila ada perubahan walaupun perubahan itu kecil ataupun kurang berarti menurut guru. Penggunaan kontrak, daftar dan pengingat juga dapat membantu.

Bersikap adil juga menjadi hal yang sangat penting dilakukan oleh guru. Tidak selalu mengharuskan semua anak diperlakukan sama. Aturan dan harapan mungkin perlu diindividualisasikan, tetapi harus diterapkan secara adil dan konsisten. Ini tidak berarti bahwa anak-anak dengan ADHD tidak harus bertanggung jawab atas tindakan mereka; mereka harus mematuhi aturan, yang telah disesuaikan dengan kebutuhan mereka, dan mampu mencapai apa yang diharapkan dari mereka. Ancaman hukuman sebenarnya sangat kecil pengaruhnya dalam mencegah anak dari melanggar aturan, karena pemahaman mereka tentang sebab dan akibat dapat terbilang minim.

Pengaturan kelas juga menjadi hal yang penting. Ruang kelas terbuka menimbulkan masalah yang cukup besar bagi anak-anak dengan ADHD, memungkinkan mereka untuk mudah terganggu. Anak dengan ADHD perlu duduk di dekat bagian depan ruangan atau bisa ditempatkan di bangku bagian depan. Meningkatkan jarak antar meja juga dapat meminimalkan gangguan. Anak-anak dengan ADHD tampil lebih baik dalam kelas kecil atau situasi yang memungkinkan anak dalam berinteraksi dan beraktivitas di kelas saling berpasangan.

Instruksi harus diulang jika perlu dan diberitahukan dengan jelas dan sering. Hadapi anak-anak, lakukan kontak mata terlebih dahulu dan pertahankan instruksi yang singkat

dan tidak panjang lebar, sesingkat dan sejelas mungkin. Instruksi mungkin perlu diulang dan tertulis. Nyatakan konsekuensi dengan jelas dan adil. Kembangkan sinyal pribadi atau isyarat bagi anak untuk memulai tugas, atau strategi lainnya. Hendaknya menggunakan intruksi dengan kalimat yang positif, seperti “letakkan kaki mu di lantai” dan sebaliknya hindari menggunakan kalimat yang negatif seperti “jangan letakkan kaki mu di atas meja”. Akan lebih berpengaruh menggunakan intruksi dengan kalimat positif ketimbang menggunakan kalimat negative bagi anak dengan ADHD.

Guru hendaknya menelaskan bahwa perilakunya yang tidak dapat diterima, bukan diri anak tersebut. Jangan memberikan instruksi sampai kelas tenang dan semua orang mendengarkan. Banyak anak-anak dengan ADHD memiliki masalah dengan instruksi pendengaran dan bisa jadi mereka memiliki disleksia atau masalah dengan instruksi visual. Oleh karena itu, tuliskan poin-poin penting serta diskusikan kepada anak. Periksa apakah instruksi atau topik telah dipahami juga menjadi sesuatu yang sangat penting (Kewley, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Alfonso, Vincent. 2022. What is ADHD?. *LDA: Learning Disabilities Association of America*. Available at: <https://ldaamerica.org/what-is-adhd/>
- Baihaqi dan Sugiarmim. 2006. Memahami dan membantu Anak ADHD. *Bandung: Refika Aditama*.
- Buitendag, K., Aronstam, M.C. 2010. The relationship between developmental dyspraxia and sensory responsivity in children aged four years through eight years - Part I. *South African Journal of Occupational Therapy*, 40 (3). Pp. 16-20.
- _____ 2012. The relationship between developmental dyspraxia and sensory responsivity in children aged four years through eight years - Part II. *South African Journal of Occupational Therapy*, 42 (2). Pp. 2-7.
- Dance, S.D., & Plunkett, R.L. 2012. The Guide for Inclusive Education. *Maryland: Baltimore County Public Schools*
- Desiningrum, D.R. 2016. Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus. *Yogyakarta: Psikosain*.
- Edge, Learners. 2016. Strategies for Managing ADHD in The Classroom. *Learners Edge*. Available at: <https://www.learnersedge.com/blog/strategies-for-managing-adhd-in-the-classroom>
- Kewley, Geoff. 2011. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: What can Teachers Do?" (3th ed), *London and New York: Routledge Taylor & Francis Group*.
- Kirby, A., & Drew, S. 2003. Guide to Dyspraxia and Developmental Coordination Disorders" (1st ed), *London: David Fulton Publishers*.

- National Institute of Mental Health. 2003. Affects focus attention and behavior and can make learning challenging. *LDA: Learning Disabilities Association of America*. Available at:
<https://ldaamerica.org/disabilities/adhd/#:~:text=ADHD%20is%20not%20considered%20to,to%20receive%20special%20education%20services>.
- Nefri, B. (2018 "Jenis-Jenis ADHD, Gejala, Penyebab dan Pengobatannya. *YPKA: Yayasan Pusat Kemandirian Anak*. Available at: <https://pusatkemandiriananak.com/jenis-jenis-adhd-gejala-penyebab-dan-pengobatannya/#:~:text=Hingga%20tahun%202013%2C%20merujuk%20pada,memiliki%20profil%20otak%20yang%20unik>.
- New Horizons Wellness Services (NHWS). (2014 "Recognizing ADHD Warning Signs in Children. *USA: New Horizons Wellness Services*. Available at:
<https://nhws.us/2014/10/26/recognizing-adhd-warning-signs-in-children/>

BAB 7

GANGGUAN EMOSI DAN PERILAKU

Oleh Nurfitriany Fakhri

Siswa dengan gangguan emosi dan perilaku (tunalaras) biasanya terlibat dalam perilaku (misalnya, agresi verbal, dan fisik; perolehan keterampilan sosial dan defisit kinerja) yang secara negatif memengaruhi kemampuan mereka dalam membangun hubungan dengan teman sebaya dan orang dewasa khususnya dalam pengalaman pendidikan mereka (Cullinan & Sabornie 2004; Gresham dkk. 2004; Walker dkk. 2004). Sehingga, ketika siswa tidak dapat memenuhi tuntutan sosial dan harapan guru untuk meraih keberhasilan di sekolah (Lane et al. 2006), maka, sekolah menjadi tugas yang berat bagi anak tunalaras. Dengan tidak adanya intervensi yang efektif sejak awal, pola perilaku ini akan terus bertahan bahkan mengalami eskalasi, sehingga berbagai upaya intervensi yang diberikan, pada akhirnya akan sulit untuk membantu anak tunalaras berfungsi dengan baik dalam kehidupan sehari-hari (Walker et al. 2004).

Dalam beberapa tahun terakhir, semakin banyak penelitian yang berusaha menganalisis gangguan emosi dan perilaku. Misalnya, siswa yang tunalaras memperoleh nilai yang lebih rendah, cenderung tidak lulus kelas, dan mengalami tingkat putus sekolah yang lebih tinggi daripada siswa biasa dan siswa dengan kecacatan insiden tinggi lainnya (Wagner & Cameto 2004). Meskipun perhatian meningkat pada kebutuhan akademik siswa tunalaras, prestasi akademik mereka, seperti keterampilan perilaku dan sosial mereka, menunjukkan peningkatan yang tidak berarti (Lane et al. 2002). Sayangnya,

hasil buruk ini tidak membaik ketika mereka meninggalkan lingkungan sekolah. Kelompok siswa ini selanjutnya memiliki hasil pekerjaan yang negatif, kesulitan dengan penyalahgunaan zat, dan kebutuhan yang tinggi akan layanan kesehatan mental (Bullis dan Yovanoff 2006; Walker et al. 2004). Mengingat bahwa antara 2% dan 20% populasi usia sekolah kemungkinan besar menderita gangguan emosi dan perilaku, hal ini tidak lagi menjadi masalah kecil dalam dunia pendidikan.

Masalah emosional dan perilaku (tunalaras) atau masalah kesehatan mental pada anak-anak dan remaja telah meningkat di banyak negara selama dekade terakhir (Idris, Barlow & Dolan, 2019). Masalah emosional dan perilaku yang tetap tidak diobati dapat mengakibatkan masalah jangka panjang seperti penarikan diri, kecemasan dan depresi, serta dalam kasus kondisi eksternal seperti gangguan perilaku, pada akhirnya dapat mengakibatkan gangguan psikiatri antisosial (*Antisocial Personality Disorder*) (Robins, 1996). Misalnya, dalam satu studi lanjutan longitudinal terhadap anak-anak yang menghadiri klinik bimbingan, ditemukan hubungan antara masalah perilaku di masa kanak-kanak dan gangguan kepribadian antisosial dewasa (*Antisocial Personality Disorder*) (Loeber, Burkey & Lahey, 2002). Demikian pula, Fergusson, Boden dan Horwood (2009) menemukan bahwa gangguan perilaku berhubungan dengan peningkatan risiko perilaku kriminal, masalah kesehatan mental, penyalahgunaan zat, hubungan dan masalah kesehatan di masa remaja akhir dan dewasa awal. Masalah perilaku masa kanak-kanak juga telah ditemukan meningkatkan risiko cedera pada anak-anak dan remaja (Jokela, Power & Kivimaki, 2009). Gangguan emosi dan perilaku juga dikaitkan dengan masalah pendidikan seperti putus sekolah, dan masalah sosial yang lebih luas seperti kekerasan dalam rumah tangga, kehamilan yang tidak diinginkan dan masalah kesehatan fisik (Kimonis & Frick, 2010). Masalah perilaku yang dimulai pada masa kanak-kanak

awal memiliki stabilitas yang lebih tinggi dan anak-anak tersebut lebih berisiko mengalami masalah di masa depan dibandingkan dengan masalah perilaku yang muncul pada masa remaja (Loeber, Burkey & Lahey, 2002).

Meskipun masalah ini dapat dideteksi pada anak usia dini melalui skrining menggunakan kuesioner psikologis yang divalidasi dengan beberapa informan (Kimonis & Frick, 2010), banyak anak dengan EBD tidak diidentifikasi atau dirujuk ke fasilitas kesehatan mental untuk perawatan (Ramirez-Santana, et al., 2012). Sebuah tinjauan dari 52 studi (Roberts, Attkisson, & Rosenblatt, 1998), menemukan bahwa perkiraan prevalensi EBD berkisar dari sekitar 1% hingga hampir 51% dengan rata-rata 15,8% di negara-negara Barat. Tingkat rata-rata diamati menjadi 8% untuk anak-anak pra-sekolah, 12% untuk praremaja dan 15% untuk remaja.



Gambar 7.1 Contoh perilaku tunalaras
(Sumber : <https://www.slideshare.net/msk1r1ko/children-with-emotional-and-behavioral-disorders>)

7.1 Definisi

Berbagai istilah telah digunakan untuk mendeskripsikan pikiran dan perilaku abnormal atau maladaptif pada individu.

Banyak dari istilah tersebut, seperti penyakit mental dan psikopatologi, pada awalnya diciptakan untuk menggambarkan kondisi orang dewasa dan, sebagian besar, dianggap terlalu menstigmatisasi untuk diterapkan pada anak-anak. Istilah lain yang tidak terlalu menstigmatisasi adalah gangguan emosional, yang dipandang lebih tepat untuk digunakan pada anak-anak, muncul pada akhir tahun 1900-an (Reinert, 1972). Selama periode yang sama, label gangguan perilaku menjadi populer, terutama di kalangan profesional di bidang pendidikan khusus. Hal tersebut dipandang sebagai label yang paling tidak mendiskriminasi anak oleh beberapa orang (Smith, Wood, & Grimes, 1988), tetapi menyesatkan oleh orang lain karena mengabaikan kondisi emosional anak-anak. Meskipun kedua istilah ini relatif menonjol, mereka sama sekali tidak eksklusif, karena berbagai negara memilih terminologi mereka sendiri, seperti cacat emosional, gangguan perilaku, dan sebagainya.

Dalam upaya untuk membawa standar yang seragam untuk semua negara, pada tahun 1988, Koalisi Kesehatan Mental Nasional dan Pendidikan Khusus mengadopsi istilah gangguan emosional dan perilaku (disingkat EBD dalam istilah bahasa Inggris). Istilah ini telah diterima oleh berbagai organisasi profesional. Meskipun memiliki terminologi yang bervariasi, sejarah mencatat adanya upaya yang terus dilakukan oleh semua orang termasuk dalam kalangan pendidikan, untuk memahami kondisi, pikiran, dan perilaku yang saat ini dapat dibedakan ke dalam istilah gangguan mental untuk orang dewasa serta gangguan emosional dan perilaku untuk anak-anak dan remaja.

Mendefinisikan istilah gangguan emosional dan perilaku tampak seperti tugas yang sederhana, tetapi, pada kenyataannya, telah menjadi permasalahan yang cukup pelik terhadap para ahli selama bertahun-tahun karena berbagai alasan. Pertama, pendapat para ahli berbeda dengan pelatihan profesional, pandangan filosofis, dan pengalaman mereka.

Misalnya, seorang psikiater yang berorientasi pada psikoanalisis dan seorang pendidik khusus dapat diharapkan memiliki perspektif yang berbeda tentang apa yang mendefinisikan gangguan emosional dan perilaku. Kedua, para ahli memiliki alasan yang berbeda untuk mengembangkan definisi. Ketiga, istilah gangguan emosional dan perilaku mewakili kategori payung untuk sejumlah kondisi beragam yang menentang definisi sederhana. Akhirnya, definisi istilah yang paling mendasar pun mengundang argumen karena implementasinya tergantung pada penilaian subjektif dari mereka yang menafsirkannya.

Pada tahun 1961, Eli Bower melakukan upaya yang berani untuk mendefinisikan gangguan emosional dan perilaku. Definisinya, yang mengabaikan etiologi, mengandung lima karakteristik, yang satu atau lebih harus ditunjukkan sampai batas tertentu dan selama periode waktu tertentu (Bower, 1961). Karakteristik dan kondisi dalam definisi Bower diterima oleh Departemen Pendidikan AS dan termasuk dalam IDEA. Definisi dalam IDEA menetapkan bahwa gangguan emosional yang serius ditunjukkan oleh perilaku bermasalah di satu atau lebih dari lima area karakteristik (*Assistance to States for the Education of Children With Disabilities*, 1977, 1985, 1991, 1998, 2002):

- a. Ketidakmampuan untuk belajar yang tidak dapat dijelaskan oleh faktor intelektual, sensorik, atau kesehatan
- b. Ketidakmampuan untuk membangun atau mempertahankan hubungan interpersonal yang memuaskan dengan teman sebaya atau guru
- c. Jenis perilaku atau perasaan yang tidak pantas dalam keadaan normal
- d. Perasaan umum atau mood yang menetap dalam bentuk perasaan tidak bahagia atau depresi

- e. Kecenderungan untuk mengembangkan gejala fisik atau ketakutan yang terkait dengan masalah pribadi atau sekolah.

Peraturan federal 1977 berangkat dari karakteristik yang didefinisikan oleh Bower dengan menambahkan kriteria keenam-bahwa masalah perilaku yang diamati harus memengaruhi kinerja pendidikan-dan ditentukan bahwa skizofrenia dimasukkan tetapi penyesuaian sosial tidak termasuk kecuali individu juga memiliki gangguan emosional (Bower, 1981). Tidak ada satu definisi yang diterima secara luas untuk gangguan emosional dan perilaku, tetapi semua definisi mencakup fakta bahwa anak-anak ini memiliki masalah kronis dengan masalah perilaku dan sering menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial (Hallahan, Kauffman & Pullen, 2009).

Karena ketidakpuasan yang meluas, para profesional dari berbagai asosiasi dan kelompok advokasi berkumpul di bawah naungan Koalisi Kesehatan Mental dan Pendidikan Khusus Nasional pada akhir 1980-an untuk mengusulkan definisi baru (Forness & Knitzer, 1992):

- I. Istilah gangguan emosi atau perilaku berarti gangguan yang ditandai dengan respons perilaku atau emosional dalam program sekolah yang sangat berbeda dari norma usia, budaya, atau etnis yang seharusnya, sehingga berdampak buruk pada kinerja pendidikan, termasuk keterampilan akademik, sosial, kejuruan, atau pribadi, dan dimana :
 - a. lebih dari sekadar respons sementara yang diharapkan terhadap peristiwa stres dari lingkungan;
 - b. secara konsisten talem dalam dua setting atau kondisi yang berbeda, setidaknya satu di antaranya terkait dengan sekolah; dan

- c. tetap ada meskipun mendapatkan intervensi individual dalam program pendidikan, kecuali, dalam penilaian tim, sejarah anak atau remaja menunjukkan bahwa intervensi tersebut tidak akan efektif.

Gangguan emosi atau perilaku dapat muncul bersamaan dengan disabilitas lainnya.

- II. Kategori ini dapat mencakup anak-anak atau remaja dengan gangguan skizofrenik, gangguan afektif, gangguan kecemasan, atau gangguan perilaku atau penyesuaian berkelanjutan lainnya ketika mereka mempengaruhi kinerja pendidikan sesuai dengan bagian I.

Di Indonesia sendiri, istilah gangguan emosi atau perilaku, disebut sebagai tunalaras. Istilah ini berangkat dari kata "tuna" yaitu kurang dan "laras" yaitu sesuai. Sehingga, anak tunalaras merupakan anak yang menunjukkan perilaku yang kurang sesuai atau tidak selaras dengan pengharapan dari lingkungannya. Peraturan Pemerintah No. 2 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional, dan PP. No. 71 Tahun 1991 tentang Pendidikan Luar Biasa (1991), menyatakan bahwa:

"Tunalaras adalah gangguan atau hambatan atau kelainan tingkah laku sehingga kurang dapat menyesuaikan diri dengan baik terhadap lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat".

7.2 Perspektif Umum

Perspektif umum gangguan emosi dan perilaku mencerminkan tiga penekanan utama:

1. Perspektif disabilitas

Melihat gangguan emosi dan perilaku sebagai disabilitas terutama mencerminkan sudut pandang medis. Hal ini menekankan adanya kondisi patologis internal yang

menghasilkan perilaku menyimpang. Dari perspektif disabilitas, diagnosis dan pengobatan gangguan emosi dan perilaku difokuskan pada kondisi kausal. Perilaku terbuka yang menyimpang penting dalam mendiagnosis gangguan emosi dan perilaku terutama karena itu adalah gejala yang membantu mengidentifikasi (dan akhirnya mengobati) kondisi kausal yang mendasarinya. Meskipun kondisi yang mendasarinya mungkin penyakit organik atau neurologis, seperti kelainan otak yang ditemukan pada orang yang menunjukkan gejala skizofrenia, kondisi lain juga dapat melibatkan masalah psikologis yang dibentuk oleh lingkungan dan perkembangan. Karena gejala perilaku nyata yang menyimpang mungkin memiliki salah satu dari beberapa penyebab, maka, upaya diagnostik seharusnya tidak hanya dilakukan dengan mengamati dan merekam perilaku tersebut. Beberapa hal lain yang dapat dilakukan adalah melibatkan evaluasi psikiatri, psikologis, dan psiko-neurologis yang ekstensif.

2. Perspektif Penyimpangan

Dari perspektif penyimpangan, EBD ditentukan oleh sejauh mana perilaku individu menyimpang dari norma. Salah satu bentuk penyimpangan melibatkan pelanggaran terhadap aturan sosial. Suatu masyarakat menetapkan aturan atau standar perilaku yang sesuai dan mencerminkan nilai, keyakinan, kepercayaan, dan tradisinya. Aturan tersebut dapat diformalkan dalam undang-undang atau mungkin implisit berupa kriteria yang tidak ditentukan tertulis dalam interaksi sosial. Pada umumnya, setiap anggota masyarakat diharapkan untuk mematuhi aturan tersebut. Terdapat risiko konsekuensi yang bersifat negatif apabila terjadi pelanggaran terhadap aturan, karena dianggap dapat mendatangkan bahaya bagi kesejahteraan masyarakat secara umum. Secara teknis, aturan ditegakkan oleh warga; perilaku setiap warga

negara akan dievaluasi oleh setiap warga negara lainnya. Ketika perilaku terbuka seseorang berada di luar batas yang dianggap pantas, orang tersebut dapat dinilai sebagai gangguan mental atau, dalam kasus anak-anak atau remaja, gangguan emosi atau perilaku. Label-label ini merupakan salah satu yang dapat ditemukan dalam berbagai kategori penyimpangan yang terbentuk (Moynihan, 1993).

Penelitian secara konsisten mengidentifikasi dua dimensi perilaku yang luas. Salah satunya meliputi perilaku bertindak (misalnya, berkelahi, amarah, agresi verbal dan fisik, ketidaktaatan, dan destruktif) dan biasanya diberi label eksternalisasi atau *undercontrolled*. Dimensi kedua meliputi karakteristik seperti kecemasan, depresi, rasa malu, dan penarikan sosial dan diberi label internalisasi atau *overcontrolled*. Setiap individu dapat memiliki masalah yang termasuk dalam kedua klasifikasi tersebut. Sebagai contoh perspektif keterasingan, seseorang dapat menjadi agresif secara tidak normal (eksternalisasi) dan depresi (internalisasi). Selain dua dimensi umum ini, beberapa penelitian telah mengidentifikasi sejumlah sindrom yang lebih spesifik, termasuk perilaku hiperaktif, kenakalan, agresif, skizoid, belum matang secara sosial, dan somatik (Achenbach, 1991).

Dari perspektif penyimpangan, istilah gangguan emosional dan perilaku tidak identik dengan penyakit mental dan ada sedikit perhatian dengan kondisi patologis yang mendasari sebagai penyebab perilaku atipikal atau menyimpang, karena masalah penyebab bukanlah variabel yang mendasari dalam mengidentifikasi gangguan. Gangguan emosional dan perilaku diidentifikasi ketika perilaku berada di luar kisaran perilaku normal yang dapat diterima secara sosial. Umumnya, hal ini terjadi ketika perilaku menyimpang terjadi (a) dengan frekuensi yang berlebihan, (b) dengan konsistensi yang tinggi, dan (c)

berlebihan secara tidak wajar. Terlalu banyak tindakan menyimpang yang ditampilkan dan terlalu sering dalam waktu yang terlalu lama, dapat menandai perilaku seseorang yang berbeda dari norma. Namun, beberapa perilaku yang menyimpang secara dramatis dari norma-norma sosial sehingga satu tindakan dapat mengindikasikan bahwa seseorang memiliki gangguan emosional dan perilaku. Tindakan seperti pembunuhan atau percobaan bunuh diri adalah contoh dari perilaku tersebut. Bahkan dalam kasus-kasus ini, keadaan dapat menunjukkan keadaan normal, seperti pembunuhan yang dapat dibenarkan dan bunuh diri untuk mengakhiri penderitaan.

Karena gangguan emosional dan perilaku ditentukan oleh perilaku yang menyimpang secara sosial, maka gangguan ini bukanlah kondisi yang menetap. Sehingga derajat seseorang mengalami gangguan atau tidak didasarkan pada norma lingkungan sosial dimana orang tersebut berada. Pada kenyataannya, individu yang sama dapat ditafsirkan sebagai mengalami gangguan dalam satu komunitas atau subkomunitas, namun dianggap berfungsi normal di komunitas lain, karena standarnya berbeda-beda. Misalnya, perilaku seperti berkelahi, membolos, penggunaan kata-kata kotor, dan sebagainya, dapat dianggap menyimpang di satu sekolah (subkomunitas) dan dapat dianggap sebagai tipikal di sekolah lain (subkomunitas). Pada skala yang lebih luas, perbedaan geografis seperti kota dan lingkungan membentuk komunitas, dan masing-masing menetapkan kriteria penyimpangan yang dapat menjadi kekhasan dalam komunitas tertentu dan bahkan saling bertentangan dengan komunitas lainnya. Selanjutnya, apakah perilaku dianggap pantas atau tidak pantas dapat bergantung pada variabel demografis seperti usia, jenis kelamin, ras, kelas

sosial, atau pendidikan individu. Juga, jenis perilaku yang dianggap menyimpang berfluktuasi ketika norma-norma sosial dan sikap masyarakat berubah. Tindakan menyimpang hari ini dapat menjadi perilaku yang bisa diterima di masa depan.

Karena perilaku yang tidak pantas secara sosial adalah variabel penting dalam mendefinisikan gangguan emosional dan perilaku, *treatment* individu yang diidentifikasi menekankan pada penanaman pemahaman perilaku yang sesuai secara sosial, termasuk pengajaran mengenai pola-pola perilaku yang lebih dapat diterima dalam suatu interaksi yang terjadi pada kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu, pengobatan tidak hanya bisa dilakukan oleh bidang psikiatri atau komunitas medis tetapi juga dapat dilakukan oleh berbagai individu yang biasanya berinteraksi dengan individu yang mengalami gangguan emosional dan perilaku, termasuk orang tua dan guru. Perawatan tidak terbatas pada rumah sakit atau klinik, tetapi juga dapat dilakukan di berbagai lingkungan, termasuk sekolah dan taman bermain.

3. Perspektif Alienasi

Perspektif ini menekankan aspek positif dari sifat manusia. Pada dasarnya setiap orang dipandang memiliki potensi positif dan sehat, termotivasi untuk memenuhi atau mengaktualisasikan potensi mereka dengan menjalani kehidupan yang konstruktif dan berperilaku dengan cara yang bertanggung jawab secara sosial. Untuk mempertahankan keadaan kesehatan mental yang positif, setiap orang berusaha untuk terlibat dalam kegiatan yang berarti dalam masyarakat yang menyambut kreativitas individu dan memberikan kesempatan untuk aktualisasi diri.

Gangguan emosional dan perilaku berkembang ketika individu frustrasi dalam upaya mereka untuk memenuhi potensi mereka dalam beberapa konteks masyarakat yang sering ditemui dalam hidup. Konteks masyarakat seperti penuh dengan tantangan, yang menyamakan kesuksesan dalam hidup dengan uang dan kekuasaan, menolak kesempatan untuk orang-orang dengan nilai-nilai berbeda, yang menggagalkan kreativitas dengan memaksa orang terus bekerja hingga melelahkan fisik dan psikis orang tersebut, dan penuh dengan dominasi oleh kepentingan sendiri.

Ketika individu menjadi semakin sadar akan keadaan tersebut, Individu akan merasa sia-sia, kesepian, dan terasing dari masyarakat secara keseluruhan dan dapat menunjukkan pemberontakan. Meskipun perilaku individu dapat dianggap atipikal, pada kenyataannya individu tidak mengalami gangguan mental atau terlibat dalam perilaku menyimpang karena mereka belum belajar lebih baik. Perasaan bermasalah yang mereka alami adalah respons yang dapat dimengerti terhadap masyarakat yang materialistik, mekanistik, dan tidak manusiawi. Identifikasi individu-individu ini sebagai orang sakit (perspektif disabilitas) atau menyimpang (perspektif penyimpangan) dari tujuan masyarakat yang tidak manusiawi, seringkali merupakan gambaran dari kelompok minoritas atau termarginalkan.

Intervensi yang efektif dalam perspektif alienasi adalah dengan melibatkan pengakuan terhadap konsep diri termasuk *self-esteem* pada setiap individu dan mengakui nilai persepsi mereka. Perawatan dilakukan oleh para profesional yang menganut sudut pandang humanistik. Fokus yang luas adalah pada kekuatan lingkungan yang mempengaruhi individu. Mengenai masalah relativitas budaya, masalah yang mempengaruhi individu melampaui

budaya tertentu karena masyarakat yang paling dominan berbagi nilai-nilai dasar yang sering tidak manusiawi.

7.3 Faktor Risiko

Terdapat beberapa hal yang umum menjadi faktor risiko dalam perkembangan permasalahan gangguan emosional dan perilaku. Faktor risiko tersebut adalah (Ogundele, 2018):

1. Psikopatologi ibu, atau status kesehatan mental dari ibu. Status tersebut dapat berupa tingkat pendidikan ibu yang rendah. Dapat juga, salah satu atau bahkan kedua orang tua yang memiliki depresi, perilaku antisosial, merokok, tekanan psikologis, *major depression* atau masalah alkohol, kepribadian antisosial, penyalahgunaan zat atau aktivitas kriminal, usia orang tua yang masih remaja, konflik perkawinan, mengalami gangguan atau kekerasan maupun pelecehan pada masa kanak-kanak.
2. Permasalahan masa perinatal. Beberapa faktor risiko yang muncul adalah ibu yang mengkonsumsi alkohol, merokok maupun penggunaan narkoba ketika dalam masa kehamilan, persalinan dini, kesulitan saat hamil, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan masalah pernapasan bayi saat lahir.
3. Hubungan yang buruk antara anak dan orangtua. Pola pengawasan yang buruk dari orangtua, pola mendisiplinkan yang keras dan tidak menentu, ketidakharmonisan orangtua, penolakan terhadap anak, lemahnya batasan dari orangtua, dan rendahnya keterlibatan orangtua dalam berbagai kegiatan anak.
4. Kehidupan keluarga yang bermasalah, yaitu keluarga disfungsional dimana kekerasan dalam rumah tangga, *parenting skill* yang buruk maupun penggunaan obat-obatan terlarang menjadi sumber dari masalah. Hal tersebut pada akhirnya mengarah kepada fungsi psikologis

- orangtua yang dikompromikan, meningkatnya konflik antara orangtua, bentuk kedisiplinan dalam keluarga yang menjadi semakin keras dan tidak konsisten serta menekankan pada fisik, semakin tidak responsif terhadap kebutuhan anak, dan keterlibatan serta dukungan dari orangtua yang semakin berkurang.
5. Konsumsi rokok dalam keluarga, dapat mengakibatkan anak menjadi perokok pasif yang memiliki asosiasi dengan keadaan mental anak yang lebih buruk.
 6. Kemiskinan dan permasalahan sosial-ekonomi lainnya. Tanda-tanda kemiskinan seperti tunawisma, rendahnya status sosial-ekonomi, kepadatan yang berlebihan dan isolasi sosial, serta terpapar racun dari udara, timbal, dan/atau bahan kimia seperti pestisida maupun malnutrisi pada anak, sering mengarah pada perkembangan kesehatan mental yang buruk. Stressor kronik yang berasosiasi dengan kemiskinan seperti menjadi orangtua tunggal, stres dalam kehidupan, kekhawatiran finansial, dan berbagai tantangan hidup yang sedang dialami dapat mempengaruhi fungsi psikologis orangtua, yang akhirnya mengarah pada tingkat distres, kecemasan, marah, gejala depresi dan penggunaan zat terlarang menjadi meningkat sehingga menimbulkan permasalahan yang sangat berat di diri orangtua. Stresor kronik pada anak juga dapat mengarah pada pola perilaku respon reaktif abnormal, dikarakteristikkan dengan kewaspadaan yang berlebihan, reaksi emosional dan rasa ketidakberdayaan.
 7. Waktu munculnya gangguan yang terlalu dini. Anak akan cenderung mengalami perkembangan perilaku antisosial yang lebih kronis dan menetap.
 8. Temperamen anak. Anak yang mengalami kesulitan dalam mengontrol temperamen atau menunjukkan perilaku agresif sejak usia yang sangat dini, akan cenderung mengembangkan gangguan perilaku disruptif pada

- perkembangan usia berikutnya. Iritabilitas, temperamen dan gejala kecemasan yang kronis sebelum usia 3 tahun, diprediksikan akan memunculkan kecemasan, depresi, *oppositional defiant disorder*, dan gangguan fungsional pada masa kanak-kanak akhir.
9. Keterlambatan perkembangan dan cacat intelektual. Hampir 70 persen anak prasekolah dengan EBD memiliki risiko 4 kali lebih besar mengalami hambatan perkembangan dibandingkan populasi umum. Anak dengan keterbatasan intelektual dua kali lebih cenderung untuk memiliki gangguan perilaku dibandingkan anak lain pada umumnya.
 10. Jenis kelamin anak. Anak laki-laki jauh lebih cenderung mengalami beberapa gangguan EBD dibandingkan anak perempuan. Sementara depresi cenderung secara dominan mempengaruhi anak perempuan dibandingkan anak laki-laki.

DAFTAR PUSTAKA

- Achenbach, T. M. 1991. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Assistance to States for the Education of Children with Disabilities, 34 C.F.R. § 300.7 1977.
- Assistance to States for the Education of Children with Disabilities, 34 C.F.R. § 300.7 1985.
- Assistance to States for the Education of Children with Disabilities, 34 C.F.R. § 300.7 1991.
- Assistance to States for the Education of Children with Disabilities, 34 C.F.R. § 300.7 1998.
- Assistance to States for the Education of Children with Disabilities, 34 C.F.R. § 300.7 2002.
- Bower, E. 1961. *The education of emotionally handicapped children*. Sacramento, CA: California State Department of Education.
- Bower, E. 1981. *Early identification of emotionally handicapped children in school* (3rd ed.). Springfield, IL: Thomas.
- Bullis, M., & Yovanoff, P. 2006. Idle hands: Community employment experiences of formerly incarcerated youth. *Journal of Emotional and Behavioral disorders*, 14, 71–85.
- Cullinan, D., & Sabornie, E. J. 2004. Characteristics of emotional disturbance in middle and high school students. *Journal of Emotional and Behavioral disorders*, 12, 157–167.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. 2009. Situational and generalized conduct problems and later life outcomes: Evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9): 1084–1092. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02070.x>

- Forness, S. R., & Knitzer, J. 1992. A new proposed definition and terminology to replace “serious emotional disturbance” in Individuals with Disabilities Education Act. *School Psychology Review*, 21, 12–20.
- Gresham, F. M., Cook, C. R., Crews, S. D., & Kern, L. 2004. Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders: Validity considerations and future directions. *Behavioral disorders*, 30, 32–46.
- Hallahan, D., Kauffman, J., & Pullen, P. 2009. *Exceptional learners: An introduction to special education*. United States of America, NY: Pearson.
- Idris, I.B., Barlow, J. & Dolan, A. 2019. A Longitudinal Study of Emotional and Behavioral Problems among Malaysian School Children. *Annals of Global Health*, 85(1), p.30. DOI: <http://doi.org/10.5334/aogh.2336>
- Jokela, M., Power, C., & Kivimaki, M. 2009. Childhood problem behaviors and injury risk over the life course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12): 1541–1549. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02122.x>
- Kimonis, E.V., & Frick, P.J. 2010. Oppositional Defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(3): 244–254. DOI: <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181d3d320>
- Lane, K. L., Gresham, F. M., & o’Shaughnessy, T. E. 2002. Identifying, assessing, and intervening with children with or at risk for behavior disorders: A look to the future. In K. L. Lane, F. M. Gresham, & T. E. o’Shaughnessy (Eds), *interventions for children with or at risk for emotional and behavioral disorders* (pp. 317–326). Boston: Allyn & Bacon.

- Lane, K. L., Carter, E. W. Pierson, M. R., & Glaeser, B. C. 2006. Academic, social, and behavioral characteristics of high school students with emotional disturbances and learning disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral disorders*, 14, 108–117.
- Loeber, R., Burke, J.D., & Lahey, B.L. 2002. What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Criminal Behavior and Mental Health*, 12: 24–36. DOI: <https://doi.org/10.1002/cbm.484>
- Moynihan, D. P. 1993. Defining deviancy down. *American Scholar*, 62(1), 17–30.
- Ogundele M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9–26. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9>
- Peraturan Pemerintah (PP) tentang Pendidikan Luar Biasa. 1991. LN. 1991, LL Setkab : 21 HLM
- Reinert, H. 1972. The emotionally disturbed. In B. Gearheart (Ed.), *Education of the exceptional child* (pp. 419–451). San Francisco: Intext.
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. 1998. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *The American journal of psychiatry*, 155(6), 715–725. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.715>
- Robins, L.N. 1996. Deviant children grown up. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5(Suppl): 44–6. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00538543>
- Ramírez-Santana, G.M., et al. 2012. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 265–279.

- Smith, C. R., Wood, F. H., & Grimes, J. 1988. Issues in the identification and placement of behaviorally disordered students. In M. C. Wang, M. C. Reynolds, & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice* (Vol. 2, pp. 95–124). New York: Pergamon Press.
- Wagner, M., & Cameto, R. 2004. The characteristics, experiences, and outcomes of youth with emotional disturbances. *nlS2 data Brief*, 3(2).
- Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. 2004. *Antisocial behavior in school: Evidencebased practices* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

BAB 8

GANGGUAN KOMUNIKASI

Oleh Musdalifah Nihaya

Komunikasi adalah komponen yang penting dalam kehidupan setiap manusia dalam menjalani kehidupannya. Hal tersebut disebabkan komunikasi digunakan di hampir semua aktivitas manusia selama manusia melakukan interaksi. Komunikasi menjadi prasyarat mutlak untuk dapat melakukan adaptasi dengan lingkungan sosialnya. Komunikasi kemudian menjadi salah satu kebutuhan yang mendasar dan bersifat universal. Seseorang yang melakukan interaksi dengan orang lain pastinya akan menggunakan komunikasi. Peran dasar dari komunikasi yakni sebagai penghubung antar manusia dalam melakukan interaksi sosial baik di dalam kelompok, maupun antar individu lainnya. Dengan demikian, adanya hambatan atau gangguan dalam komunikasi dapat pula menghambat seseorang dalam beradaptasi dan mengaktualisasikan dirinya.

Pentingnya komunikasi tentu saja dirasakan di semua usia salah satunya usia anak. Anak adalah manusia yang paling kecil yang memiliki potensi yang masih harus dikembangkan, memiliki karakteristik tertentu yang khas dan tidak sama dengan orang dewasa, anak Nampak dinamis, aktif, serta memiliki rasa ingin tahu terhadap apa yang dilihat, didengar, dirasakan untuk mengeksplorasi dunia (Sujiono,2013). Secara yuridis, istilah anak dini di Indonesia ditujukan kepada anak sejak lahir sampai dengan usia enam tahun (Wiyani,2014).

Dalam kehidupan di sekitar kita, tentu tidak jarang kita menjumpai anak yang menagalami hambatan dalam komunikasi baik yang di derita sejak lahir maupun yang terjadi di dalam perjalanan aspek perkembangannya. Anak yang mengalami hambatan dalam perkembangan fisik maupun psikologisnya yang berkontribusi pada kemampuannya dalam berkomunikasi. Beberapa anak mengalami gangguan dalam berkomunikasi lantaran gangguan faktor yang berbeda, anak berkebutuhan khusus ada yang mengalami gangguan komunikasi dalam berinteraksi misalnya anak autisme (Marhamah, 2019). Bentuk kesulitan anak berkebutuhan khusus dalam berkomunikasi bervariasi sesuai dengan hambatan perkembangan yang terjadi di antara anak berkebutuhan khusus tersebut. Dengan demikian, model komunikasi bagi anak berkebutuhan khusus juga harus menyesuaikan kondisi hambatan perkembangan yang terjadi pada dirinya.

8.1 Definisi Gangguan Komunikasi

Defenisi komunikasi menurut Danuatmaja (2003) yakni suatu proses transaksional meliputi pemisahan dan pemilihan lambang kognitif sehingga dapat membantu seseorang mengeluarkan hasil pengalamannya dengan merespon yang sama dengan yang dimaksud. Istilah komunikasi atau dalam bahasa Inggris *communication* berasal dari bahasa Latin *communicatio* yang bersumber dari kata *communis* yang berarti sama makna. Dengan demikian, jika terdapat dua individu terlibat dalam komunikasi baik dalam bentuk percakapan, maka komunikasi akan terjadi atau berlangsung selama ada kesamaan makna mengenai apa yang dipercakapkan (Efendy, 2001).

Komunikasi secara terminologis berarti penyampaian suatu pernyataan oleh individu kepada individu lain sebagai konsekuensi dari hubungan sosial, sehingga untuk menjalankan peran sosialnya manusia harus berkomunikasi (Sunardi dan Sunaryo dalam Mansur, 2016). Sedangkan, Quill (Mansur, 2016) mengemukakan komunikasi adalah proses yang dinamis yang di dalamnya terjadi proses enkoding dari penyampai pesan dan dekoding dari penerima pesan, terjadi pertukaran informasi, penyampaian perasaan (melibatkan emosi), ada tujuan-tujuan tertentu serta ada penyampaian ide. Nida (tanpa tahun) menyatakan bahwa dalam proses komunikasi ternyata tidak hanya sebatas pada interaksi antar individu dalam bentuk percakapan yang bersifat informative saja, tetapi juga tercapainya suatu kesefahaman suatu pesan yang bersifat non verbal. Kesepakatan antara dua individu meyakini atau melakukan suatu kegiatan maka sebenarnya kegiatan komunikasi tersebut telah berlangsung namun bersifat persuasive.

Manusia dengan demikian harus bisa berkomunikasi secara efektif dalam kehidupan bermasyarakat agar bisa memiliki hubungan sosial yang baik. Komunikasi dapat dalam bentuk ungkapan verbal maupun non verbal. Bahasa tubuh seperti gerak tubuh, postur, kontak mata, ekspresi wajah, dan gerakan kepala dan tubuh adalah bentuk non verbal yang dapat digunakan untuk menyampaikan informasi (McCormick et al., 1997, Kaiser et al., 2001). Selanjutnya, defenisi gangguan menurut usat Pembinaan Dan Pengembangan Bahasa (1989) yakni suatu halangan, rintangan, godaan, sesuatu yang menyusahkan, hal yang menyebabkan ketidakwarasan, atau ketidak normalan. Sedangkan, defenisi gangguan komunikasi verbal merupakan penurunan, keterlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, mengirim suatu pesan yang disampaikan dari individu satu dengan individu lainnya yang mana disebabkan oleh penurunan sirkulasi serebral, gangguan

neuromuskuler, gangguan pendengaran, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis dan hambatan lingkungan (PPNI, 2016). Moore (Mansur 2016) mengemukakan terdapat tiga hal penting yang berkaitan dengan komunikasi, meliputi (1) komunikasi mutlak melibatkan dua orang atau lebih, (2) komunikasi merupakan sarana pertukaran informasi yang bersifat dua arah, serta (3) komunikasi mengandung pemahaman.

8.2 Ciri-Ciri Gangguan Komunikasi

Ciri-ciri dari individu yang mengalami gangguan komunikasi verbal antara lain munculnya keterlambatan berbahasa bahkan hilang kemampuan dalam berbicara, menggunakan bahasa yang tidak dimengerti oleh orang normal lainnya, serta sering mengulang-ulang kata (Marhamah, 2019). Selain hal-hal tersebut adapun beberapa gejala lainnya seperti tidak mampu berbicara atau mendengar, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi dengan orang disekitarnya, menunjukkan respon yang tidak sesuai, tidak ada kontak mata, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat serta sulit mengungkapkan kata-kata (PPNI, 2016). Selanjutnya, Desiningrum (2016) menyatakan bahwa terdapat beberapa ciri-ciri dari gangguan komunikasi pada anak berkebutuhan khusus seperti autisme antara lain:

1. Individu yang berbicara mengalami abnormalitas dalam intonasi, rate, volume, dan isi bahasa. Contoh : mengulang-ulang apa yang didengar, berbicara seperti robot, echolalia, everse pronouns, seperti sulit menggunakan bahasa dalam interaksi sosial karena tidak sadar terhadap reaksi pendengarannya.
2. Sering tidak memahami ucapan yang ditunjukkan kepadanya.

3. Tidak memiliki perhatian untuk berkomunikasi atau tidak ingin berkomunikasi untuk tujuan sosial, tidak menggunakan bahasa sama sekali, bahkan terdapat 50% berpikir untuk diam.
4. Gumaman yang biasanya muncul sebelum anak dapat berkata-kata mungkin tidak nampak pada anak berkebutuhan khusus seperti autisme.
5. Sering mengulangi kata-kata yang baru saja atau pernah didengarnya yang bukan bertujuan untuk menjalin komunikasi.
6. Anak berkebutuhan khusus seperti autisme sering berbicara pada diri sendiri atau mengulangi potongan kata atau cuplikan lagu dari iklan di televisi dan mengucapkannya di muka orang lain dalam suasana yang tidak sesuai.
7. Gangguan dalam komunikasi non verbal, misalnya tidak menggunakan gerakan tubuh dalam berkomunikasi selayaknya orang lain ketika mengekspresikan perasaannya atau merasakan perasaan orang lain. Misalnya: melambaikan tangan, menggelengkan kepala, mengangkat alis.
8. Menggunakan kata-kata yang aneh atau kiasan yang tidak dipahami oleh orang lain. Misalnya saja, ia berkata "...tujuh" setiap kali ia melihat mobil.
9. Anak mengulang-ulang pertanyaan meskipun telah mengetahui jawabannya atau memperpanjang pertanyaan mengenai topik yang ia sukai tanpa peduli dengan lawan bicaranya.
10. Sulit memahami bahwa satu kata mungkin memiliki banyak arti.

8.3 Faktor Penyebab Gangguan Komunikasi

Penyebab gangguan komunikasi adalah sangat kompleks. Gangguan komunikasi pada anak dapat disebabkan karena adanya gangguan pada masalah memproduksi kata-kata karena motorik mulut, gangguan sistem pernafasan, gangguan pendengaran sehingga tidak dapat mendengar apalagi mengingat kata-kata dengan jelas, tidak memahami arti kata dan mengasosiasikan dengan situasi serta keadaan lingkungan yang tidak mendukung anak untuk termotivasi berbicara atau mengembangkan kemampuan bicaranya. (Nida,tanpa tahun)

Gangguan berbicara dan berbahasa bisa diakibatkan adanya gangguan di pusat bahasa pada otak, gangguan di wilayah perifer atau tepi yakni diakibatkan oleh postur tubuh anak tidak bagus atau tidak optima l (Danuatmaja,2003).Dalam proses komunikasi dibutuhkan alat yakni bahasa (Jordan dan Powell, 2002:51). Komunikasi membutuhkan alat baik bahasa verbal maupun non verbal, mencakup lisan, tulisan, bahasa isyarat, bahasa tubuh, dan ekspresi wajah.. Menurut Efendi yang dikutip Nurhidayati, dkk (2013) ada beberapa penyebab gangguan atau keterlambatan bicara adalah sebagai berikut:

a. Kondisi Fisiologis

Kemampuan dari organ- organ (syaraf sensori motor,organ pendengaran,organ bicara) yang terkait dalam menjalankan fungsinya untuk mendukung terhadap kelancaran komunikasi pada anak saat anak berbicara dan bahasanya.

b. Faktor Medis

Kurang berfungsinya ystem syaraf pusat yang disebabkan oleh adanya cedera atau memar dapat menyebabkan gangguan komunikasi. Misalnya saja, afasia yakni hilangnya kemampuan bicara karena gangguan pada syaraf pusat. Selain itu, adanya cedera atau memar pada

otak dapat terjadi karena berbagai kejadian seperti trauma ketika ibu sedang mengandung, penggunaan obat berlebihan, benturan fisik, struk, keracunan, ataupun kelahiran muda (premature).

c. **Kondisi Lingkungan**

Lingkungan keluarga hendaknya menciptakan situasi yang kondusif guna memberikan stimulasi bagi optimalisasi perkembangan bicara dan bahasa anak. Peran aktif orang tua atau keluarga dalam memberikan stimulasi verbal, dapat mendorong anak untuk lebih meningkatkan kualitas atau kuantitas kemampuan bicara dan bahasanya.

8.4 Penanganan Gangguan Komunikasi

Di bawah ini beberapa alternative model komunikasi yang dapat di terapkan bagi bebrapa bentu Anak Berkebutuhan Khusus yang diantaranya pada :

1. Autisme

Anak ASD (*Autism Spektrum Disorder*) dapat mengalami kesulitan dalam menggunakan bahasa dan berbicara, sehingga mengalami gangguan pada kemampuan berkomunikasi. Dengan demikian, anak autis perlu memperoleh alat alternative guna memudahkan komunikasi verbalnya saat berinteraksi sehingga dapat membantunya untuk mengeksplorasi lingkungan secara timbal balik meskipun tidak menggunakan verbal. Komunikasi alternatif adalah teknik-teknik yang menggantikan komunikasi lisan bagi individu yang mengalami hambatan dalam bicara atau tidak mampu berkomunikasi melalui bahasa lisan. Selanjutnya, komunikasi augmentatif merupakan kaidah-kaidah dan peralatan atau media yang dapat meningkatkan

kemampuan komunikasi verbal dalam kenyataan hidup sehari-hari.

Alat *Augmentative and alternative communication* (AAC) merupakan media dan metode serta cara yang digunakan oleh anak yang mengalami hambatan dalam berkomunikasi agar dapat berkomunikasi dengan baik dan lancar dengan orang di sekitarnya. AAC merupakan aplikasi gambar yang memudahkan penderita ASD dan orang tua melakukan komunikasi dan memudahkan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Sistem aplikasi ACC terdiri atas sistem multimodal yang melingkupi 4 (empat) komponen yang dapat digunakan dalam berbagai kombinasi untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi pada anak dengan ASD.

Perangkat Elektronik *Augmentative and Alternative Communication* (AAC) adalah alat yang dibuat sangat menarik bagi anak-anak, serta mampu mendorong anak untuk berpartisipasi dan fokus pada berbagai keterampilan dan kegiatan selama di kelas. Setiap jenis sistem representasi visual dapat ditempatkan pada perangkat output suara sederhana untuk anak-anak untuk mengakses dengan dorongan sederhana dari sebuah Sistem *Augmentative and Alternative Communication* (AAC) dalam bentuk software juga dirancang untuk dapat membantu anak-anak yang telah mencoba program pengembangan bahasa tapi masih merasa sulit untuk berbicara dengan cara yang dimengerti. ACC dapat menjadi cara yang efektif bagi anak untuk belajar kata-kata awal karena mereka menaruh kata yang diucapkan bersama-sama dengan gambar atau isyarat yang mewakili kata itu. Contoh: kata 'mobil' dan menahan gambar mobil. Menggunakan prompt visual dapat mendorong anak untuk melakukan kontak mata dengan mendapatkan perhatian mereka. Kontak mata

adalah bagian penting dari komunikasi dan seringkali perlu diajarkan kepada anak-anak dengan ASD. Sistem software AAC dapat mengurangi stres bagi orang tua dan anak karena orang tua dapat memahami perilaku anak dengan ASD (Yuliani, dalam *pkko.fik.ui.ac.id/*).

Augmentative and Alternative Communication (AAC) dapat memberikan gambar atau kata-kata dengan memperhatikan komponen AAC yang meliputi: (1) Teknik symbol, (2) Teknik komunikasi; serta (3) Kemampuan berkomunikasi. Pada anak dengan autisme sering mengalami kesulitan dalam berbicara khususnya dengan autisme spektrum disorder (ASD), sehingga anak autisme cenderung sangat visual. Di beberapa Negara berkembang sekolah khusus dengan anak autisme telah menggunakan dan memasukkan program AAC visual yang baik menggunakan komunikasi visual atau suara-output bantuan komunikasi atau disebut juga dengan istilah *voice-output communication aid (VOCAs)*.

2. Tuna Grahita

Anak retardasi mental atau tuna grahita adalah anak-anak dengan kemampuan di bawah rata-rata dengan kemampuan intelegensi yang amat rendah, bahkan jika diukur tes intelegensi hanya berada di bawah 80 sehingga besar kemungkinan anak-anak tersebut sangat rendah kemampuan berbahasa karena dipengaruhi kemampuan intelegensi dalam menangkap dan merekam informasi yang berkaitan bahasa, baik kosa kata maupun kemampuan dalam mengucapkannya. Kondisi semakin sulit ketika lingkungan sosial pun tidak berusaha untuk memberikan keterampilan berkomunikasi yang fungsional bagi anak-anak retardasi mental. Dengan demikian, anak retardasi mental

menemui kesulitan untuk berkomunikasi dengan lingkungan sekitarnya

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Eny Indriani tentang Penggunaan PECS menunjukkan bahwa PECS dapat membantu meningkatkan kemampuan berkomunikasi pada anak Retardasi Mental dengan Gangguan Komunikasi. PECS merupakan alat atau media komunikasi yang dianggap paling sederhana, yaitu menggunakan gambar sebagai alat pertukaran pesan. *Picture Exchange Communication System* (PECS) atau dalam bahasa Indonesia berarti sistem berkomunikasi dengan gambar, diyakini mampu secara efektif untuk meningkatkan keterampilan berkomunikasi pada beberapa kelompok. Berdasarkan hasil penelitian aksi (action research) diketahui bahwa *Picture Exchange Communication System* (PECS) terbukti dapat meningkatkan aspek ekspresif kemampuan berkomunikasi anak retardasi mental. Sementara itu, PECS belum berhasil meningkatkan aspek reseptif kemampuan berkomunikasi (Eny Indriani dalam alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/)

3. Tuna rungu

Anak-anak yang memiliki masalah pendengaran dapat mengalami hambatan dalam berkomunikasi. Diperlukan cara komunikasi lain yang dapat menggantikan fungsi berbicara tersebut, antara lain metode Auditory oral, membaca bibir, bahas isyarat dan komunikasi universal (Muhammad, 2008) yang meliputi:

a. Metode bahasa isyarat:

Bahasa isyarat digunakan secara mudah dengan menggabungkan perkataan dengan makna dasar. Bahasa isyarat yang digunakan antara lain isyarat abjad satu jari.

- b. Metode Komunikasi universal
Metode komunikasi adalah salah satu metode yang menggabungkan antara gerakan jari isyarat, pembacaan bibir dan penuturan atau auditory oral. Elemen penting dalam metode ini adalah penggunaan isyarat dan penuturan secara bersamaan.
- c. Metode *Auditory oral*:
Metode *Auditory oral* menekankan pada proses mendengar serta bertutur kata dengan menggunakan alat bantu yang lebih baik, seperti alat bantu pendengaran, sentuhan, dan penglihatan. Metode *Auditory oral* menggunakan bantuan bunyi untuk mengembangkan kemampuan mendengar dan bertutur kata.
- d. Metode membaca bibir:
Komunikasi dengan metode membaca bibir merupakan cara berkomunikasi bagi anak tuna rungu yang mampu berkonsentrasi tinggi pada bibir penutur bahasa. Metode tersebut mengharuskan anak-anak untuk selalu melihat gerakan bibir penutur bahasa dengan tepat dan dalam situasi ini, penutur bahasa harus berada di tempat yang terang dan dapat terlihat dengan jelas.

8.5 Kesimpulan

Gangguan adalah suatu halangan, rintangan, godaan, sesuatu yang menyusahakan, hal yang menyebabkan ketidakwarasan, atau ketidaknormalan. Sedangkan komunikasi adalah suatu proses transaksional meliputi pemisahan dan pemilihan lambang kognitif sehingga dapat membantu orang lain mengeluarkan hasil pengalamannya dengan merespon yang sama dengan yang dimaksud. Dalam ilmu jiwa, komunikasi

memiliki makna luas, yaitu “penyampaian energi, gelombang suara tanda di antara tempat, sistem atau organisme. Komunikasi digunakan sebagai proses penyampaian pesan atau pengaruh secara khusus kepada orang lain.

Penyebab gangguan komunikasi adalah sangat kompleks. Gangguan komunikasi pada anak dapat disebabkan karena adanya gangguan pada masalah memproduksi kata-kata karena motorik mulut, gangguan sistem pernafasan, gangguan pendengaran sehingga tidak dapat mendengar apalagi mengingat kata-kata dengan jelas, tidak memahami arti kata dan mengasosiasikan dengan situasi serta keadaan lingkungan yang tidak mendukung anak untuk termotivasi berbicara atau mengembangkan kemampuan berbicaranya.

Tanggapan dan opini umum berpendapat bahwasannya komunikasi secara lisan adalah media utama dan cara termudah untuk mempelajari dan menguasai bahasa. Berkomunikasi melalui berbicara adalah cara yang terbaik. Namun bagi anak-anak yang memiliki masalah pendengaran (karena kerusakan pendengaran), cara komunikasi lain dapat menggantikan fungsi berbicara tersebut, terdapat berbagai cara untuk anak-anak yang memiliki masalah pendengaran, yaitu metode Auditory oral, membaca bibir, bahas isyarat dan komunikasi universal.

Anak ASD (*Autism Spektrum Disorder*) mengalami kesulitan dalam menggunakan bahasa dan berbicara, sehingga mereka sulit melakukan komunikasi dengan orang-orang di sekitarnya. Oleh karena itu diperlukan alternative berkomunikasi selain dengan verbal bagi mereka sehingga kesempatan anak autis untuk melakukan interaksi dapat dilakukan dan secara tidak langsung pula mereka dapat bereksplorasi terhadap lingkungan secara timbal balik meskipun tidak menggunakan verbal atau yang disebut bicara. Komunikasi alternatif adalah teknik-teknik yang menggantikan komunikasi lisan bagi individu yang mengalami hambatan

dalam bicara atau tidak mampu berkomunikasi melalui bahasa lisan. Sedangkan Komunikasi augmentatif adalah kaidah-kaidah dan peralatan/media yang dapat meningkatkan kemampuan komunikasi verbal dalam kenyataan hidup sehari-hari.

Komunikasi sangat penting bagi setiap manusia, bahkan bagi anak-anak retardasi mental sekalipun. Namun pelbagai halangan fisik dan mental membuat anak-anak ini menghadapi kesulitan untuk mempelajari keterampilan berkomunikasi, sehingga mereka pun kesulitan untuk berkomunikasi dengan lingkungan sekitarnya. Pada anak-anak tersebut memiliki kemampuan di bawah rata-rata dengan kemampuan intelegensi yang amat rendah, bahkan jika diukur tes intelegensi hanya berada di bawah 80 sehingga besar kemungkinan anak-anak tersebut sangat rendah kemampuan berbahasa karena dipengaruhi kemampuan intelegensi dalam menangkap dan merekam informasi yang berkaitan bahasa, baik kosa kata maupun kemampuan dalam mengucapkannya. Kondisi semakin sulit ketika lingkungan sosial pun tidak berusaha untuk memberikan keterampilan berkomunikasi yang fungsional bagi anak-anak retardasi mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Danuatmaja, B. 2003. *Terapi Anak Autis Di Rumah*. Jakarta:Puspa Swara.
- Desiningrum, Dinie Ratni. 2016. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain.
- Efendi, Mohammad. 2008. *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*. Jakarta: Bumi Aksara
- Effendy, Onong Uchjana. 2001. *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek*. Bandung : Remaja Rosda Karya Offset
- Indriani, Eny. 2013. *Alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/ di unduh pada 30 November 2013*.
- Mansur. 2016. Hambatan dalam Komunikasi Anak Autis.*Jurnal Al-Munzir* Vol. 9, No. 1, Mei 2016.
- Marhamah. 2019. Pola Komunikasi Anak Autis : Studi Etnografi Komunikasi Pada Keterampilan Mandiri Lhokseumawe. *Jurnal Al-Bayan*, 25(1), 1-34. <https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/bayan/article/view/4089>
- Mc Cormick, L., Loed, D. F., & Schiefelbusch, R. L. 1997. Supporting children with communication difficulties in inclusive settings: School-based language intervention. (1st ed.).Boston: Allyn and Bacon.
- Muhammad, Jamila. 2008. *Special Education For Special Children (Panduan Pendidikan Khusus Anak-anak Dengan Ketunaan dan Learning Disabilites)*. Jakarta: Hikmah PT. Mizan Publika
- Nurhidayati, Isti, dkk. 2013. *Gangguan Bahasa dan Bicara*. (Daring). Tersedia:
[https://www.academia.edu/9012715/makalah_Gangguan Bahasa dan Bicara](https://www.academia.edu/9012715/makalah_Gangguan_Bahasa_dan_Bicara).
- Nida, Fatma Laili Khoirun. Komunikasi bagi Anak Berkebutuhan Khusus.*Jurnal AT-TABSYIR, Jurnal Komunikasi Penyiaran Islam* .

- Pusat Pembinaan Dan Pengembangan Bahasa. 1989. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- PPNI, T. P. S. D. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat, Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Suijono, dan Yuliani Nurani, 2013. *Konsep Dasar Pendidikan Anak Usia Dini*. Jakarta: Indeks.
- Suyadi, 2014. *Teori Pembelajaran Anak Usia Dini*. Bandung: PT Rosda Karya
- Wiyani, Novan Ardy . 2014. *Buku Ajar Penanganan Anak Usia Dini Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Yuliani, Ayu. *Sistem Komunikasi Augmentatif dan Alternatif untuk Anak-anak dengan Autism Spektrum Disorder (ASD)* dalam Jurnal Program Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Anak.

BAB 9

GANGGUAN PENDENGARAN

Oleh Ria Andriany Fakhri

9.1 Pendahuluan

Seperti halnya penglihatan dan penginderaan lainnya, pendengaran dimulai dengan transduksi (NCERT, 2021, 85). Gelombang suara yang dikumpulkan oleh telinga dikonversi ke dalam bentuk impuls saraf, yang dikirim ke otak yang kemudian akan terintegrasi dengan pengalaman masa lalu dan ditafsirkan sebagai bunyi yang didengar. Telinga manusia sensitif terhadap berbagai suara, dari bunyi detak jam yang samar-samar dalam ruangan hingga kepada bunyi suara rock band yang mendentum di suatu ruangan, dan manusia memiliki kemampuan untuk mendeteksi variasi suara yang kecil (Walinga, 2010, 197).

Pada anak, dampak utama dari gangguan pendengaran adalah pada kemampuan untuk memperoleh, menggunakan dan mendengar bahasa lisan dan hal ini memberikan konsekuensi yang signifikan untuk pendidikan. Namun, siswa tuna rungu merupakan kelompok yang beragam. Selain faktor umum yang berkaitan dengan jenis kelamin, etnis, status sosial ekonomi dan struktur keluarga, terdapat faktor khusus yang berkaitan dengan kepribadian, kognisi, dan kemampuan lainnya. Mereka juga berbeda dengan jenis gangguan pendengaran mereka, di mana sangat bervariasi bergantung pada tingkat gangguan pendengaran, jenis gangguan pendengaran, apakah gangguan pendengaran tersebut permanen atau berfluktuasi, apakah itu bilateral atau unilateral

dan apakah itu bawaan atau didapat pada saat yang sama atau usia yang lebih tua.

9.2 Struktur Anatomi Telinga

Seperti halnya mata yang mendeteksi gelombang cahaya, telinga mendeteksi gelombang suara. Telinga merupakan reseptor penting dari stimulus pendengaran. Telinga juga membantu manusia dalam menjaga keseimbangan tubuh. Struktur dasar telinga terbagi menjadi tiga, yaitu *outer ear* (telinga bagian luar), *middle ear* (telinga bagian tengah), dan *inner ear* (telinga bagian dalam) (Seikel et al., 2021).

9.2.1 Outer ear (Telinga bagian luar)

Telinga bagian luar terdiri dari dua struktur utama yaitu *pinna* atau auricle (bagian terluar telinga) dan *external auditory meatus* atau *ear canal* (saluran telinga). *Pinna* adalah struktur tulang rawan yang berbentuk corong yang mengumpulkan gelombang suara dari sekitarnya (Walinga, 2010, 197). *Pinna* memiliki beberapa fungsi penting, termasuk lokalisasi bunyi di ruang angkasa dan menangkap energi bunyi. *External auditory meatus* atau saluran telinga merupakan saluran telinga yang dilindungi oleh rambut dan wax yang membawa gelombang suara dari *pinna* ke *tympanum* atau *ear drum* (gendang telinga). Saluran telinga ini berdiameter sekitar 7 mm dan memiliki panjang sekitar 2,5 cm bila diukur dari kedalaman konka, tetapi apabila diukur dari *tragus* atau sisi dalam telinga bagian luar maka panjangnya ditambahkan sekitar 1,5 cm (Black, 2008, 409). Fungsi utama dari *pinna* adalah untuk membantu menyalurkan suara dari lingkungan ke EAM (*External Auditory Meatus*) atau saluran eksternal telinga (Sahley and Musiek, 2015, 595). Karena *pinna* memiliki struktur dan ukuran yang unik, maka *pinna* cenderung menghasilkan peningkatan suara sekitar 5000 Hz (Shaw and Teranishi, 1968, 240). *Pinna* juga

membantu lokalisasi suara dengan menciptakan resonansi kompleks yang berubah saat lokasi sumber suara berubah (Blauert, 1997).

External auditory meatus (EAM) atau saluran telinga eksternal membantu melindungi telinga dengan silia (folikel rambut) dan serumen yang menangkap kotoran, dan juga berfungsi sebagai resonator akustik (Sahley and Musiek, 2015, 595).

9.2.2 Middle ear (Telinga bagian tengah)

Telinga tengah (Sahley and Musiek, 2015, 595) adalah rongga berisi udara. Volume udara di dalam rongga ini bertindak sebagai filter yang membatasi atau mengubah transmisi beberapa bunyi berfrekuensi rendah melalui sistem. Telinga bagian tengah dimulai dengan *tympanum*, yang berbentuk oval dan tampak cekung. *Tympanum* ini merupakan membran yang sangat sensitif terhadap vibrasi suara. *Tympanum* ini kemudian diikuti oleh *tympanic cavity* (rongga timpani). Rongga timpani ini terhubung ke faring dan dengan bantuan saluran *eustachian* (*eustachius*) yang mempertahankan tekanan udara di rongga timpani. Dari rongga, getaran diteruskan ke tiga tulang pendengaran yang dikenal dengan nama *malleus* (palu telinga), inkus, dan *stapes* (sanggurdi), ketiga tulang ini meningkatkan intensitas vibrasi bunyi 10 kali, dan mengirimkannya ke *inner ear* (telinga bagian dalam).

Perpindahan maksimum membran timpani terjadi di area yang berbeda dan tergantung pada frekuensi stimulus bunyi. Pada frekuensi tinggi, membran timpani cenderung bergetar dalam segmen-segmen, sedangkan pada frekuensi rendah, vibrasi segmental lebih rendah dan membran timpani cenderung bergetar sebagai satu single unit (Gelfand, 2010). Fungsi utama saluran *eustachius* adalah untuk mengalirkan udara ke dalam rongga telinga bagian tengah dan

menyeimbangkan tekanan udara di timpani dengan tekanan udara di atmosfer (Sahley and Musiek, 2015, 595). Ini dilakukan ketika seseorang membuka mulutnya atau menelan. Tindakan ini menghasilkan kontraksi otot tensor veli palatini dan levator veli palatini yang membuka saluran eustachius (Zemlin, 1997).

9.2.3 *Inner ear* (Telinga bagian dalam)

Bagian dalam telinga menampung sensor keseimbangan (sistem vestibular) dan pendengaran (koklea). Pintu masuk ke koklea disebut dengan *vestibule* atau ruang depan telinga. Telinga bagian dalam memiliki struktur rumit yang dikenal sebagai *membranous labyrinth* (membran labirin), yang dibalut dalam cangkang tulang yang disebut dengan tulang labirin. Cairan seperti getah bening yang terdapat di ruang antara tulang labirin dan membran labirin, disebut dengan *perilymph*. Tulang labirin memiliki tiga saluran setengah lingkaran yang tegak lurus satu sama lain, berrongga disebut dengan *vestibule*, dan struktur melingkar yang disebut dengan koklea. Saluran semi sirkular ini memiliki sel-sel rambut halus, yang sangat sensitif terhadap perubahan postural dan perubahan orientasi tubuh.

Koklea adalah struktur tulang berbentuk cangkang siput yang terletak di dalam bagian petrosa tulang temporal. Di dalam cangkang mirip siput ini terdapat cairan (*endolymph* dan *perilymph*), sel khusus (rambut dan sel pendukung), membran (*basilar*, *tectorial*, dan *Reissner's*), serabut saraf, pembuluh darah, dan epitel khusus. Koklea merupakan bagian dari telinga bagian dalam yang juga mencakup aparatus vestibular. Di dalam tulang koklea, terdapat membran koklea, yang disebut dengan *scala media*. *Scala media* ini berisi cairan *endolymph*, dan memiliki membran spiral yang melingkar yang disebut dengan membran basilaris. Membran ini memiliki sel-sel

rambut halus yang tersusun membentuk organ corti. Organ corti ini merupakan organ utama untuk pendengaran.

Pergerakan cairan di dalam koklea membuat sel-sel rambut di dalam telinga menjadi bengkok, hampir sama seperti hembusan angin yang menyentuh batang gandum di ladang. Gerakan sel-sel rambut memicu impuls saraf yang melekat di neuron yang kemudian dikirim ke saraf pendengaran dan kemudian ke korteks pendengaran di otak. Koklea terdiri dari 16.000 sel rambut, di mana setiap ujung sel rambut memegang sejumlah fiber yang disebut dengan silia (Walinga, 2010, 197). Silia ini sangatlah sensitif dan dapat mendeteksi gerakan yang mendorong mereka.

Ketika koklea telah menyelesaikan tugasnya dan telah mentransduksi sinyal akustik menjadi impuls elektrik dan mengatur intensitas dan kode frekuensi, kemudian informasi ini diteruskan ke saraf pendengaran. Saraf pendengaran yang menjaga kode koklea meneruskan informasi ini ke batang otak, yang merupakan bagian dari sistem pendengaran pusat.

9.2.4 Cara kerja telinga

Pinna mengumpulkan getaran suara dan menyalurkannya ke timpanum melalui meatus auditori (saluran pendengaran). Dari rongga timpani, getaran kemudian ditransfer ke tiga tulang pendengaran (*ossicles*), yang meningkatkan kekuatan suara dan mengirimkannya ke telinga bagian dalam. Di telinga bagian dalam kokle menerima gelombang suara. Melalui getaran yang digerakkan endolimfe dan juga yang menggetarkan corti. Akhirnya, impuls dikirim ke saraf pendengaran, yang mana muncul di dasar koklea dan mencapai korteks pendengaran di mana impuls ditafsirkan (NCERT, 2021, 85).

Terdapat dua mekanisme yang berbeda yang digunakan untuk mendeteksi nada, meskipun kenyaringan secara langsung ditentukan oleh sejumlah sel rambut yang bergetar di

dalam telinga. Yang pertama adalah teori frekuensi pendengaran. Teori ini menyatakan bahwa apa pun nada gelombang suara, impuls saraf dari frekuensi yang sesuai akan dikirim ke saraf auditori atau saraf pendengaran (Walinga, 2010, 197). Sebagai contoh, nada berukuran 600 hertz akan ditransduksi menjadi 600 impuls saraf per detik. Teori ini tidak sesuai dengan suara bernada tinggi disebabkan karena neuron tidak dapat menembak dengan cukup cepat. Untuk mencapai kecepatan yang diperlukan, neuron bekerja sama dalam semacam sistem tembakan di mana neuron yang berbeda akan menembak secara berurutan, yang memungkinkan manusia untuk mendeteksi suara hingga 4000 hertz. Tidak hanya frekuensi yang penting, tetapi lokasi juga memiliki peranan penting. Koklea menyampaikan informasi tentang area tertentu, atau tempat di dalam koklea yang paling paling diaktifkan oleh suara yang masuk. Teori tempat dari pendengaran menyatakan bahwa area koklea yang berbeda merespon frekuensi yang berbeda. Nada yang lebih tinggi merangsang area yang paling dekat dengan bukaan koklea (dekat jendela oval). Nada yang lebih rendah merangsang area di dekat ujung koklea, di ujung yang berlawanan. Oleh karena itu, nada ditentukan oleh bagian dari area koklea yang sering melontarkan.

Seperti memiliki dua mata yang dalam posisi yang berbeda untuk membantu manusia dalam mempersepsikan kedalaman, telinga ditempatkan di kedua sisi kepala agar memungkinkan manusia untuk mendapatkan manfaat dari pendengaran stereoponis, atau suara tiga dimensi. Jika suara terjadi di sisi kiri, maka telinga kiri akan menerima suara lebih cepat dari telinga kanan, dan suara yang diterima akan lebih intens terdengar, memungkinkan manusia dengan cepat menentukan lokasi asal suara. Meskipun jarak antara kedua telinga manusia hanya sekitar enam inci, dan gelombang suara merambat dengan kecepatan 750 mil per jam, perbedaan

waktu dan intensitas dapat dengan mudah dideteksi (Middlebrooks & Green, 1991, 135). Ketika suara berjarak sama dari kedua telinga, seperti ketika suara itu tepat berada di depan, di belakang, di bawah, atau di atas kepala, maka manusia akan lebih sulit menentukan lokasi asal dari suara. Karena alasan inilah manusia dan hewan cenderung untuk memiringkan kepalanya ketika mencoba menentukan asal suara, sehingga telinga menerima sinyal yang sedikit berbeda.

Tabel 9.1 Tingkat kebisingan dalam desibel (db). Suara dalam kehidupan sehari-hari

<i>Menyakitkan dan berbahaya</i>	
<i>Gunakan pelindung telinga atau hindari</i>	140 Kembang api Suara tembakan Stereo mobil (Volume suara penuh)
	130 Palu elektro mekanikan (Jackhammer) Ambulans
<i>Tidak nyaman</i>	
<i>Berbahahaya lebih dari 30 detik</i>	120 Pesawat terbang (pada saat <i>take off</i>)
<i>Sangat keras / sangat bising</i>	
<i>Berbahaya lebih dari 30 menit</i>	110 Konser (genre musik apapun) Klakson mobil Acara olahraga
	100 Mobil salju Pemutar MP3 (volume suara penuh)
	90 Mesin pemotong rumput Alat – alat listrik Blender Alat pengering rambut
<i>Lebih dari 85 db untuk waktu yang lama dapat menyebabkan gangguan pendengaran permanen</i>	
<i>Kencang / bising</i>	

	80 Jam alarm
	70 Kemacetan <i>Vacum cleaner</i>
<i>Moderat/sedang</i>	
	60 Percakapan normal
	50 Hujan sedang
<i>Lembut</i>	
	40 Berbicara di perpustakaan
<i>Lemah</i>	
	20 Gemerisik daun

9.3 Gangguan Pendengaran

Mendengar merupakan salah satu indera penting pada manusia dan memainkan peran penting dalam proses pembelajaran. Pagliano (1994) berpendapat bahwa lebih dari 80% proses pembelajaran diterima melalui pendengaran. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (Bhargava, 2022) menetapkan bahwa gangguan pendengaran dapat mempengaruhi anak-anak dengan cara berikut: gangguan pendengaran dapat menyebabkan keterlambatan dalam menerima dan mengekspresikan keterampilan berbicara atau berbahasa lisan. Ini juga dapat menyebabkan keterlambatan dalam penguasaan bahasa, penerimaan dan mengekspresikan komunikasi (tetapi anak-anak yang terlahir tuna rungu dan dari keluarga yang juga tuna rungu, biasanya memiliki keterampilan bahasa dan komunikasi yang berkembang pada tingkat normal). Defisit bahasa dapat menyebabkan masalah belajar yang mengakibatkan penurunan prestasi akademik. Kesulitan berkomunikasi dapat

menyebabkan isolasi sosial dan konsep diri yang buruk, serta dapat berdampak pada pilihan vokasional.

9.3.1 Definisi gangguan pendengaran

Pengertian tentang gangguan pendengaran telah banyak dilontarkan oleh peneliti sejak berjuta-juta tahun yang lalu. Seseorang dengan gangguan pendengaran memiliki kehilangan seluruh atau sebagian dari kemampuan untuk mendengar dan membedakan suara. Hal ini disebabkan oleh kelainan pada struktur dan atau fungsi telinga. Gangguan pendengaran dideskripsikan dalam hal tingkat gangguan pendengaran (misalnya ringan sampai berat) dan jenis gangguan pendengaran. WHO (2018) menyatakan seorang anak dikatakan mengalami gangguan pendengaran jika tidak dapat mendengar dengan baik seperti orang lainnya dan batas pendengarannya tidak sampai setidaknya 20dB di kedua telinga. Hal ini dapat mempengaruhi satu atau kedua telinga dalam mendengar percakapan dan suara keras. Secara global sekitar 32 juta anak-anak dan 180 juta orang dewasa memiliki masalah pendengaran (WHO, 2018) dan hal ini menyebabkan peningkatan gangguan pendengaran (Wilson, dkk., 2017).

Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) atau Undang-Undang Pendidikan Individu Penyandang Disabilitas menggunakan istilah gangguan pendengaran sebagai istilah teknis untuk mengklasifikasikan gangguan pendengaran pada anak-anak (WebMD Connect to Care Staff, 2022). Undang-undang tersebut mendefinisikan gangguan pendengaran sebagai setiap penurunan pendengaran, apakah berfluktuasi atau permanen, yang mengganggu kemampuan anak untuk tampil di lingkungan pendidikan. Tuli tidak termasuk ke dalam istilah tersebut, di mana dalam undang-undang tersebut tuli dikategorikan sebagai gangguan pendengaran yang sangat parah sehingga mengganggu pemrosesan informasi bahasa

dalam konteks pendidikan, dengan atau tanpa dukungan amplifikasi pendengaran atau alat pendengaran.

Gangguan pendengaran dapat mengganggu produktivitas seperti kesulitan dalam menerima pelajaran di sekolah dan menyebabkan penderitanya dapat terisolasi dari lingkungan. Dampak gangguan pendengaran pada anak-anak bisa lebih berat lagi karena dapat mempengaruhi perkembangannya hingga dewasa. Anak yang memiliki gangguan pendengaran dapat mengalami keterlambatan kemampuan berbicara dan kemampuan bahasa yang berhubungan dengan kesulitan membaca, menulis, memperhatikan, dan berinteraksi sosial (Hartanto, 2018).

9.3.2 Penyebab gangguan pendengaran

Gangguan pendengaran adalah salah satu kondisi yang paling melemahkan di dunia. Setiap tahun, semakin banyak orang yang terkena gangguan pendengaran, baik tua maupun muda (Riley, 2022). Riley (2022) menyatakan bahwa berdasarkan data yang dikeluarkan oleh *World Health organization* (WHO), gangguan pendengaran berdampak terhadap 430 juta manusia di seluruh dunia atau sekitar lima persen dari populasi global.

Gangguan pendengaran dapat disebabkan oleh hal-hal berikut (Kid Sense, 2022):

- a. Faktor genetik, seperti terdapat anggota keluarga yang memiliki gangguan pendengaran,
- b. Mengalami infeksi pada saat hamil (rubella, herpes atau sipilis),
- c. Kelahiran prematur,
- d. Infeksi pada saat kanak – kanak (campak, cacar air),
- e. Otitis media (infeksi pada telinga bagian tengah, tepatnya pada rongga di belakang gendang telinga).

Selain hal tersebut di atas WHO (2022) mengelompokkan penyebab gangguan pendengaran sebagai berikut:

- a. Periode prenatal. Penyebab gangguan pendengaran pada periode ini adalah faktor genetik berupa gangguan pendengaran hereditas dan non-hereditas, serta infeksi intrauterin, seperti rubella dan cytomegalovirus.
- b. Periode perinatal. Gangguan pendengaran pada periode ini disebabkan oleh asfiksia lahir (kurangnya oksigen pada saat dilahirkan), hyperbilirubinemia (ikterus parah pada periode neonatal), berat badan kurang pada saat dilahirkan, dan morbiditas perinatal lainnya.
- c. Periode kanak-kanak dan remaja. Penyebab gangguan pendengaran pada periode ini berupa infeksi kronis pada telinga, menumpuknya cairan di dalam telinga, dan meningitis serta infeksi lainnya.
- d. Periode dewasa dan usia tua. Gangguan pendengaran pada periode ini disebabkan oleh penyakit kronis, merokok, otosklerosis (pertumbuhan tulang yang berlebihan di telinga bagian dalam), degenerasi, dan gangguan pendengaran sensorineural yang mendadak.
- e. Faktor sepanjang rentang hidup, berupa impaksi serumen (penyumbatan saluran telinga), trauma di telinga atau kepala, suara bising, penggunaan obat ototoksik yang berlebih (aspirin, obat anti malaria, pil untuk mengatasi tekanan darah tinggi, obat antibiotik tertentu, beberapa obat kanker, dan beberapa obat anestesi), pekerjaan yang terkait dengan bahan kimia ototoksik, kekurangan nutrisi, infeksi virus serta gangguan pendengaran genetik progresif.

9.3.3 Jenis - jenis gangguan pedengaran

Seseorang dengan gangguan pendengaran berupa kehilangan seluruh atau sebagian dari kemampuan untuk mendengar dan membedakan suara. Gangguan pendengaran

dapat digambarkan ke dalam bentuk tingkatan hilangnya kemampuan pendengaran (misalnya ringan sampai berat) dan jenis gangguan pendengaran berdasarkan pada lokasi masalah di telinga (konduktif, sensorineural, *mixed hearing loss*, dan gangguan pemrosesan pusat auditor) (Riley, 2022). Sedangkan tingkat gangguan pendengaran dapat terbagi menjadi empat kategori umum, yaitu ringan, sedang, berat, dan sangat berat (cari penulisnya).

- a. Gangguan pendengaran konduktif (*conductive hearing loss*). Gangguan pendengaran ini terjadi ketika gelombang suara atau bunyi tidak dapat lewat melalui saluran telinga dan masuk ke dalam telinga bagian dalam. Hal ini merupakan hasil dari penyumbatan atau kerusakan pada struktur telinga luar atau tengah (Bhargava, 2022). Gangguan pendengaran konduktif dapat berfluktuasi sesuai dengan keberadaan atau tingkat kepayahan penyumbatan selama periode penurunan pendengaran ini, siswa mungkin kehilangan pembelajaran, yang berdampak negatif pada semua aspek perkembangan (Pagliano, 2005). Beberapa penyebab umum gangguan pendengaran konduktif adalah termasuk kotoran telinga yang berlebihan (serumen); infeksi telinga tengah (seperti otitis media, di mana ada nanah atau cairan menumpuk atau peradangan yang menyebabkan rasa sakit dan mengurangi kemampuan gendang telinga; dan otosklerosis (gendang telinga dan tulang-tulang pendengaran mengalami penurunan mobilitas) (Scheetz, 2000). Kasus gangguan pendengaran konduktif dapat diobati dengan bantuan obat-obatan, alat bantu pendengaran atau operasi.
- b. Gangguan pendengaran sensorineural (*sensorineural hearing loss*). Secara umum gangguan pendengaran ini terjadi ketika terdapat masalah atau kerusakan terhadap komponen-komponen di telinga bagian dalam atau jalur saraf. Secara khusus, gangguan pendengaran ini

melibatkan saraf sensori – sel rambut pada bagian dalam dan luar telinga. Gangguan pendengaran sensorineural dapat berkisar dari ringan hingga berat dan seringkali berdampak pada kemampuan siswa untuk mendengar frekuensi tertentu lebih dari yang lain. Bahkan dengan penggunaan amplifikasi untuk meningkatkan tingkatan suara, siswa dengan gangguan pendengaran sensorineural dapat merasakan bunyi ucapan yang terdistorsi, yang mengakibatkan kesulitan dalam memahami ucapan dan menginterpretasikan variasi suara (kuantitas dan kualitas suara) (Bhargava, 2022). Dua penyebab utama dari gangguan pendengaran sensorineural ini adalah usia dan paparan terhadap suara keras. Selain itu, penyebab lain dari gangguan pendengaran ini adalah kelainan genetik (yang dapat mengganggu perkembangan normal dari struktur telinga bagian dalam); cedera; komplikasi selama kehamilan atau kelahiran; infeksi atau penyakit (seperti gondongan, campak, dan cacar air) dan efek samping dari pengobatan (Lysons, 1996). Gangguan pendengaran jenis ini biasanya bersifat permanen dan *irreversible* serta tidak dapat disembuhkan melalui pengobatan medis dan operasi. Namun, kebanyakan orang dengan gangguan pendengaran ini merasa dengan memakai alat bantu dan menggunakan teknologi amplifikasi suara secara signifikan terbantu oleh alat tersebut (Dugan, 2003).

- c. Gangguan pendengaran campuran (*mixed hearing loss*). Gangguan pendengaran ini merupakan kombinasi dari gangguan pendengaran konduktif dan sensorineural, yang mengindikasikan bahwa mungkin terdapat kerusakan di telinga bagian luar atau tengah dan di koklea atau saraf pendengaran. Di beberapa kasus, seseorang dapat mengalami gangguan pendengaran konduktif dan sensorineural secara simultan (Riley, 2022). Penanganan pada gangguan pendengaran ini bergantung pada tingkat

- keparahan bagian konduktif (yaitu alat bantu dengar, obat-obatan, atau operasi) dan sensorineural (alat bantu dengar) dari gangguan pendengaran (Dugan, 2003).
- d. Gangguan pemrosesan auditori pusat (*central uditory processing disorder*). Bentuk dari gangguan pendengaran ini terjadi ketika pusat pendengaran pada otak terdampak oleh cedera, penyakit, tumor, keturunan, trauma lahir, trauma kepala atau penyebab lain yang tidak diketahui. Meskipun bagian luar, tengah, dan dalam telinga mengirimkan sinyal suara, sinyal tersebut tidak dapat diproses dan diinterpretasikan oleh otak. Sehingga, meskipun pendengaran orang tersebut normal, ia akan mengalami kesulitan dalam memahami apa yang dikatakan oleh orang lain, yang mengakibatkan masalah belajar. Pemrosesan pendengaran pusat melibatkan berbagai macam keterampilan seperti melokalisasi suara, memperhatikannya, memahaminya secara akurat melalui diskriminasi pendengaran dan rekognisi atau pengenalan pendengaran untuk memahami suara (ASHA Task force on Central Auditory Processing Consensus Development, 1996). ASHA (1996) berpendapat bahwa ahli audiologi atau audiolog yang paling memenuhi syarat untuk memahami gangguan dalam pemrosesan pendengaran pusat dan untuk memandu pengelolaan kondisi tersebut.

Penting untuk memahami setiap jenis gangguan pendengaran tertentu dalam hal kontinum tingkat gangguan pendengaran. Derajat atau tingkat keparahan gangguan berkisar dari ringan, sedang, berat, dan sangat berat (*mild, moderate, severe, profound*) (Northern & Downs, 2002). Dengan memahami tingkat gangguan pendengaran pada siswa dapat membantu dalam menentukan jenis dukungan yang dibutuhkan.

Tabel 9.2 Tingkat Gangguan Pendengaran

Tingkat gangguan pendengaran	Ambang batas pendengaran (dB)	Gangguan pendengaran dan kebutuhan akan penanganan
Pendengaran normal	0-25 dB	Tidak ada gangguan
ringan	25-40 dB. Mampu mendengar bunyi suara vocal a, i, u, e, o dan sebagian besar huruf konsonan lainnya	Mengalami kesulitan dalam mendengar dan memahami percakapan dengan suara yang lembut, khususnya situasi dengan latar belakang yang bising (restoran, ruang kelas, tempat umum). Anak dengan tingkatan ini belajar berbicara melalui pendengaran, tetapi memiliki beberapa kesulitan dalam berbicara. Pada tingkatan ini akan mendapatkan manfaat dari pembacaan ucapan, alat bantu dengar, dan/atau system frekuensi modular (FM) pribadi, dan terapi wicara (dukungan profesional untuk memahami dan memproduksi ucapan dan bahasa dengan benar)
sedang	41-70 dB.	Kesulitan dalam memahami pembicaraan, membutuhkan volume suara yang tinggi ketika mendengarkan tv atau radio. Tanpa bantuan alat dengar atau alat lain untuk memperkuat suara, bunyi ucapan pada tingkatan percakapan tidak dapat didengar. Karena ketidakakuratan serta suara yang terdengar hilang sepenuhnya, maka anak akan mengalami keterlambatan bahasa (misalnya kosakata yang terbatas, kesulitan dengan aturan tata bahasa, arti kata, makna ganda dari kata, dan

Tingkat gangguan pendengaran	Ambang batas pendengaran (dB)	Gangguan pendengaran dan kebutuhan akan penanganan
		penempatan kata dalam kalimat). Anak akan mengalami kesulitan memahami pembicaraan dalam kelompok. Artikulasi wicara siswa dengan gangguan pendengaran sedang ditunjukkan dengan hilang dan terdistorsinya konsonan (Northern & Downs, 2002). Siswa membutuhkan amplifikasi suara dengan alat bantu dengar, alat bantu system FM pribadi dan kelas akustik. Siswa juga membutuhkan pelatihan pendengaran, membaca ucapan, dan terapi wicara.
berat	71-90 dB. Dapat mendengarkan bunyi seperti alat pemotong rumput atau vacuum cleaner dalam jarak dekat	tidak ada suara yang didengar dalam tingkat percakapan normal tanpa alat bantu atau teknologi amplifikasi suara. Jika gangguan pendengaran ini tidak terdeteksi sejak lahir, atau segera setelah lahir, maka bahasa dan bicara tidak akan berkembang secara spontan serta menimbulkan kesulitan dalam belajar. Siswa menggunakan alat bantu dengar dan atau bahasa isyarat dalam berkomunikasi. Apabila gangguan pendengaran pada tingkatan ini dapat dideteksi sejak dini dan diberikan penanganan yang tepat, maka perkembangan bahasa dan bicara pada anak akan lebih positif.
Sangat berat	>90 dB.	Tidak dapat mendengar atau memahami pembicaraan. Tidak ada suara atau ucapan yang dapat didengar tanpa bantuan alat dengar. Sangat penting untuk anak

Tingkat gangguan pendengaran	Ambang batas pendengaran (dB)	Gangguan pendengaran dan kebutuhan akan penanganan
		memiliki lingkungan akustik yang menyenangkan. Anak dapat belajar dari penggunaan tanda dari juru bahasa dan atau pencatat di kelas.

9.3.4 Dampak gangguan pendengaran pada perkembangan anak

Anak dengan gangguan pendengaran tidak dapat mendengarkan suara dan kata sehingga menyebabkan masalah dalam berbicara, membaca, kesuksesan dalam sekolah, dan keterampilan sosial. Niemann, Greenstein, dan David (2004) menjelaskan tentang dampak dari gangguan pendengaran di mana seorang anak dapat melihat orang berbicara tetapi tidak dapat memahami apa yang dikatakan. Ada empat hal utama di mana gangguan pendengaran mempengaruhi anak (American Speech-Language-Hearing Association, 2005):

- a. Gangguan pendengaran menyebabkan keterlambatan dalam perkembangan keterampilan komunikasi reseptif dan ekspresif (bicara dan bahasa).
- b. Defisit bahasa menyebabkan masalah belajar yang berakibat pada menurunnya prestasi akademik.
- c. Kesulitan komunikasi sering menyebabkan isolasi sosial dan konsep diri yang buruk.

Secara spesifik, hilangnya pendengaran pada anak dapat mengarah kepada (ASHA, 2022):

- a. Keterlambatan bicara dan keterampilan berbahasa. Anak dengan gangguan pendengaran tidak dapat mempelajari kata - kata secepat dengan anak yang memiliki pendengaran normal. Mereka mungkin:
 - Dapat mempelajari kata - kata konkret seperti kucing, melompat, lima, dan merah. Namun, mereka mungkin

susah dalam mempelajari kata – kata abstrak seperti sebelum, sama dengan, dan malu. Mereka mungkin tidak dapat menggunakan kata-kata seperti sebuah dan sesuatu.

- Memiliki kesulitan mengetahui arti yang berbeda dari sebuah kata.
- Tertinggal jauh di belakang anak—anak dengan pendengaran normal seiring bertambahnya usia. Anak-anak dengan gangguan pendengaran tidak dapat mengejar ketinggalan tanpa bantuan.
- Dapat memahami dan menggunakan kalimat-kalimat pendek
- Memiliki masalah dengan kalimat yang lebih kompleks
- Memiliki masalah berbicara dengan jelas.

b. Masalah belajar di sekolah. anak dengan gangguan pendengaran biasanya memiliki masalah di sekolah. Belajar membaca dan matematika merupakan hal yang sulit untuk anak dengan gangguan pendengaran. Beberapa fakta tentang gangguan pendengaran dan keberhasilan di sekolah meliputi:

- Anak dengan gangguan pendengaran ringan hingga sedang dapat mengalami ketinggalan satu hingga empat tingkat di belakang tanpa bantuan.
- Anak dengan gangguan pendengaran yang berat mungkin tidak dapat belajar melewati tingkat kelas tiga atau empat. Dukungan dari sekolah dapat membantu mereka untuk melakukan yang lebih baik.
- Anak dengan gangguan pendengaran tidak dapat melakukan hal sebaik anak yang memiliki pendengaran normal.

- Anak dengan gangguan pendengaran akan lebih baik di sekolah apabila mereka mendapatkan bantuan. Ini termasuk dukungan dari orang tua dan keluarga.
- c. Keterampilan sosial. Anak dengan gangguan pendengaran akan mengalami kesulitan untuk bersosialisasi dengan orang lain. Mereka cenderung tidak dapat bermain atau bercerita dengan anak lainnya. Anak dengan gangguan pendengaran ini akan merasa kesepian karena merasa tidak memiliki teman dan tidak bahagia ketika berada di sekolah. Selain itu anak yang mengalami gangguan pendengaran cenderung merasa buruk tentang dirinya.

Sangat penting untuk mengidentifikasi gangguan pendengaran sedini mungkin, sehingga anak tidak akan kehilangan pentingnya pengalaman pendidikan (Pagliano, 2005). Terkadang gangguan pendengaran bisa tidak teridentifikasi karena tidak segera terlihat. Gangguan pendengaran bisa sangat ringan sehingga dapat tidak diperhatikan selama bertahun-tahun (Smith, dkk., 1998) dan dapat berkembang seiring waktu. Siswa sering kali menjadi orang terakhir yang mengenali atau melaporkan kehilangan pendengaran kecuali jika hal tersebut makin memburuk secara signifikan. Apabila gangguan pendengaran tetap tidak terdeteksi, dapat mengakibatkan siswa menghadapi kerugian pendidikan yang substansial. Pengaruh buruk dari gangguan pendengaran dapat menciptakan tantangan yang bersifat pribadi, akademik, dan sosial bagi siswa dan mengganggu pencapaian potensi secara penuh. Guru perlu mewaspadai indikator yang menandakan kemungkinan bahwa seorang memiliki gangguan pendengaran yang tidak terdiagnosis. Apabila gangguan pendengaran tidak terdeteksi dan tidak ditangani, dapat menyebabkan kehilangan pendengaran secara

permanen dan memiliki konsekuensi jangka panjang yang serius.

9.4 Strategi Pendidikan terhadap Anak yang Mengalami Gangguan Pendengaran

Filosofi inklusif melibatkan pergerakan orang dengan disabilitas dari institusi ke kehidupan masyarakat, dari sekolah khusus ke kelas biasa atau umum (Hallahan and Kauffman, 1978, xii). Untuk anak dengan kebutuhan khusus, inklusi ditunjukkan dengan kehadiran sesuai dengan waktu pada sekolah umum dengan dukungan yang dibutuhkan dan layanan khusus yang dibutuhkan oleh anak berkebutuhan khusus. Khususnya bagi anak dengan gangguan pendengaran (tuna rungu), inklusi berarti mereka dididik dalam system yang sama dengan teman-teman mereka. Prinsip normalisasi menyatakan bahwa sarana dan tujuan pendidikan bagi penyandang disabilitas harus senormal mungkin (Hallahan and Kauffman, 1978, xii).

Smith (2004) berpendapat bahwa inklusi mengacu pada siswa dengan disabilitas menjadi bagian dari kelas pendidikan umum atau sekolah umum, menerima kurikulum dengan dukungan yang dibutuhkan, dan diajar dengan menggunakan strategi yang efektif. Pendidikan inklusi berdasarkan pada premis bahwa seluruh anak tanpa memandang kemampuan mereka memiliki hak untuk dididik bersama dengan teman sebaya mereka di lingkungan sekolah (UNESCO, 1994). Inklusi atau penempatan terorganisir anak-anak penyandang disabilitas dalam ruang kelas telah menjadi salah satu topik utama dalam pendidikan selama dua dekade terakhir (Avramidis, 2001) dan telah menjadi fokus penelitian ekstensif. Inklusi memiliki keuntungan akademis dan sosial untuk seluruh siswa, baik yang memiliki disabilitas ataupun tidak, seperti meningkatkan komunikasi dan kesempatan

berinteraksi sosial, model keterampilan perilaku yang sesuai dengan usia, partisipasi yang lebih aktif dalam komunitas sekolah, memiliki tujuan pendidikan individual, serta akses ke kurikulum yang sama (Grenot-Scheyer, dkk., 1996).

Inklusi penuh di kelas reguler mengharuskan semua siswa menerima program pendidikan yang sesuai yang diarahkan untuk mengembangkan kemampuan dan memenuhi kebutuhan mereka, serta memberikan dukungan atau bantuan yang dibutuhkan siswa dan guru agar siswa berhasil dalam lingkungan inklusif (Eleweke and Rodda, 2002, 113). Integrasi ini memungkinkan siswa dengan disabilitas mendapatkan manfaat dari stimulasi bergaul dengan siswa yang relatif lebih mampu dan memiliki kesempatan yang lebih tinggi untuk mengamati model sosial dan perilaku akademik (Elkins, dkk., 2001).

Musengi dan Chireshe (2012) menjelaskan bahwa dalam mendidik siswa dengan gangguan pendengaran di sekolah reguler, sangat penting untuk menekankan pada penyediaan dukungan di lingkungan sekolah reguler. Dengan kata lain, pendidikan anak dengan gangguan pendengaran di lingkungan sekolah reguler menunjukkan kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam aktivitas belajar secara setara dengan siswa yang tidak memiliki disabilitas, tanpa hambatan komunikasi dan batasan sikap, dukungan individual berdasarkan penilaian kebutuhan belajar, serta kurikulum didesain ulang untuk mengakomodasi anak dengan gangguan pendengaran (Stinson and Lang, 1994, 31).

Pendidikan inklusif tidak dapat sepenuhnya memenuhi kebutuhan siswa tuna rungu di sekolah reguler tanpa menyesuaikan pengajaran dengan kekuatan dan kebutuhan khusus mereka dan memeriksa bahwa kurikulum dan buku sekolah dapat diakses oleh mereka (Knoors and Marschark, 2015). Sangatlah penting untuk mengenali peran dari penerjemah bahasa isyarat sebagai elemen penting dalam

menciptakan lingkungan yang komunikatif terhadap kelas inklusif (Cawthon, 2001, 212).

9.4.1 Dasar pengetahuan spesialis

Kebutuhan pedagogi tertentu untuk kelompok khusus dan berbeda umumnya dilihat sebagai fungsi dari karakteristik khusus anak-anak dengan gangguan pendengaran (tuna rungu). Kebutuhan yang utama adalah dukungan audiologis, dan faktor-faktor yang berkaitan dengan perkembangan bahasa, komunikasi dan pola kemampuan kognitif (Gregory, 2005, 15). Hal ini dideskripsikan sebagai pengetahuan, keterampilan, dan pemahaman yang dibutuhkan oleh guru yang mengajar anak tuna rungu.

Gregory (2015) berpendapat bahwa elemen utama dari keterampilan yang dianggap dibutuhkan oleh guru adalah kompetensi dalam penilaian gangguan pendengaran ditambah pemahaman, dan kemampuan untuk menjelaskan audiogram dan representasi numerik dari gangguan pendengaran. Guru yang mengajar anak dengan gangguan pendengaran perlu memahami efek dari tingkatan dan perbedaan frekuensi gangguan pendengaran. Berbagai jenis dukungan teknologi dapat diberikan kepada anak dengan gangguan pendengaran (tuna rungu), salah satunya adalah alat bantu dengar, baik digital maupun analog. Implantasi koklea merupakan intervensi medis yang meningkatkan kemampuan untuk mendengar dan memerlukan pemahaman khusus tentang sifat dan efek dari implan. Guru juga membutuhkan keterampilan dalam memahami dan mengelola lingkungan akustik untuk mengoptimalkan kondisi belajar-mengajar. Selain memahami masalah pendengaran dan teknologi, guru juga harus mampu menjelaskan tentang gangguan pendengaran, dukungan teknologi yang dibutuhkan, dan modifikasi lingkungan kepada orang tua, guru dan siswa lainnya.

Ketidakkampuan dalam mendengar seperti yang lain menyebabkan kesulitan dalam memperoleh bahasa lisan dan membutuhkan perhatian ekstra dalam penguasaan bahasa. Siswa tuna rungu berbeda dari siswa yang memiliki kesulitan berbicara dan bahasa karena tuli bukanlah kesulitan dengan pemrolehan bahasa itu sendiri dan hamper semua anak dengan gangguan pendengaran dapat dengan mudah mengerti bahasa isyarat. Beberapa anak dengan gangguan pendengaran memperoleh dan menggunakan bahasa isyarat sebagai bahasa pertama atau bahasa pilihan. Ketulian dapat berarti bahwa siswa tuna rungu mungkin memiliki kosakata bahasa lisan yang relatif kecil dan mengalami kesulitan dengan beberapa konstruksi sintaksis yang oleh siswa lain dapat diterima dengan mudah.

Konsekuensi tambahan dari gangguan pendengaran adalah akses yang terbatas terhadap pengetahuan yang bersifat incidental, yang mana diperoleh melalui menjadi bagian dalam percakapan atau dengang mendengar orang lain, dan pembelajaran melalui media secara insidental. terdapat kesulitan dalam mengembangkan keterampilan literasi, karena terbatasnya akses suara atau bahasa lisan. Hal ini tentu saja berbeda-beda pada siswa dengan gangguan pendengaran. Oleh karena itu, disarankan agar guru memahami bagaimana untuk memfasilitasi perkembangan bahasa, baik secara lisan maupun menggunakan bahasa isyarat. Mengajar siswa tuna rungu atau mengajar siswa lain di kelas umum juga membutuhkan pemahaman tentang kesenjangan dalam pengetahuan, dan kemampuan memahami kebutuhan untuk mengimbangi hal ini dalam konteks pendidikan. Kebutuhan untuk menciptakan dan memelihara konteks sosial untuk pembelajaran, dimana bahasa lisan tidak dapat dengan mudah diterima juga merupakan hal penting (Gregory, 2015).

Terdapat asumsi yang jelas di dalam publikasi tentang pendidikan anak tuna rungu, bahwa anak tuna rungu

mebutuhkan guru spesialis. Hal ini terlepas dari apakah anak tuna rungu dalam proses pembelajaran terlihat sama dengan anak yang tidak memiliki gangguan pendengaran atau membutuhkan penanganan yang berbeda.

9.4.2 Mengajar anak dengan gangguan pendengaran

Fokus utama penelitian dalam pendidikan anak dengan gangguan pendengaran adalah karakteristik tuna rungu dan pencapaiannya. Seringkali hal ini menjadi bahan diskusi mengapa siswa tuna rungu mendapatkan pencapaian yang rendah di area kurikulum tertentu. Terdapat beberapa penelitian yang membandingkan pendekatan bahasa dan komunikasi yang berbeda untuk pendidikan siswa tuna rungu.

Bahasa dan komunikasi merupakan isu penting untuk pendidikan anak tuna rungu. Terdapat sejumlah pendekatan pendidikan yang memperhitungkan kesulitan siswa tuna rungu dalam memperoleh dan menggunakan bahasa lisan. Terdapat sejumlah strategi yang dapat digunakan oleh guru dalam mengajar anak dengan gangguan pendengaran (deafunity, 2020):

1. Memastikan garis pandang yang jelas. Guru dapat membantu anak tuna rungu dengan mengajak mereka untuk duduk di deretan paling depan di dalam kelas. Apabila siswa menggunakan penerjemah atau mengandalkan pembacaan gerak bibir, petunjuk visual, atau alat bantu dengar, berada lebih dekat ke depan membantu mereka dalam proses pembelajaran. Pada saat mengajar, sebaiknya guru menghadap ke arah siswa bukan ke papan tulis. Pencahayaan yang baik juga dibutuhkan sehingga anak dengan gangguan pendengaran dapat melihat guru dengan jelas. Berbicara dengan normal dan jelas juga dibutuhkan, dengan menekankan pada kata kunci. Mengulang kata atau kalimat yang diucapkan ketika dibutuhkan. Apabila guru mengorganisir dalam aktivitas

- kelompok, siswa dengan bantuan *lip-reading* dengan memposisikan kelompok dalam lingkaran sehingga siswa tuna rungu dapat melihat semua peserta lain saat mereka berbicara.
2. Menyediakan handout tertulis dan alat bantu visual. Siswa tuna rungu yang membaca gerak bibir, melihat interpreter atau menggunakan alat bantu dengar mungkin menemukan kesulitan untuk membuat catatan dalam waktu yang bersamaan. Agar siswa tuna rungu tidak melewatkan sesuatu yang penting, guru sebaiknya membuat semua informasi dalam bentuk tertulis. Alat bantu visual dan materi pembelajaran adalah cara yang baik untuk mendukung siswa tuna rungu tetapi penting untuk tidak terburu – buru melalui konten visual, terutama ketika guru berbicara pada saat yang sama. Berilah waktu pada siswa tuna rungu untuk melihat konten visual dan memahaminya sebelum guru memulai untuk berbicara. Mereka membutuhkan waktu untuk beralih antara visual dan auditori.
 3. Menampilkan video dengan teks. Apabila guru menggunakan video sebagai bagian dari pengajaran di dalam kelas, sebaiknya video tersebut diberikan keterangan atau teks atau disediakan tafsiran bahasa isyarat. Jika hal ini tidak tersedia, pertimbangkanlah cara lain untuk melibatkan siswa tuna rungu terhadap materi yang diberikan. Hal terpenting bagi guru adalah menjadi seinklusif mungkin.
 4. Mengurangi kebisingan. Untuk siswa yang menggunakan alat bantu, sangatlah membantu apabila guru dapat mengurangi kebisingan di dalam ruang kelas. Mengulangi pertanyaan atau tanggapan dengan jelas dari siswa lain di dalam kelas akan membantu siswa tuna rungu memahami apa yang dikatakan oleh teman kelasnya.

5. Menggunakan sumber yang ada. Guru dapat mempertimbangkan untuk mempelajari bahasa isyarat dan mendorong anggota kelas lainnya untuk mempelajari bahasa isyarat. Selain itu, guru dapat menggunakan teknologi yang tersedia untuk membantu pelajar tuna rungu. Guru dapat memberikan salinan pengajaran dan media visual yang digunakan kepada siswa tuna rungu. Manfaatkan sumber daya seperti tutor teman sebaya, pendidik khusus, penerjemah, *notetaker*, layanan terapi, dan bantuan guru.
6. Memastikan siswa tuna rungu mengetahui bahwa guru ada untuk mereka dan menyesuaikan strategi pengajaran berdasar pada hal yang membuat mereka nyaman. Menghormati pilihan siswa tuna rungu adalah hal yang penting. Anda ingin membantu mereka untuk menjadi yang terbaik semampu mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Avramidis, E. 2001. *Mainstream teachers' attitudes towards the inclusion of children with special educational needs in the ordinary school*. University of Exeter.
- Black, S.M. 2008. Head and neck. In: S. Standring. *Gray's anatomy: The anatomical and clinical basis of practice (40th ed)* London: Churchill-Livingstone. 409-422.
- Blauert, J. 1997. *Spatial hearing*. Rev. ed. Cambridge, Mass. [u.a.]: MIT Press. Available from http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&local_base=BVB01&doc_number=008320331&sequence=000001&line_number=0001&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA.
- Cawthon, S.W. 2001. Teaching Strategies in Inclusive Classrooms With Deaf Students. *Journal of deaf studies and deaf education*, 6 (3) 212-225. Available from <https://www.jstor.org/stable/42658587>.
- Eleweke, C.J. and Rodda, M. 2002. The challenge of enhancing inclusive education in developing countries. *International journal of inclusive education*, 6 (2) 113-126. Available from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13603110110067190>.
- Gelfand, S.A. 2010. *Hearing*. 5. ed., 1. publ. London: Informa Healthcare.
- Gregory, S. 2005. Deafness. In: A. Lewis and B. Norwich. *Special Teaching for Special Children?: Pedagogies for Inclusion* New York: Open University Press. 15-25.
- Grenot-Scheyer, M., Jubala, K.A., Bishop, K.D. and Coats, J.J. 1996. *The Inclusive Classroom*. Westminster: Teacher Created Materials, Inc.
- Hallahan, D. and Kauffman, J. 1978. *Exceptional children: Introduction to special education*. Available from <https://search.proquest.com/docview/38172085>.

- Knooks, H.E.T. and Marschark, M. 2015. *Educating deaf learners: Creating a global evidence base*. Available from <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:repository.ubn.ru.nl:2066%2F141756>.
- Middlebrooks, J.C. and Green, D.M. 1991. Sound localization by human listeners. *Annual review of psychology*, 42 (1) 135-159. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2018391>.
- Mueller, A.S., Pearson, J., Muller, C., Frank, K. and Turner, A. 2010. The school context. In: Anonymous *Educating children with special needs* Los Angeles, CA: Sage Publications. 64-78.
- NCERT. 2021. Sensory, Attentional, and Perceptual Processes. In: B. Sutar. *Psychology* New Delhi: National Council of Educational Research and Training. 85-106.
- Sahley, T.L. and Musiek, F.E. 2015. Anatomy and Physiology of Hearing. In: Anonymous *Basic Fundamentals in Hearing Science* San Diego: Plural Publishing. 595-633.
- Seikel, J., Drumright, D. and Hudock, D. 2021. *Anatomy & Physiology for Speech, Language, and Hearing*. 6th. Plural Publishing, Inc. Available from <http://www.r2library.com/resource/title/9781635502794>.
- Shaw, E.A. and Teranishi, R. 1968. Sound Pressure Generated in an External-Ear Replica and Real Human Ears by a Nearby Point Source. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 44 (1) 240-249. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5659838>.
- Smith, S. 2015. *IDEA 2004: Individuals with Disabilities Education Improvement Act*. Author House.

- Stinson, M. and Lang, H. 1994. The Potential Impact on Deaf Students of the Full Inclusion Movement. In: R.C. Johnson and O.P. Cohen. *Implications and Complications for Deaf Students of the Full Inclusion Movement* Washington, DC: Gallaudet Research Institute. 31-40.
- Walinga, J. 2010. *Introcuction to Psychology*. 1st. Canada: BCampus.
- Zemlin, W. 1997. *Speech and Hearing Science: Anatomy and Physiology*. 4th. Boston, MA: Allyn & Bacon. Available from <https://search.proquest.com/docview/85172708>.

BAB 10

GANGGUAN PENGLIHATAN

Oleh Dian Permatasari

10.1 Pendahuluan

Tunanetra adalah istilah yang menggambarkan orang yang tidak dapat melihat dengan baik. Stigma yang terkait dengan kehilangan penglihatan mempengaruhi bagaimana mereka berinteraksi dengan orang lain. Banyak orang mungkin berasumsi bahwa mereka bergantung pada orang lain untuk segalanya. Akan tetapi, film tentang penyandang tunanetra dan publisitas tentang musisi dan atlet tunanetra telah membantu mengubah citra penyandang tunanetra.

Selain itu, braille di lift, keluaran suara di komputer, dan akses ke pemilik restoran yang membaca menu mencerminkan pengakuan bahwa orang dengan gangguan penglihatan kompeten hanya dengan perbedaan ketajaman visual. Perubahan seperti itu memungkinkan mereka dapat hidup seperti yang lainnya dengan hanya beberapa akomodasi. Tujuan dari bab ini adalah untuk memberikan pemahaman tentang definisi gangguan penglihatan, klasifikasinya, karakteristik, layanan pendidikan, dan teknologi untuk siswa dengan gangguan penglihatan.

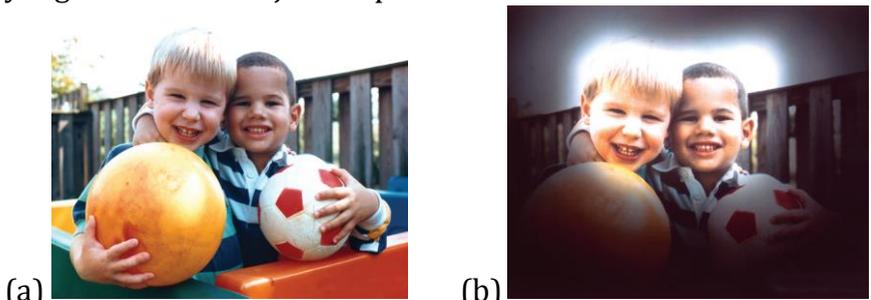
10.2 Definisi Gangguan Penglihatan

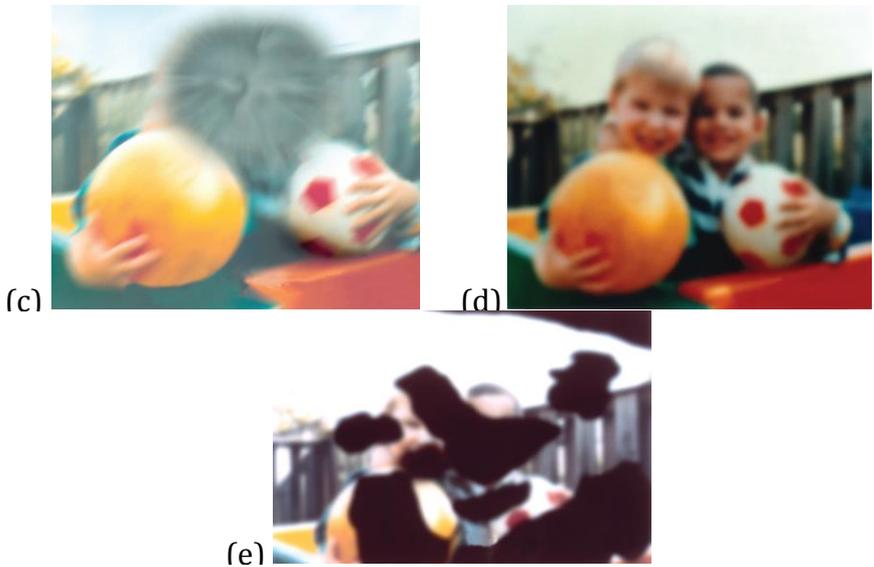
Gangguan penglihatan termasuk kebutaan didefinisikan sebagai gangguan yang mempunyai dampak terhadap proses pendidikan seseorang. Istilah ini mencakup penglihatan sebagian dan kebutaan. Gangguan penglihatan mungkin termasuk penurunan ketajaman visual (kemampuan untuk

melihat detail secara visual) dari penglihatan dekat atau jauh atau keterbatasan dalam melihat. Dengan kata lain, ketajaman mempengaruhi seberapa baik seorang siswa melihat materi yang disajikan dari dekat atau seberapa akurat siswa dapat melihat materi yang disajikan di papan tulis. Gangguan yang melibatkan bidang visual mengacu pada jumlah penglihatan yang dimiliki siswa di daerah kuadran ke kanan, ke kiri, atas, dan bawah sambil menatap lurus ke depan. Siswa dapat menunjukkan gerakan memutar kepala atau posisi yang tidak biasa untuk melihat materi dengan porsi bidang visual yang fungsional. Siswa dengan kehilangan penglihatan, atau keterbatasan penglihatan harus diajarkan untuk menggunakan isyarat pendengaran.

10.3 Klasifikasi Gangguan Penglihatan

Anak-anak memenuhi syarat untuk layanan pendidikan khusus sesuai dengan jumlah kehilangan penglihatan dan bagaimana kehilangan penglihatan itu mempengaruhi kinerja pendidikan. Gangguan penglihatan yang paling umum mempengaruhi anak usia sekolah termasuk katarak, glaukoma, atrofi saraf optik, miopia, albinisme, cedera mata, gangguan penglihatan kortikal, dan retinopati prematuritas (ROP). Contoh bagaimana anak-anak melihat dengan penyakit mata yang berbeda ditunjukkan pada Gambar 10.1





Gambar 10.1 Contoh Gangguan Penglihatan

Beberapa gangguan penglihatan merupakan akibat sekunder dari penyakit sistemik seperti diabetes, kanker, distrofi otot, dan artritis. Daftar gangguan penglihatan dan karakteristiknya dapat dilihat pada Tabel 10.1.

Tabel 10.1 Tunanetra Umum Anak Usia Sekolah

Kondisi	Penyebab	Karakteristik
Katarak kongenital	Anomali kongenital, infeksi, malnutrisi berat, penyakit sistemik, atau trauma	Penglihatan kabur, nistagmus
Glaukoma kongenital	Peningkatan tekanan mata	Air mata berlebihan, lensa keruh, nyeri, terbatas area penglihatan
Cedera mata	Trauma	Ketajaman visual yang buruk atau

Kondisi	Penyebab	Karakteristik
		kebutaan akibat cedera
Miopia	Pemanjangan mata	Rabun jauh ekstrim, penurunan ketajaman visual
Albinisme okular	Tidak adanya pigmen total atau sebagian, kondisi turun temuru	Nistagmus, sensitivitas cahaya, penurunan ketajaman visual
Atrofi optik	Degenerasi saraf optik, kongenital atau turun temurun	Kehilangan penglihatan sentral, penglihatan warna, dan penurunan ketajaman visual
Retinopati dari prematuritas (ROP)	Prematuritas dan berat badan lahir rendah	Kehilangan penglihatan tepi; kebutaan total dapat terjadi

Untuk mengetahui ketunanetraan pada seseorang dapat menggunakan tes Snellen Card (Widjaya, 2013). Klasifikasi tunanetra berdasarkan tingkat ketajaman penglihatan (Snellen Testl) (Sumekar, 2013) adalah sebagai berikut.

1. 6/6 meter - 6/16 meter atau 20/20 feet - 20/50 feet
Pada tingkat ketajaman ini disebut sebagai gangguan penglihatan ringan bahkan bisa dikatakan normal. Pada taraf ini masih mampu melihat benda kecil seperti mengamati uang logam seratus rupiah dan korek api.
2. 6/20 meter- 6/60 meter atau 20/70 feet – 20/200 feet
Pada tingkat ini disebut sebagai low vision atau kurang lihat. Pada keadaan ini masih bisa melihat dengan bantuan lensa.12

3. 6/60 meter lebih atau 20/200 feet lebih
Pada tingkat ketajaman ini diebut sebagai gangguan penglihatan berat. Pada keadaan ini mempunyai tingkatan yaitu: (1) Masih bisa menghitung jari pada jarak 6 meter, (2) Masih bisa melihat gerakan pada tangan, dan (3) Hanya dapat membedakan terang dan gelap.
4. Memiliki visus 0, yang sering disebut buta
Pada tingkat ini sudah tidak dapat melihat apapun dan tidak bisa melihat rangsangan cahaya.

Secara umum, tunanetra diklasifikasikan menjadi 2 yaitu kurang awas (*low vision*) dan buta total (*Totally Blind*) (Khaeroh *et al.*, 2020). Berikut adalah penjelasannya:

1. Tunanetra Ringan/Kurang Awas (*Low vision*)
Tunanetra ringan adalah gangguan penglihatan ringan dan masih bisa mengikuti pembelajaran serta mampu melakukan aktivitas seperti orang pada umumnya dengan menggunakan sisa fungsi penglihatannya (Ernawati, 2018). Orang yang diklasifikasikan tunanetra ringan mempunyai ketajaman penglihatan antara 20/70 feet sampai 20/200 feet. Tunanetra ringan (*low vision*) masih memiliki sisa penglihatan tetapi tidak dapat membaca dalam ukuran normal tetapi fungsi penglihatannya dapat ditingkatkan melalui alat bantu optik atau modifikasi lingkungan. *Low vision* mungkin akan dapat membaca jika tulisan diperbesar, tetapi dia juga akan terbantu apabila belajar braille atau menggunakan rekaman audio. Hal tersebut dapat membantu anak *low vision* dalam belajar.
2. Tunanetra Total (*Totally Blind*)
Tunanetra total adalah gangguan penglihatan dimana fungsi penglihatannya tidak dapat bekerja sama sekali, sehingga benar-benar tidak dapat melihat gelap maupun terang. Tunanetra total merupakan suatu keadaan seseorang tidak bisa menerima informasi menggunakan

indra penglihatannya sehingga mereka hanya mengandalkan indra peraba dan pendengar dalam proses pembelajaran. Orang yang tergolong buta memiliki ketajaman penglihatan 20/200 feet atau kurang atau lebih dari 20/200 feet tetapi lantang pandangnya tidak lebih besar dari 20 derajat. Misalnya, untuk membaca tunanetra menggunakan braille yang dibaca dengan cara melalui ujung-ujung jari, ataupun mendengarkan rekaman audio melalui pendengaran.

Berdasarkan saat terjadinya, tunanetra diklasifikasikan menjadi tunanetra sebelum dan sejak lahir, tunanetra batita, tunanetra balita, tunanetra pada usia sekolah, tunanetra remaja, dan tunanetra dewasa (Yuwono and Utomo, 2021). Selain itu, berdasarkan adaptasi pendidikannya, tunanetra diklasifikasikan menjadi:

1. Ketidakmampuan melihat taraf sedang (*moderate visual disability*)
2. Ketidakmampuan melihat taraf berat (*severe visual disability*)
3. Ketidakmampuan melihat taraf sangat berat (*profound visual disability*)

Dalam perspektif pendidikan, tunanetra dikelompokkan menjadi:

1. Mereka yang mampu membaca huruf cetak standar.
2. Mampu membaca huruf cetak standar, tetapi dengan bantuan kaca pembesar.
3. Mampu membaca huruf cetak dalam ukuran besar [ukuran huruf no. 18].
4. Mampu membaca huruf cetak secara kombinasi, cetakan reguler, dan cetakan besar.
5. Menggunakan huruf Braille tetapi masih bisa melihat cahaya.

10.4 Karakteristik Gangguan Penglihatan

Tunanetra mempengaruhi jenis pengalaman yang dimiliki anak, kemampuan untuk melakukan perjalanan di dalam lingkungan, dan keterlibatan dalam komunitas. Faktor-faktor ini akan terpengaruh secara berbeda tergantung pada banyaknya penglihatan yang hilang. Anak dengan low vision memiliki pengalaman yang berbeda dengan anak yang buta atau buta total. Karakteristik yang dapat diamati dari kesulitan penglihatan pada anak-anak untuk membantu guru dalam mengidentifikasi karakteristik siswa dengan gangguan penglihatan sebagai berikut.

1. Memutar kepala, tubuh, atau mata yang tidak biasa
2. Memegang bahan bacaan sangat dekat dengan wajah
3. Menggosok mata secara berlebihan
4. Mata berair
5. Kelelahan mata
6. Sering sakit mata
7. Sering sakit kepala
8. Menyipitkan mata atau menaungi mata untuk melihat objek
9. Terus-menerus mengalami kesulitan dalam mengikuti saat membaca dan menulis
10. Menggunakan spidol seperti pensil dan jari saat membaca
11. Kesulitan menyalin dari papan atau transparansi
12. Kebingungan dalam menulis huruf dan angka dengan tepat
13. Pergerakan "kikuk" dari satu lingkungan ke lingkungan lain
14. Postur tubuh yang buruk saat berdiri dan duduk
15. Keengganan untuk berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan fisik
16. Nilai buruk
17. Kesulitan dengan identifikasi warna atau koordinasi warna
18. Koordinasi persepsi sensorik
19. Misaligns kolom saat menulis soal matematika
20. Membutuhkan waktu tambahan untuk menyelesaikan tugas

21. Gagal melakukan kontak mata saat berbicara dengan orang
22. Masalah perilaku.

10.4.1 Prestasi akademik

Pada suatu waktu diyakini bahwa gangguan penglihatan dikaitkan dengan penurunan kemampuan intelektual, tetapi sekarang kita tahu bahwa ini tidak benar. Bahkan, dalam banyak kasus, kemampuan intelektual siswa tunanetra serupa dengan rekan-rekan mereka yang awas (Gargiulo & Metcalf, 2010). Meskipun demikian, keterlambatan akademik yang signifikan tidak jarang terjadi pada peserta didik dengan gangguan penglihatan. Hal ini kemungkinan besar disebabkan oleh terbatasnya kesempatan mereka untuk memperoleh informasi secara visual. Untuk anak-anak ini, tidak seperti teman sekelas mereka yang awas, pembelajaran insidental berasal dari interaksi dengan lingkungan sangat terbatas (Liefert, 2003). Akibatnya, pengembangan konseptual dan pembelajaran lainnya pada siswa tunanetra terutama bergantung pada pengalaman taktil (sentuhan) dan penggunaan modalitas sensorik selain penglihatan (Bishop, 2004; Chen & Downing, 2006; Gargiulo & Metcalf, 2016).

10.4.2 Perkembangan Sosial dan Emosional

Pengalaman sehari-hari anak tunanetra terpengaruh karena anak-anak tersebut tidak merespon secara visual terhadap orang-orang di lingkungan sekitar. Mempertahankan kontak mata selama berbicara, tersenyum pada seseorang dengan cara yang ramah, dan menjangkau untuk menyentuh seseorang di dekatnya bukanlah keterampilan bawaan untuk anak yang tidak dapat melihat detail di sekitarnya. Bagi anak tunanetra, pengetahuan tentang bagian tubuh, keterampilan makan, perilaku sesuai usia, pakaian, dan keterampilan sosial lainnya tidak dipelajari dengan melihat orang lain dalam keluarga atau masyarakat. Perilaku yang sesuai secara sosial

harus sengaja diajarkan kepada orang dengan gangguan penglihatan sehingga orang lain akan merasa nyaman selama komunikasi.

Perilaku sosial mempengaruhi perkembangan emosional anak tunanetra. Anak harus merasa diterima oleh teman sebaya dan orang lain dalam masyarakat. Jika kontak mata atau komunikasi verbal tidak sesuai dengan usia anak, orang dewasa dan anak-anak mungkin cenderung meninggalkan anak tersebut dari acara sosial atau berbicara untuk anak tersebut. Anak tunanetra juga harus berbicara tentang emosi dan bagaimana memproyeksikan emosi tersebut ke dunia penglihatan. Seringkali anak tunanetra kesepian dan membutuhkan struktur untuk diintegrasikan ke dalam kegiatan masyarakat. Anak mungkin merasa terisolasi dan memiliki harga diri yang rendah karena dia tampak berada di pinggiran peristiwa dalam keluarga atau masyarakat. Komunikasi fisik dalam interaksi sosial, seperti menyentuh orang dengan tepat, mempengaruhi aspek sosial dan emosional anak. Perlu untuk mengatasi perasaan dan emosi agar anak tunanetra dapat mengetahui apa itu emosi dan bagaimana orang lain mendeteksi perubahan emosi pada wajah atau bahasa tubuh.

Seorang anak yang memiliki low vision akan menampilkan lebih banyak keterampilan visual dan taktual dalam situasi sosial. Respons yang tepat yang ditunjukkan karena pengalaman visual dan sentuhan yang berpasangan akan sering membuat anak dengan gangguan penglihatan tampak lebih sedikit mengalami kehilangan penglihatan daripada yang sebenarnya terjadi. Namun, anak dengan gangguan penglihatan mungkin memiliki perangkat optik, materi yang diperbesar, perangkat mobilitas, dan teknologi untuk membaca dan menulis dengan cetakan. Hal ini dapat menyebabkan frustrasi bagi anak karena rumitnya perangkat dan bahan yang dibutuhkan untuk memperoleh informasi secara visual dan auditori.

Anak yang secara hukum buta akan mengambil informasi secara taktual dan auditori, dengan penggunaan penglihatan minimal untuk tugas-tugas di mana benda besar atau cahaya mempengaruhi keputusan mobilitas. Banyak orang tua memperhatikan bahwa anak kecil tidak menoleh ke arah orang yang berbicara dan tampaknya meraba-raba mainan di lantai, berpegangan pada dinding, atau duduk sendirian daripada menjelajahi ruangan. Anak juga akan berkonsentrasi pada hal-hal di lingkungan terdekat, berbicara jika tidak pantas, dan mengajukan pertanyaan untuk mempertahankan kontak suara dengan orang-orang di dalam ruangan. Anak yang secara hukum buta akan melakukan perjalanan dengan tongkat dan akan membaca dan menulis dengan perbesaran, Braille, atau keduanya, sesuai dengan kecepatan membaca, pemahaman, dan preferensi.

Anak yang buta total, tanpa persepsi cahaya atau mungkin dengan mata palsu, akan bergantung pada keterampilan taktual dan pendengaran untuk semua informasi. Anak seringkali tidak bereaksi terhadap isyarat visual apa pun, biasanya akan duduk di satu tempat sampai seseorang membimbingnya ke tempat lain, dan akan bergantung pada orang lain untuk stimulasi dalam lingkungan terdekat. Anak akan menggunakan tongkat untuk bepergian dan akan menggunakan tangan untuk menemukan dan mendeskripsikan objek. Anak akan menggunakan membaca dan menulis Braille untuk melek huruf dan harus menggunakan keterampilan mendengarkan untuk mempelajari ide-ide baru.

10.4 Asesmen Gangguan Penglihatan

Dalam mengembangkan program pendidikan untuk anak tunanetra, proses penilaian harus sesuai dengan pedoman yang setara untuk bidang pengecualian lainnya ketika juga mendiagnosis dan menentukan kebutuhan dan kemampuan

unik siswa tunanetra. Beberapa anak dapat diidentifikasi saat lahir memiliki gangguan penglihatan melalui pemeriksaan medis rutin, tetapi banyak anak lainnya tidak diidentifikasi sebagai tunanetra sampai nanti. Orang tua atau pengasuh mungkin memperhatikan perilaku perkembangan yang tidak biasa yang disebabkan oleh kehilangan penglihatan. Beberapa anak mungkin didiagnosis dengan gangguan penglihatan setelah kecelakaan atau penyakit masa kanak-kanak. Anak-anak lain dapat diidentifikasi melalui program skrining penglihatan prasekolah atau taman kanak-kanak.

Skrining untuk ketajaman visual sering diberikan di sekolah atau di kantor dokter. Bagan ketajaman yang paling sering digunakan untuk menguji dan melaporkan kehilangan penglihatan adalah bagan Snellen. Contoh jarak yang hilang pada grafik Snellen adalah 20/70, artinya orang tersebut harus berjarak 20 kaki dari grafik untuk melihat apa yang dapat dilihat mata normal dari jarak 70 kaki. Bagan ini adalah tes jarak 20 kaki; tes lain diberikan untuk penglihatan dekat dan masalah penglihatan lainnya.

Setiap siswa yang diidentifikasi dengan masalah penglihatan yang dicurigai harus dirujuk ke dokter mata berlisensi atau dokter mata untuk evaluasi lebih lanjut, termasuk pemeriksaan dan laporan medis. Informasi dalam laporan ini harus mencakup etiologi, riwayat medis dan diagnosis, kesehatan mata, kemampuan visual, perangkat low vision yang direkomendasikan, kebutuhan orientasi dan mobilitas, dan tanggal evaluasi ulang. Informasi ini dapat diberikan kepada sistem pendidikan melalui laporan tertulis tertulis. Interpretasi data ini untuk tim pendidikan harus dilakukan oleh guru tunanetra yang terlatih dan bersertifikat. Informasi ini sangat penting untuk pengembangan pengalaman pendidikan yang sesuai. Jika kondisi memungkinkan, penilaian lebih lanjut harus diperoleh dan dipertimbangkan oleh tim multidisiplin.

Selain pemeriksaan medis, evaluasi klinis low vision diperlukan untuk menentukan apakah seorang siswa dapat memperoleh manfaat dari perangkat *low vision* optik atau nonoptik lainnya. Pemeriksaan *low vision* melibatkan tes ketajaman, pengujian bidang visual untuk kehilangan penglihatan perifer atau sentral, dan wawancara dengan individu untuk melihat apa yang ingin dia lakukan untuk pekerjaan, sekolah, atau kegiatan rekreasi. Resep pribadi untuk perangkat low vision, teknologi, atau rujukan ke lembaga komunitas adalah bagian dari rencana low vision. Jika perangkat low vision tidak dapat membantu siswa dengan membaca, menulis, atau melihat jauh, maka resep pendengaran dan taktual direkomendasikan sebagai pra-Braille atau latihan keterampilan mendengarkan.

10.4 Layanan Pendidikan

Layanan pendidikan bagi siswa tunanetra ditentukan gangguan penglihatan yang dialaminya karena mungkin berbeda secara signifikan dalam kemampuan visual mereka. Seorang siswa mungkin tidak memiliki visi penglihatan dan harus belajar melalui indera peraba. Beberapa yang memiliki gangguan penglihatan mungkin dapat membaca dan menulis yang dicetak dengan modifikasi seperti tulisan yang diperbesar, tetapi yang lain mungkin harus menggunakan kombinasi Braille dan tulisan yang diperbesar. Media pembelajaran yang tepat untuk setiap siswa harus ditentukan oleh kemampuan siswa dalam menggunakan masing-masing sarana tersebut atau kombinasi keduanya.

Pertimbangan lain dalam memahami kemampuan visual siswa termasuk usia siswa pada saat kehilangan penglihatan, tingkat keparahan dan stabilitas kondisi mata, dan apakah kondisi tersebut merupakan akibat dari kondisi keturunan atau bawaan. Informasi ini biasanya diperoleh melalui penilaian

medis atau berbasis klinis oleh dokter mata atau dokter mata dan tidak harus mencakup bagaimana orang tersebut berfungsi dalam berbagai pengaturan di seluruh sekolah, rumah, atau masyarakat.

Kebutuhan siswa dengan gangguan penglihatan harus didukung dalam kurikulum pendidikan. Kebutuhan akan layanan khusus dan langsung juga bervariasi di seluruh pendidikan anak, tergantung pada tujuan program pendidikan dan cara pencapaian tujuan ini di dalam kelas. Individu yang mengalami gangguan penglihatan harus memperoleh keterampilan kompensasi dan pembelajaran pengalaman dengan mengakses kurikulum yang disesuaikan (Huebner, Merk-Adam, Stryker, & Wolffe, 2004). Kurikulum yang disesuaikan adalah kumpulan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan oleh siswa tunanetra karena kebutuhan khusus disabilitas mereka. Siswa tunanetra membutuhkan kurikulum yang disesuaikan di samping kurikulum akademik yang terdapat dalam pendidikan umum.

Kurikulum yang disesuaikan pada dasarnya menciptakan kurikulum paralel keterampilan khusus disabilitas yang melengkapi kurikulum pendidikan umum. Kurikulum akademik harus dimodifikasi untuk memenuhi kebutuhan individu setiap siswa sehingga kemajuan didasarkan pada tingkat keterampilan dan keberhasilan penyelesaian harapan di setiap bidang studi. Bidang khusus dari kurikulum reguler, seperti seni, musik, dan ekonomi rumah, juga dianggap sesuai untuk siswa tunanetra. Modifikasi dan akomodasi pelajaran sering dapat dicapai melalui penggunaan pengalaman penglihatan, pendengaran, atau perabaan. Adaptasi bahan ajar dan lingkungan mungkin diperlukan untuk memungkinkan siswa tunanetra berpartisipasi dalam program pendidikan dan memperoleh manfaat maksimal dari pengalaman. Adaptasi dapat bervariasi sesuai dengan kebutuhan individu, yang harus dinilai sebelum menyediakan bekal khusus bagi siswa.

10.4 Teknologi untuk Siswa Gangguan Penglihatan

Kemajuan teknologi telah memberikan kesempatan bagi siswa tunanetra untuk berpartisipasi dalam program pendidikan setingkat dengan teman sebayanya. Setelah menentukan kebutuhan individu siswa tunanetra, tim pendidikan harus mempertimbangkan susunan bahan dan peralatan khusus yang memungkinkan siswa berpartisipasi penuh dalam lingkungan yang paling tidak membatasi. Identifikasi dan penggunaan sumber daya ini dapat membuat perbedaan penting dalam program pendidikan dan masa depan siswa tunanetra.

Penekanan pada teknologi di sekolah telah membuat komputer dan perangkat teknologi bantu tersedia untuk semua anak dalam program pendidikan. Dari komputer sederhana hingga perangkat komunikasi dan kontrol lingkungan, teknologi menawarkan kepada siswa penyandang disabilitas alat untuk berhasil di sekolah, untuk bersaing di tempat kerja, dan untuk mencapai kemandirian. Seorang anak tunanetra atau tunanetra dapat membaca buku dari perangkat sederhana yang memperbesar kata-kata tercetak di layar atau dengan menggunakan komputer untuk mengubah teks menjadi tampilan gambar yang disempurnakan, Braille, ucapan sintetis, atau pengenalan karakter optik.

Teknologi memiliki potensi untuk menyamakan kesempatan dan meningkatkan fungsi siswa tunanetra. Teknologi memainkan peran utama dalam pembelajaran dan semua aspek kehidupan sehari-hari, mulai dari literasi hingga mobilitas hingga kehidupan mandiri. Siswa tunanetra harus memiliki teknologi yang ditentukan sehingga peralatan dan perangkat khusus dapat diakses dalam aktivitas sehari-hari. Saat ini, banyak anak-anak dan dewasa muda yang belajar menggunakan berbagai bentuk teknologi terlepas dari tingkat gangguan penglihatannya. Lihat Tabel 12.2 untuk cara orang-

orang dengan gangguan penglihatan dapat mengakses dan berinteraksi dengan komputer.

Tabel 10.1 Teknologi untuk Siswa Gangguan Penglihatan

Metode Akses	Alat	Keterangan
Braille Embosser	Mountbatten Brailler	Electronic Braille embosser yang menerjemahkan teks dari Braille
Braille Translator	Duxbury Braille Translator	Program perangkat lunak yang mengambil file teks terkomputerisasi dan mengonversi dan memformat dokumen dengan benar untuk dicetak
Braille Writer	Perkins Brailler	Sebuah mesin dengan kunci yang sesuai dengan masing-masing enam titik dari Kode braille untuk membuat semua karakter kode
Global Positioning System (GPS)	Trekker	Sistem alat orientasi yang menentukan posisimseperti persimpangan dan memungkinkan seseorang untuk merencanakan dan mengikuti rute dengan berkomunikasi dengan satelit di orbit bumi
BrailleNote	(Software) A mobility	Sistem mobilitas yang memungkinkan pengguna untuk membuat atau memahami dan mengembangkan rute di

Metode Akses	Alat	Keterangan
		seluruh lingkungan
Optical Character Recognition (OCR)	Kurzweil Reader, OpenBook	Sebuah sistem yang menyediakan kapasitas untuk memindai teks yang dicetak, memilikinya diucapkan dalam ucapan sintetis, atau simpan ke file komputer
Synthetic Speech	JAWS, Window-Eyes	Perangkat lunak pembacaan Layar Window-Eyes yang memungkinkan teks dikonversi menjadi ucapan
Video Magnifier	Closed Circuit Television (CCTV)	Perangkat keras yang digunakan untuk memproyeksikan gambar yang diperbesar ke monitor video

Setiap siswa perlu memiliki kesempatan untuk mengakses informasi sesuai dengan kebutuhannya yang unik. Mengakses dan menggunakan teknologi tepat guna secara benar adalah proses perkembangan yang seharusnya menghasilkan kemampuan siswa untuk menjadi mandiri seperti rekan-rekan mereka yang awas. Dengan penilaian dan pelatihan teknologi yang tepat, siswa tunanetra atau tunanetra dapat bersaing dengan sukses dalam program pendidikan. Untuk melakukannya, bagaimanapun, siswa tunanetra harus memiliki akses ke alat yang setara pada saat yang sama dengan rekan-rekan mereka yang memiliki penglihatan. Mereka harus memiliki akses ke berbagai macam dan jumlah besar bahan bacaan. Mereka harus memiliki akses langsung ke penelitian, keterampilan mencatat yang diperluas, dan akses ke sistem telekomunikasi yang sedang berjalan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bishop, R. Y. A. N., & Phillips, J. 2004. The slow and the blind. *Culture and Organization*, 10(1), 61-75.
- Chen, D., & Downing, J. E. 2006. *Tactile strategies for children who have visual impairments and multiple disabilities: Promoting communication and learning skills*. American Foundation for the Blind.
- Ernawati. 2018. Pengaruh Media Sempoa Dalam Meningkatkan Kemampuan Menyelesaikan Operasi Hitung Perkalian Bagi Siswa Tunanetra Low Vision Kelas Vii Pada Pembelajaran Matematika Di Sekolah Khusus Negeri 01 Kota Serang', *UNIK (Jurnal Ilmiah Pendidikan Luar Biasa)*, 3(3).
- Gargiulo, R. M., & Bouck, E. C. 2019. *Special education in contemporary society: An introduction to exceptionality*. Sage Publications.
- Khaeroh, I. et al. 2020. Pelaksanaan Pendidikan Inklusif Untuk Siswa Dengan Hambatan Penglihatan (Low Vision) Di Sekolah Dasar. *JPI (Jurnal Pendidikan Inklusi)*. 4(1), p. 11. doi: 10.26740/inklusi.v4n1.p11-21.
- Liefert, F. 2003. Introduction to visual impairment. *Collaborative assessment: Working with students who are blind or visually impaired, including those with additional disabilities*. 1-22.
- Sumekar. 2013. Anak Berkebutuhan Khusus (Cara Membantu Mereka Agar Berhasil Dalam Pendidikan Inklusif).
- Widjaya, A. 2013. Seluk beluk tunanetra.
- Yuwono, I. and Utomo. 2021. *Pendidikan Inklusi*. Sleman: Deepublish Publisher.

BAB 11

AUTISME DAN TUNA GANDA

Oleh Fitri Meliani

11.1 Pendahuluan

Pendidikan inklusi merupakan sistem penyelenggaraan pendidikan yang memberikan layanan dan kesempatan kepada semua anak tidak terkecuali anak berkebutuhan khusus dan anak dengan potensi kecerdasan atau bakat istimewa untuk mengikuti pendidikan dan pembelajaran dalam satu lingkungan bersama-sama anak dengan kriteria pada umumnya. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 32 ayat (1) telah menegaskan, bahwa setiap warga berhak untuk mendapatkan pendidikan, pada Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 32 ayat (2) menegaskan, bahwa setiap warga berhak dan wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah wajib membiayainya (Gustiana Yuantini, 2019).

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional, Pasal 5 ayat (1) yang menegaskan, bahwa setiap warga negara mempunyai hak yang sama untuk memperoleh pendidikan yang bermutu. Undang-undang inilah yang menjadi bukti kuat hadirnya pendidikan inklusi ditengah masyarakat. Pembelajaran pada pendidikan inklusif mempertimbangkan prinsip-prinsip pembelajaran yang disesuaikan dengan karakteristik belajar peserta didik. Peserta didik yang memiliki kelainan fisik, emosional, mental, sosial, dan/atau memiliki potensi kecerdasan dan/atau bakat istimewa perlu mendapatkan layanan pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan dan hak asasinya. Pendidikan khusus untuk peserta didik yang memiliki kelainan dan/atau peserta didik

yang memiliki potensi kecerdasan dan/atau bakat istimewa dapat diselenggarakan secara inklusif (Gustiana Yuantini, 2019).

Pendidikan Inklusi masih dipahami sebagai upaya memasukkan anak berkebutuhan khusus ke sekolah reguler dalam rangka memberikan hak atas pendidikan untuk semua anak, kemudahan akses pendidikan, dan menghilangkan diskriminasi. Dalam implementasinya guru cenderung belum mampu bersikap proaktif dan ramah terhadap semua anak, menimbulkan komplain orang tua, dan menjadikan anak berkebutuhan khusus sebagai bahan olok-olokan. Sekalipun sudah didukung dengan visi yang cukup jelas, menerima semua jenis anak berkebutuhan khusus sebagian sudah memiliki guru khusus, mempunyai catatan hambatan belajar pada masing-masing anak berkebutuhan khusus, dan kebebasan guru kelas dan guru khusus untuk mengimplementasikan pembelajaran yang lebih kreatif dan inovatif di kelas, namun cenderung belum didukung dengan koordinasi dengan tenaga profesional, organisasi atau institusi terkait. Keterlibatan orang tua sebagai salah satu kunci keberhasilan dalam pendidikan inklusi, belum terbina dengan baik (Akrim and Harfiani, 2019).

Kegagalan dan keberhasilan pada sekolah dengan program pendidikan inklusi dalam melaksanakan proses pembelajaran di sekolah salahsatunya dipengaruhi oleh implementasi kebijakan pendidikan inklusi di sekolah tersebut. Maka dari itu dibutuhkan para pemimpin dan implementator yang mampu dan bersedia melaksanakan kebijakan program pendidikan inklusi tersebut. Apabila kebijakan tidak dijalankan dengan baik, maka akan terjadi kesenjangan implementasi di lapangan yang artinya ada perbedaan antara hukum yang tertulis dan praktik kebijakan di lapangan atau sekolah. *Implementation gap* dapat terjadi karena adanya faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi pendidikan inklusi di sekolah.

Dengan keberadaan anak autis yang mengenyam pendidikan bersama dengan anak reguler di sekolah inklusi. Dimana siswa autis berada pada situasi dimana mereka dituntut untuk mampu belajar bersama dengan siswa reguler didalam satu kelas. Sebagaimana siswa normal pada umumnya siswa autis tentulah mempunyai masalah-masalah dalam proses pelaksanaan belajarnya. Masalah yang ditimbulkan 6 bisa diakibatkan oleh karena faktor dari dalam diri siswa dengan gangguan autis ini sendiri maupun faktor yang berasal dari luar diri individu. Dalam sekolah inklusi anak berkebutuhan khusus seperti halnya siswa autis belajar bersama dengan siswa reguler di dalam kelas. Anak dengan kebutuhan khusus termasuk anak dengan gangguan autis dituntut untuk mampu berinteraksi dengan siswa reguler. Proses – proses interaksi inipun terkadang menjadi penyebab adanya hambatan-hambatan dalam proses belajar anak autis di sekolah inklusi. Hal ini merupakan salah satu contoh faktor eksternal yang mempengaruhi proses belajar siswa autis di sekolah inklusi (Amka and Mirnawati, 2020).

11.2 Autisme

Autisme atau *Autistic Spectrum Disorder* saat ini semakin banyak ditemukan di lingkungan masyarakat. Di beberapa tempat, anak autis dimasukkan di SLB C (Tuna Grahita). Sebagian yang lain dimasukkan di SLB khusus autis yang mulai bermunculan di beberapa tempat dan lembaga-lembaga terapi autis. Di kota-kota besar anak autis dapat dimasukkan di sekolah-sekolah inklusi. Data menurut dr Widodo Judarwanto, jumlah penderita autis di Indonesia di tahun 2015 diperkirakan satu per 250 anak mengalami gangguan spectrum autis. Tahun 2015 diperkirakan terdapat kurang lebih 12.800 anak penyandang autisme dan 134.000 penyandang spectrum autis di Indonesia autisme didefinisikan sebagai gangguan

perkembangan dengan tiga trias gangguan perkembangan yaitu gangguan pada interaksi sosial, gangguan pada komunikasi dan keterbatasan minat serta kemampuan imajinasi (Hakiman et al., 2021).

Lima kriteria untuk mendiagnosis autisme yakni gejala interaksi sosial yang sangat berat, perkembangan komunikasi yang sangat berat, tingkah laku yang berulang-ulang dan gangguan imajinasi bersamaan dengan munculnya gejala/simtom serta respon abnormal terhadap sensori. Simptom dari gangguan autistik adalah gangguan dalam interaksi sosial, komunikasi dan perilaku. Kata autisme berasal dari bahasa latin, yaitu *autos* yang artinya sendiri (menyendiri). Penyandang autisme seakan-akan hidup dalam dunianya sendiri. Istilah Autisme baru diperkenalkan sejak tahun 1943 oleh Leo Kanner (Jegatheesan et al., 2010).

Istilah yang lazim dipakai saat ini oleh para ahli adalah kelainan spektrum autistik atau ASD (*Autistic Spectrum Disorder*). ASD merupakan istilah yang dapat merangkum diagnostik gangguan pervasif seperti gejala autistik masa kanak-kanak, gangguan autistik, autisme tipikal, Syndrome Asperger dan Pervasive Developmental Not Otherwise Specified (PDD-NOS). ASD merupakan kondisi yang berlanjut hingga remaja dan masa dewasa, meskipun anak mengalami perkembangan. Simptom atau gejala-gejalanya bervariasi. Intervensi yang diberikan kepada anak autis salah satunya adalah dengan terapi sensori integrasi yang dapat diberikan secara individual di klinik-klinik autis. Terapi ini dapat diberikan satu sampai tiga kali seminggu dengan durasi satu jam tiap kali terapi. Terapi akan berjalan selama beberapa bulan sampai satu tahun. Sekolah inklusi dapat memberikan jenis intervensi ini dengan metode pembelajaran sensorimotor. Pembelajaran sensorimotor di sekolah inklusi diberikan secara individual maupun secara klasikal. Anak autis didampingi oleh pendamping khusus sehingga dapat tetap mengikuti

pembelajaran secara klasikal. Anak autis dapat dimasukkan di sekolah inklusi yang saat ini mulai berkembang di masyarakat. Masyarakat mulai menyadari bahwa pendidikan diberikan untuk semua anak tanpa kecuali (*education for all*) (Jegatheesan et al., 2010).

11.2.1 Karakteristik Anak dengan Gangguan Autisme

Banyak sekali definisi yang beredar tentang autis. Akan tetapi, secara garis besar, autis adalah gangguan perkembangan khususnya terjadi pada masa anak-anak yang membuat seseorang tidak mampu mengadakan interaksi sosial dan seolah-olah hidup dalam dunianya sendiri (Prasetyono, 2008). Untuk memeriksa apakah seorang anak menderita autis atau tidak, digunakan standar internasional tentang autis. ICD-10 (*International Classification of Diseases*) tahun 1993 dan DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*) tahun 1994 merumuskan kriteria diagnosis untuk autis infantile yang isinya sama dan saat ini dipakai di seluruh dunia. Kriteria tersebut adalah sebagai berikut, untuk hasil diagnosis, diperlukan sejumlah 6 gejala (atau lebih) dari nomor 1, 2, dan 3, termasuk setidaknya 2 gejala dari nomor 1, dan masing-masing 1 gejala dari nomor 2 dan 3:

- a) Gangguan kualitatif dalam interaksi sosial yang timbal balik. Minimal harus ada dua dari gejala-gejala berikut ini:
 - Tidak mampu menjalin interaksi sosial yang cukup memadai, seperti kontak mata sangat kurang, ekspresi muka kurang hidup, dan gerak-gerik kurang tertuju.
 - Tidak bisa bermain dengan teman sebaya, tidak ada empati (tidak dapat merasakan apa yang dirasakan orang lain).
 - Kurang mampu mengadakan hubungan sosial dan emosional yang timbal balik.
- b) Gangguan kualitatif dalam bidang komunikasi. Minimal harus ada satu dari gejala-gejala berikut ini:

- Perkembangan bicara terlambat atau sama sekali tidak berkembang. Anak tidak berusaha untuk berkomunikasi secara nonverbal. Bila anak bisa bicara, maka bicaranya tidak dipakai untuk berkomunikasi.
 - Sering menggunakan bahasa yang aneh dan diulang-ulang.
 - Cara bermain kurang variatif, kurang imajinatif, dan kurang dapat meniru.
- c) Adanya suatu pola yang dipertahankan dan diulang-ulang dalam perilaku, minat dan kegiatan. Minimal harus ada satu dari gejala berikut ini:
- Mempertahankan satu minat atau lebih dengan cara yang sangat khas dan berlebihan.
 - Terpaku pada suatu kegiatan yang ritualistik atau rutinitas dan tidak ada gunanya.
 - Ada gerakan-gerakan aneh yang khas dan diulang-ulang
 - Sering kali sangat terpukau pada bagian-bagian benda.
- d) Sebelum umur tiga tahun, tampak adanya keterlambatan atau gangguan dalam bidang; (a) interaksi social; (b) bicara dan berbicara; serta (c) cara bermain yang monoton dan kurang variatif.

Sedangkan klasifikasi autisme oleh ICD (*International Classification of Diseases*, WHO 1993) dan DSM-IV (American Psychiatric Association, dalam Prasetyono 2008) adalah:

- a) Autisme masa kanak-kanak adalah gangguan perkembangan pada anak yang gejalanya sudah tampak sebelum anak tersebut mencapai umur tiga tahun. Jika orang tua sudah mengetahui kriteria anak autisme sejak dini, maka gejala anak autisme dapat dengan mudah dideteksi.
- b) *Pervasive developmental disorder not otherwise specified* (PDD-NOS) Biasa disebut dengan autisme yang tidak umum. Diagnosis PDD-NOS dapat dilakukan jika anak tidak memenuhi kriteria diagnosis yang ada pada DSM-IV. PDD-

- NOS juga memperlihatkan gejala gangguan perkembangan dalam bidang komunikasi, interaksi, dan perilaku. Akan tetapi, gejalanya tidak sebanyak seperti pada autisme masa kanak-kanak. Kualitas dari gangguan tersebut lebih ringan, sehingga anak-anak ini masih bisa bertatap mata, ekspresi facial tidak terlalu datar, dan masih bisa diajak bergurau.
- c) Sindrom Rett adalah gangguan perkembangan yang hanya dialami oleh anak wanita. Ciri-cirinya adalah kehamilan normal, kelahiran normal, perkembangan bayi normal sampai sekitar umur 6 bulan serta lingkaran kepala normal pada saat lahir. Akan tetapi, mulai sekitar umur 6 bulan, bayi mulai mengalami kemunduran perkembangan. Pertumbuhan kepala mulai berkurang pada umur lima bulan sampai empat tahun. Gerakan tangan menjadi tidak terkontrol, gerakan yang terarah hilang, dan disertai dengan gangguan komunikasi serta penarikan diri secara sosial. Gerakan-gerakan otot tampak makin tidak terkoordinasi. Seringkali, anak memasukkan tangan ke mulut, menepukkan tangan, dan membuat gerakan dengan kedua tangannya seperti orang sedang mencuci baju. Hal ini terjadi antara umur 6-30 bulan.
- d) Gangguan disintegrative masa kanak-kanak Pada gangguan disintegrasi masa kanak-kanak, hal yang mencolok adalah bahwa anak tersebut telah berkembang dengan sangat baik selama beberapa tahun sebelum terjadi kemunduran yang hebat. Gejalanya timbul setelah umur tiga tahun. Anak tersebut biasanya sudah bisa berbicara dengan sangat lancar, sehingga kemunduran tersebut menjadi sangat dramatis. Bukan hanya bicaranya yang mendadak berhenti, tetapi ia juga mulai menarik diri dan ketrampilannya pun ikut mundur. Perilakunya menjadi sangat cuek dan juga timbul perilaku berulang-ulang dan stereotip.

- e) Sindrom asperger yaitu memiliki ciri-ciri perkembangan bicaranya tidak terganggu, bicaranya tepat waktu, dan cukup lancar meskipun ada juga bicaranya yang agak terlambat. Akan tetapi, meskipun mereka pandai bicara, mereka kurang bisa berkomunikasi secara timbal balik. Komunikasi hanya berjalan searah. Anak banyak berbicara tentang apa yang menjadi obsesinya, tanpa bisa merasakan apakah lawan bicaranya merasa tertarik atau tidak. Sering kali, mereka berbicara dengan tata bahasa yang baku dan dalam berkomunikasi kurang menggunakan bahasa tubuh. Ekspresi mukanya pun kurang hidup bila dibandingkan dengan anak-anak lain seumurannya. Biasanya, mereka terobsesi dengan kuat pada suatu benda atau subjek tertentu.

11.2.2 Aspek Perkembangan Anak Autisme

Kemampuan motorik anak autis tidak seperti anak pada umumnya. Menurut Assjari dan Sopariah (2011), kondisi perkembangan mental yang tertinggal, berdampak pada kemampuan motorik anak autis. Hal ini disebabkan adanya gangguan pada sistem syaraf pusat, Oleh karena itu, anak autisme pada umumnya memiliki kecakapan motorik yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok anak sebayanya, baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Hal ini ditunjukkan dengan kekurangan kemampuan dalam aktifitas motorik untuk tugas-tugas yang memerlukan kecepatan gerakan serta dalam melakukan reaksi gerak yang memerlukan koordinasi motorik dan keterampilan gerak yang lebih kompleks (Ali, 2012).

Anak autis menunjukkan gejala gangguan perilaku motorik. Kebanyakan anak autisme menunjukkan adanya stereotip, seperti bertepuk-tepuk tangan dan menggoyang-goyangkan tubuh. Hiperaktif biasa terjadi terutama pada anak prasekolah. Namun, sebaliknya, dapat terjadi hipoaktif. Beberapa anak juga menunjukkan gangguan pemusatan

perhatian dan impulsivitas. Juga didapatkan adanya koordinasi motorik yang terganggu, tiptoe walking, clumsiness, kesulitan belajar mengikat tali sepatu, menyikat gigi, memotong makanan, dan mengancingkan baju. Kemampuan motorik yang terganggu ini dapat diterapi menggunakan terapi sensori integrasi yang biasanya dilakukan oleh para terapis okupasi di tempat-tempat terapi. Terapi dilakukan secara individual (Akrim and Harfiani, 2019).

Menurut Waiman dkk (2011), terapi sensori integrasi menekankan stimulasi pada tiga indera utama, yaitu taktil, vestibular, dan proprioseptif. Ketiga sistem sensori ini memang tidak terlalu familiar dibandingkan indera penglihatan dan pendengaran, namun sistem sensori ini sangat penting karena membantu interpretasi dan respons anak terhadap lingkungan. Pengembangan kemampuan *tactile* (peraba) anak autisme ditekankan untuk dapat mempersepsikan dengan benar sentuhan yang ia dapatkan. Anak autisme cenderung hipersensitif atau hipoaktif terhadap sentuhan yang ia terima. Sistem vestibular terletak pada telinga dalam (kanal semisirkular) dan mendeteksi gerakan serta perubahan posisi kepala. Sistem vestibular merupakan dasar tonus otot, keseimbangan, dan koordinasi bilateral untuk *impulsive* (gerakan berulang-ulang), dan susah sekali mengontrol dirinya (Anderson, 2006).

Sehingga pengembangan kemampuan keseimbangan lebih ditekankan agar anak autisme mampu mengontrol dirinya dan mengurangi gerakan-gerakan berulang. Lalu proprioseptif (posisi tubuh) menurut Waiman dkk (2011), terdapat pada serabut otot, tendon, dan ligamen, yang memungkinkan anak secara tidak sadar mengetahui posisi dan gerakan tubuh. Pekerjaan motorik halus, seperti menulis, menggunakan sendok, atau mengancingkan baju bergantung pada sistem proprioseptif yang efisien. Hipersensitif terhadap stimulasi proprioseptif menyebabkan anak tidak dapat menginterpretasikan umpan balik dari gerakan dan

mempunyai kewaspadaan tubuh yang rendah. Tanda disfungsi sistem proprioseptif adalah clumsiness, kecenderungan untuk jatuh, postur tubuh yang aneh, makan yang berantakan, dan kesulitan memanipulasi objek kecil, seperti kancing. Hiposensitif sistem proprioseptif menyebabkan anak suka menabrak benda, menggigit, atau membentur-benturkan kepala. Sehingga pengembangannya, anak utis dapat diajarkan pada ketrampilan hidup dan kegiatan sehari-hari baik itu akademik ataupun non akademik (Hakiman et al., 2021).

Tabel 11.1 Pembelajaran Sensorimotor di Sekolah Inklusi

No.	Materi Sensorimotor	Pekan 1	Pekan 2	Pekan 3	Keterangan
1.	Taktil				
2.	Vestibular				
3.	Proprioseptif				

Keterangan:

P: *Prompt* (dibantu)

M: *Master* (diberikan 6 kali dan dapat melakukan tanpa dibantu)

11.2.3 Metode Pendidikan Anak Autis

Anak autis memerlukan sosialisasi dengan teman sebaya sehingga dapat bergaul dan bermasyarakat terutama kaitannya dengan kecakapan hidup. Dengan demikian, selain terapi individual, anak autis dapat dimasukkan ke sekolah-sekolah inklusi yang mulai dikembangkan pemerintah akhir-akhir ini. Konsep pendidikan inklusif merupakan antitesis dari penyelenggaraan pendidikan luar biasa yang segregatif dan eksklusif, yang memisahkan antara anak luar biasa dengan anak lain pada umumnya yang biasa disebut anak normal. Penerapan pendidikan inklusif mempunyai landasan filosofis,

yuridis, pedagogis dan empiris yang kuat (Wahyuningsih, 2016).

Landasan filosofis penerapan pendidikan inklusif di Indonesia adalah Pancasila yang merupakan lima pilar sekaligus cita-cita yang didirikan atas fondasi yang lebih mendasar lagi, yang disebut Bhineka Tunggal Ika (Mulyono Abdulrahman, dalam Alfian 2013). Landasan yuridis internasional penerapan pendidikan inklusif adalah Deklarasi Salamanca (UNESCO, 1994) oleh para menteri pendidikan sedunia. Deklarasi ini sebenarnya penegasan kembali atas Deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan berbagai deklarasi lanjutan yang berujung pada Peraturan Standar PBB tahun 1993 tentang kesempatan yang sama bagi individu berkelainan memperoleh pendidikan sebagai bagian integral dari sistem pendidikan yang ada (Amka and Mirnawati, 2020).

Di Indonesia, penerapan pendidikan inklusif dijamin oleh Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, yang dalam penjelasannya menyebutkan bahwa penyelenggaraan pendidikan untuk peserta didik berkelainan atau memiliki kecerdasan luar biasa diselenggarakan secara inklusif atau berupa sekolah khusus. Teknis penyelenggaraannya tentunya akan diatur dalam bentuk peraturan operasional (Chiroodza, 2020).

Landasan pedagogis pendidikan inklusi terdapat pada pasal 3 Undang Undang Nomor 20 Tahun 2003, disebutkan bahwa tujuan pendidikan nasional adalah berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis dan bertanggung jawab. Jadi, melalui pendidikan, peserta didik berkelainan dibentuk menjadi warga negara yang demokratis dan bertanggung jawab, yaitu individu yang mampu menghargai perbedaan dan berpartisipasi dalam masyarakat. Tujuan ini mustahil tercapai jika sejak awal

mereka diisolasikan dari teman sebayanya di sekolah-sekolah khusus. Betapapun kecilnya, mereka harus diberi kesempatan bersama teman sebayanya (Hakiman et al., 2021).

Landasan empiris pendidikan inklusi dibukstikan dengan banyak penelitian yang dilakukan di negara-negara Barat sejak 1980-an, namun penelitian yang berskala besar dipelopori oleh the *National Academy of Sciences* (Amerika Serikat). Hasilnya menunjukkan bahwa klasifikasi dan penempatan anak berkelainan di sekolah, kelas atau tempat khusus tidak efektif dan diskriminatif. Layanan ini merekomendasikan agar pendidikan khusus secara segregatif hanya diberikan terbatas berdasarkan hasil identifikasi yang tepat (Buli-Holmberg and Jeyaprathaban, 2016).

Sekolah inklusi hadir untuk memberikan ruang bagi anak autis bersosialisasi sekaligus mendapatkan pembelajaran yang disesuaikan dengan kebutuhan perkembangannya. Salah satu kebutuhan pembelajaran untuk anak autis adalah pembelajaran sensorimotor. Pembelajaran sensorimotor menurut Prasetyono (2008) diarahkan untuk melatih dan mengembangkan fungsi mata, telinga dan latihan otot-otot. Misalnya, kemampuan anak bereaksi terhadap bunyi atau suara, mengikuti benda dengan mata, bereaksi jika dipanggil namanya, dapat membedakan benda dari segi bentuk dan warna, menyusun balok atau kubus dari kayu, menyortir gambar, menggambar, menggantung, menempel atau menyebut nama buah-buahan serta hewan. Selain itu juga hal-hal yang berhubungan dengan kekuatan otot. Misalnya, mengangkat dan menaruh benda, membedakan berat dan ringan atau keras dan lunak suatu benda, bergerak, berlari dan berjalan, menarik dan mendorong atau naik dan turun tangga (Rizqiyatus Shohibah et al., 2020).

Baranek (2002) menyebutkan bahwa pembelajaran sensorimotor difokuskan untuk normalisasi tonus otot, integrasi reflek primitif dan memfasilitasi pola-pola gerakan agar lebih

normal melalui teknik penanganan khusus. Penanganan khusus anak autisme di sekolah inklusi harus diberikan baik secara klasikal dan individual. Anak autisme memerlukan terapi okupasi (sensori integrasi), terapi perilaku dan terapi wicara. Ketiganya ini memerlukan waktu cukup lama dan memerlukan kesabaran yang cukup tinggi sehingga dapat terlihat hasil yang cukup menggembirakan. Pembelajaran sensorimotor yang merupakan bagian dari terapi okupasi (sensori integrasi) direncanakan dengan membuat rencana pembelajaran individual menyangkut perkembangan taktil, vestibular, dan proprioseptif (Zainab, 2020).

Contoh Rencana Pembelajaran Individual (RPI) terdiri dari tiga aspek, yaitu permainan taktil, vestibular dan proprioseptif. Jenis permainan taktil yang dapat diberikan adalah:

1. Memasukkan benda-benda ke kotak cukup sederhana untuk dilakukan. Anak hanya disuruh memasukkan benda dengan macam-macam bentuk dan dimasukkan ke dalam kotak sesuai dengan bentuknya tersebut. Jenis permainan edukatif yang ada biasanya mengenalkan bentuk-bentuk geometri seperti lingkaran, kotak, segitiga, oval dan lain-lain.
2. Melukis dengan jari atau yang sering disebut dengan fingerpainting. Anak disuruh untuk melukis menggunakan bahan fingerpainting yang terbuat dari campuran tepung maizena, air dan pewarna yang direbus sehingga menyerupai agar-agar. Anak autisme dilatih untuk menyentuh dan mencoretkannya di kertas dengan ukuran yang cukup besar.
3. Bermain pasir bagi anak sangat berguna demikian juga untuk anak autisme. Sediakan sebuah kotak pasir yang cukup besar, berbagai macam sekop plastik, wadah-wadah dengan berbagai macam bentuk dan kursi kecil. Biarkan anak menyekop pasir, membuat cetakan,

- menghancurkannya lalu mencetak lagi. Rangsangan taktil saat memegang pasir sangat berguna untuk anak autis.
4. Menyebut nama-nama benda, yaitu sediakan berbagai macam benda seperti amplas, kayu, kapas, boneka berbulu, batu dan lain-lain. Ajak anak untuk menyentuh dan mengulang namanya. Ajarkan berulang-ulang sehingga anak hafal dengan bentuk bendanya. Minimalkan echolalia atau pengulangan kata yang biasa dilakukan oleh anak autis.
 5. Bermain playdough atau plastisin dapat dijadikan permainan yang merangsang rabaan anak autis. Anak diajak untuk membentuk menjadi bulat-bulatan, cacing-cacingan atau berbagai bentuk lainnya tergantung bagaimana kemampuan anak.



Gambar 11.1 Bermain pasir
(Sumber : <https://berkeluarga.id>)

- Jenis permainan vestibular yang dapat diberikan adalah:
1. Titian tali dan balok kayu berfungsi untuk keseimbangan, diberikan untuk melatih kemampuan motorik kasar anak autis. Menggunakan titian tali dan balok kayu yang sederhana, anak autis dapat diajak untuk berlatih keseimbangannya. Guru pendamping khusus dapat

menggandeng untuk pertama kali pembelajaran dan selanjutnya anak dapat diberikan kepercayaan untuk melakukan sendiri.

2. Bermain melempar dan menangkap bola serta menendang bola melatih kemampuan visual untuk melihat benda dan melakukan gerak reflek ketika benda tersebut datang. Bola menjadi rangsangan visual bagi anak autisme yang seringkali tidak dapat fokus pada satu hal. Sehingga latihan bermain bola yang berkali-kali dapat melatih kemampuan visual anak untuk kemudian dapat melakukan perintah terhadap otak untuk melakukan gerakan menangkap, melempar atau menendangnya.



Gambar 11.2 Bermain lempar-tangkap bola
(Sumber : <https://www.appletreebsd.com>)

Jenis permainan Proprioseptif/posisi tubuh adalah:

1. Menyusun benda bundar dengan permainan donat-donat plastik berwarna-warni yang disusun ke atas seperti mudah untuk anak normal, tetapi hal itu sangat sulit bagi anak autisme dikarenakan kontrol gerakan tangannya sangat kurang. Memegang benda, menyusun, memasukkannya ke tiang donat menjadi hal sulit karena gerakan tangannya sulit terkontrol.

2. Kegiatan menggunting dan menempel adalah untuk mengontrol gerakan tangan. Posisi jari saat menggunting merupakan pekerjaan berat bagi anak autis karena biasanya jari-jari anak autis kaku. Pendamping harus sabar saat mendampingi. Mengambil lem dan mengoleskannya di kertas juga tidak mudah. Dibutuhkan konsentrasi yang cukup baik sehingga anak mampu melakukan kegiatan ini. Sehingga anak yang sudah beberapa bulan pendampingan yang dapat melakukan kegiatan ini.
3. Menyusun potongan-potongan gambar sederhana (puzzle) misal dengan 3 potongan. Anak dibantu untuk meletakkan gambar pada potongan yang seharusnya. Anak dibantu untuk mengenali gambar tersebut gambar apa. Anak disuruh menyebutkan nama gambar/puzzle yang sedang dikerjakan. Intervensi untuk anak autis menurut Sattler (2002), adalah support visual, lingkungan kelas dan ketrampilan sosial.



Gambar 11.3 Menyusun puzzle
(Sumber : <https://www.appletreebsd.com>)

Lingkungan kelas di sekolah inklusi untuk anak autis dapat diberikan stimulasi sensori yang spesifik sehingga anak autis dapat menghabiskan waktu dengan objek tersebut. Saat mengerjakan objek, anak autis akan tahan berjam-jam dengan satu permainan, tetapi arah permainan yang diharapkan

seringkali belum dapat dicapai bila hanya dengan sekali bermain. Anak autisme perlu berulang-ulang latihan sehingga tujuan main sensorimotor dapat tercapai.

Beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam memberikan pembelajaran sensorimotor pada anak autisme: keadaan anak, alat dan perlengkapan serta tempat bermain, pendekatan, suasana dan waktu bermain serta evaluasi. Keadaan anak memegang faktor utama. Keadaan anak autisme yang sering tantrum membuat guru pendamping seringkali kewalahan. Sehingga saat pembelajaran diusahakan kondisi yang nyaman bagi anak autisme. Alat dan perlengkapan anak disesuaikan dengan kebutuhan dan fasilitas yang dimiliki oleh sekolah inklusi. Tidak semua jenis permainan mahal dapat memberikan sumbangan perkembangan yang signifikan. Bahan-bahan yang sederhana dan biasa tersedia di rumah justru dapat digunakan sehingga pembelajaran tersebut dapat dilanjutkan di rumah. Suasana dan waktu bermain dapat diseling-seling antara pembelajaran individual dan klasikal (Sidiq and Aini, 2019).

Ciptakan suasana yang kondusif dan nyaman. Sedangkan waktu saat pembelajaran maksimal 1 jam sehingga anak tidak terlalu lelah. Sedangkan, evaluasi untuk sekolah inklusi diberikan tiap tiga bulan sekali. Dengan demikian tingkat perkembangan anak dapat diketahui. Orang tua diharapkan mengikuti evaluasi yang diberikan oleh guru kelas. Orang tua juga dapat memberikan masukan-masukan untuk pembelajaran di bulan-bulan berikutnya.

11.3 Tuna Ganda

Tunaganda-netra atau MDVI (*multiple disabilities and a visual impairment*) merupakan salah satu bentuk kombinasi dari tunaganda yang mengkombinasikan tunanetra dengan ketunaan yang lain. Namun dikarenakan terbatasnya literatur

yang spesifik mengenai tunaganda-netra, penelitian ini menggunakan literatur dari tunaganda dan tunanetra. Diharapkan kedua literatur tersebut dapat menggambarkan hal-hal mengenai tunaganda-netra. Anak tunaganda diperkirakan memiliki presentase kurang dari 1 % dari populasi anak berkebutuhan khusus. Gambaran prevalensi anak tunaganda sebanyak 0,05% dari populasi. Di Indonesia sendiri, menurut data yang diperoleh dari Direktorat Pendidikan Luar Biasa (2005/2006), jumlah anak tunaganda adalah 450 orang (Hasanah and Retnowati, 2019).

Definisi tunaganda dan majemuk adalah anak yang menyandang kombinasi atau gabungan dari dua atau lebih kelainan atau ketunaan dalam segi fisik, mental, emosi dan sosial, sehingga memerlukan pelayanan pendidikan, psikologik, medik, sosial, vokasional melebihi pelayanan yang sudah tersedia bagi anak berkelainan tunggal, agar masih dapat mengembangkan kemampuannya seoptimal mungkin untuk berpartisipasi dalam masyarakat. Pada umumnya anak-anak tunaganda dikategorikan sebagai penyandang ketunaan yang berat. *The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*, menyebutkan bahwa apabila mengalami kombinasi dari dua atau lebih ketunaan dengan taraf sedang dapat menjadikan seseorang sebagai penyandang ketunaan yang berat (Adawiyah et al., 2015).

Heward dan Orlansky menyebutkan pula bahwa anak-anak tunaganda dan ketunaan yang berat merupakan anak-anak yang mempunyai masalah-masalah jasmani, mental, atau emosional yang sangat berat, atau kombinasi dari beberapa masalah tersebut, memerlukan pelayanan pendidikan, sosial, psikologis, dan medik yang melebihi pelayanan program luar biasa reguler, agar potensi mereka dapat berkembang secara maksimal sehingga berguna di masyarakat dan dapat memenuhi kebutuhannya sendiri. Lebih jauh dikatakan pula bahwa anak-anak tunaganda jika dibandingkan dengan anak-

anak berkebutuhan khusus yang menyandang ketunaan bersifat tunggal memiliki kelainan yang lebih kompleks dalam hal fisik, dalam kemampuan bersosialisasinya, dan juga dalam hal mental ataupun intelektualnya. Dari definisi tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa anak tunaganda adalah anak yang menyandang kombinasi atau gabungan dari dua atau lebih kelainan atau ketunaan dalam segi fisik, mental, emosi dan sosial sehingga mengalami masalah-masalah jasmani, mental, atau emosional yang sangat berat. Oleh karena itu membutuhkan pelayanan pendidikan, psikologik, medik, sosial, vokasional melebihi pelayanan yang sudah tersedia bagi anak berkelainan tunggal agar dapat memenuhi kebutuhannya sendiri, mengembangkan kemampuannya seoptimal mungkin untuk dapat berpartisipasi dan berguna dalam masyarakat (Aiyuda, 2017).

Kombinasi ketunaan yang termasuk dalam tunaganda adalah tunanetra- tunarungu, tunanetra-tunadaksa, tunanetra-tunagrahita mampu didik, tunarungu- tunadaksa, tunadaksa-tunagrahita, dan masih banyak lagi. Terlepas dari kombinasi tersebut, mereka memiliki karakteristik yang sama, yaitu kesulitan berkomunikasi, terhambat dalam aktivitas fisik dasar, keterampilan generalisasi yang minim, dan membutuhkan dukungan dalam menjalankan aktivitas kehidupan utama (Nurismawan et al., 2022).

11.3.1 Karakteristik Anak Tuna Ganda

Mangunsong mengklasifikasikan anak tunaganda dan majemuk guna memenuhi kebutuhan pelayanan pendidikan. Berikut merupakan klasifikasi anak tunaganda menurut Mangunsong (Hasanah and Retnowati, 2019):

- a. Anak tunaganda dan majemuk tingkat ringan: anak-anak yang menyandang dua ketunaan atau lebih, tetapi masih dalam tahap ringan. Kelompok ini masih memungkinkan

- untuk dilayani dengan kurikulum SD dan SLB yang dimodifikasi sesuai tingkat ketunaan yang disandangnya.
- b. Anak tunaganda dan majemuk tingkat sedang: anak-anak pada kelompok ini masih memiliki kemungkinan untuk dilayani dengan kurikulum SLB yang dimodifikasi sesuai dengan tingkat ketunaan yang disandangnya.
 - c. Anak tunaganda dan majemuk tingkat berat dan sangat berat: anak-anak pada kelompok ini tidak mungkin lagi dilayani dengan kurikulum SLB, maka untuk melayani kebutuhan mereka diperlukan program pendidikan khusus.

Guess dan Mulligan (Idhartono, 2021) menjelaskan bahwa keberagaman tunaganda jauh lebih besar diantara kesamaannya. Tidak ada satupun anak yang memiliki ciri yang sama dengan anak tunaganda lainnya. Lebih jauh dijelaskan, pada umumnya yang dialami oleh anak tunaganda adalah keterlambatan perkembangan yang parah, dan juga perkembangannya yang menyimpang, yang dimaksud adalah perkembangannya tidak sama dengan anak normal pada umumnya.

11.3.2 Aspek Perkembangan Anak Tuna Ganda

Anak tunaganda seringkali disertai dengan keterbatasan yang sangat berat ataupun memiliki kombinasi yang sangat kompleks dari berbagai keterbatasan tersebut. Mereka memiliki beberapa kelemahan yang sangat berat diantaranya dalam hal fungsi otak, perkembangan motorik, bicara dan bahasa, tingkah laku penyesuaian diri, fungsi penglihatan dan juga pendengaran (Zainab, 2020).

Menurut Mangunsong, anak tunaganda mempunyai kelainan lebih dari satu macam dengan ciri-ciri fisik seperti gangguan refleks, gangguan perasaan kulit, gangguan fungsi

sensoris, gangguan fungsi motorik, gangguan fungsi metabolisme dan sistem endokrin, gangguan fungsi gastrointestinal, gangguan fungsi sirkulasi udara, gangguan fungsi pernapasan, dan gangguan pembentukan ekskresi urine. Anak tunaganda memiliki perkembangan motorik dan fisik yang terbelakang. Sebagian besar mereka mempunyai keterbatasan dalam mobilitas fisik. Mereka tidak mampu berjalan ataupun duduk sendiri, dan mereka bergerak lamban (Buli-Holmberg and Jeyaprathaban, 2016).

Secara mental, anak tunaganda seringkali mengalami gangguan dalam kemampuan intelektual, kehidupan emosi dan sosialnya, antara lain adalah gangguan emosional, hiperaktif, gangguan pemusatan perhatian, toleransi yang rendah terhadap kekecewaan, berpusat pada diri sendiri, depresi, dan cemas. Anak tunaganda juga memiliki beberapa masalah tingkah laku seperti amarah yang meledak-ledak dan agresivitas terhadap orang lain. Seringkali anak tunaganda memiliki tingkah laku yang aneh dan tidak bertujuan seperti menstimulasi ataupun melukai diri. Mereka juga memiliki keterampilan yang kurang dalam menolong diri sendiri dan mengurus kebutuhan dasar seperti makan, berpakaian, mengontrol buang air, dan kebersihan diri (Sidiq and Aini, 2019).

Dalam aspek sosial, anak tunaganda juga memiliki hambatan fisik dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari, rasa rendah diri, isolatif, kurang percaya diri, hambatan dalam keterampilan kerja, dan hambatan dalam melaksanakan kegiatan sosial. Anak tunaganda kurang atau tidak dapat berkomunikasi. Kemampuan mereka sangat terbatas dalam mengekspresikan atau mengerti orang lain. Banyak yang tidak dapat berbicara, bila ada komunikasi beberapa anak tunaganda mungkin tidak dapat memberikan respon. Selain itu, anak tunaganda juga jarang menampilkan perilaku dan interaksi yang sifatnya konstruktif. Sangat sulit untuk menimbulkan

perhatian pada anak tunaganda atau untuk menimbulkan respon-respon yang dapat diobservasi (Rizqiyatus Shohibah et al., 2020).

Ciri-ciri perkembangan anak tunaganda (Buli-Holmberg and Jeyaprathaban, 2016) sebagai berikut :

- a. Secara fisik mereka memiliki kelainan lebih dari satu macam, bahkan ada yang memiliki kelainan 3-4 macam. Gangguan-gangguan yang pada umumnya kerap dialami adalah gangguan refleks dan motorik, fungsi sensoris, fungsi metabolisme, fungsi pernafasan, gangguan perasaan kulit, dan gangguan pembentukan ekskresi urine. Kemampuan motoriknya dapat dilatih, namun perkembangannya tidak akan secepat anak normal.
- b. Dari aspek kognitif, mereka sangat bervariasi, tergantung pada kelainan-kelainan yang disandangnya. Gangguan yang dialami dalam kemampuan intelektual, emosional, dan sosial, seperti hiperaktif, gangguan pemusatan perhatian, mudah depresi, cemas, dan sangat berpusat pada diri sendiri atau self-centered. Seringkali gagal dalam kemampuan yang dibutuhkan untuk menulis dan membaca. Sulit mengenali bentuk, warna, dan objek-objek lain. Walau ada beberapa dari mereka yang cukup mampu melakukan hal-hal tersebut, tetap saja perkembangannya tidak dapat disamakan dengan anak normal.
- c. Secara sosial, mereka mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan keseharian, juga rasa rendah diri, isolatif, kurang percaya diri, hambatan dalam keterampilan kerja, self-help yang rendah, dan hambatan dalam melakukan interaksi sosial. Sebagian dari mereka masih dapat bergaul dengan lingkungan sosialnya, akan tetapi bagi penyandang ketunaan yang sangat berat, kemampuan bergaul dan berkomunikasi dengan lingkungan sosialnya bisa jadi amat sangat minim, bahkan untuk sekedar bersalaman saja menjadi hal yang sulit. Mereka memiliki

- hambatan dalam tingkah laku adaptif. Terkadang tindakan yang dilakukannya tidak sesuai dengan keadaan. Mereka juga sering melakukan stereotyped behaviour atau mengulang-ulang tindakan yang sepertinya tidak memiliki arti khusus (pembahasan lebih lanjut mengenai stereotyped behaviour akan dijelaskan kemudian). Tindakan melukai diri sendiri juga salah satu ciri anak tunaganda.
- d. Kemampuan berbahasa mereka sangat lambat. Pada umumnya mereka hanya mampu berbicara beberapa kata ataupun frase. Selain itu mereka juga sulit berbicara dengan jelas, bahkan mereka seperti meracau dan berbicara tentang hal-hal yang tidak berhubungan dengan konteks. Oleh karena kemampuan berbicara dan berbahasa mereka sangat terbatas, sering kali mereka kurang bisa mengungkapkan apa yang diinginkan, hingga akhirnya mereka menangis, bertindak agresif, bahkan tantrum atau perpaduan dari beberapa tindakan destruktif (pembahasan tentang tantrum akan dijelaskan kemudian).

Hallahan dan Kauffman (Nurismawan et al., 2022) menyebutkan yang menjadi perhatian utama mengenai anak-anak tunaganda, yaitu:

- a. Dikarenakan kesulitan berkomunikasi akibat kelainan dalam hal fisik ataupun kognitif, anak-anak tunaganda membutuhkan komunikasi alternatif, yaitu bisa melalui sebuah alat elektronik ataupun secara manual. Penggunaan komunikasi secara manual atau menggunakan olah tubuh dapat digunakan oleh mereka yang masih tersisa sedikit kemampuan berkomunikasi, namun bagi mereka yang tidak bisa melakukan komunikasi sama sekali akan diperlukan sebuah alat bantu khusus. Akan tetapi, apapun komunikasi alternatif yang digunakan, semua bertujuan

untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi mereka dalam berkomunikasi.

- b. Masalah-masalah tingkah laku yang kerap terjadi pada mereka diantaranya adalah self-stimulation, self-injury, tantrum, dan sifat agresif terhadap orang lain.
- *Self-simulation*, yaitu tingkah laku yang berulang kali dilakukan, sepertinya tidak memiliki tujuan lain selain menstimulasi kemampuan sensori diri sendiri. Seperti memutar-mutar suatu benda, mengibas-ngibaskan tangan, menjambak diri, menggigit bibir sendiri, dan lainnya. *Self-stimulation* yang juga dapat disebut stereotyped behaviour, akan menjadi masalah apabila dapat melukai diri sendiri, juga apabila sering dilakukan dapat mengganggu proses pembelajaran.
 - *Self-injury*, yaitu tingkah laku melukai atau tingkah laku yang menyebabkan cedera pada diri sendiri. Seperti menggigit, mencolok mata, mencakar, dan lainnya. *Self-injury* terkadang merupakan tindakan self-stimulation yang terlalu intens.
 - Tantrum, yaitu merupakan perpaduan dari berbagai tingkah laku, bisa saja ia melakukan self-injury, berteriak, menangis, bersikap brutal dan agresif sekaligus. Biasanya timbul ketika anak menolak melakukan sesuatu, namun terkadang juga dapat timbul tanpa diduga atau tanpa sebab yang jelas.
 - Agresif, yaitu perilaku yang diketahui atau muncul tanpa sebab yang jelas, namun bisa juga muncul dikarenakan sebab-sebab khusus yang hanya dapat diketahui oleh seseorang yang sudah cukup mengenal anak tersebut. Agresif berbeda dengan tantrum, karena anak dengan sifat agresif biasanya tidak memunculkan tindakan-tindakan lainnya seperti pada tantrum.

- c. Anak tunaganda ketika baru dilahirkan ada yang dengan cepat dapat dikenali kondisi ketunaannya, namun ada juga yang pada awalnya terlihat sama seperti bayi-bayi pada umumnya akan tetapi gejala ketunaannya baru muncul di beberapa tahun setelah dilahirkan. Dengan demikian intervensi awal bertujuan sebagai pemberian penanganan dini begitu bayi dilahirkan ataupun sebagai penanganan awal begitu kondisi ketunaan anak muncul.
- d. Salah satu masa yang cukup penting pada perkembangan anak tunaganda adalah masa transisi menuju masa dewasa. Pada masa ini, penting untuk diperhatikan mengenai *person-centered plan*, yaitu berfokus pada apa yang menjadi pilihan anak ketika beralih dewasa dan juga menempatkan keluarganya sebagai perencana masa depan anak tersebut. Tidak kalah pentingnya adalah *natural support*, yaitu pemberdayaan orang-orang yang biasa bersama anak untuk memberikan dukungan ketika anak melakukan pekerjaannya, seperti anggota keluarga, teman, atau rekan kerjanya. Selain berfungsi memberikan dukungan, mereka juga berfungsi sebagai pendamping yang turut mengawasi, memberikan contoh, bantuan, dan hal-hal lainnya.

Selain *person-centered plan* dan *natural support*, mereka juga perlu diberikan pelatihan pekerjaan, dan juga pelatihan untuk dapat berbaur dan berinteraksi dalam lingkungan masyarakatnya. Pelatihan pekerjaan diberikan pada anak tunaganda sejak dini, yang semakin lama semakin kompleks seiring dengan meningkatnya kemampuan anak. Ketika masih berada di tingkat dasar, mereka hanya diberikan pelatihan yang bertujuan agar dapat berinteraksi dan juga menjalankan sesuatu hal sesuai jadwal, di tingkatan selanjutnya barulah anak dilatih dalam simulasi kerja yang sebenarnya. Pelatihan untuk dapat hidup bermasyarakat misalnya menggunakan alat

transportasi umum, menerima telepon, komputer, mempersiapkan makan, mencuci, dan hal-hal lainnya. Pelatihan dilakukan dengan cara simulasi, baik di sekolah luar biasa maupun sekolah inklusi, bertujuan agar mereka membiasakan diri dengan latar kehidupan normal, dimana mereka berkesempatan berinteraksi dengan orang-orang yang normal.

11.3.3 Metode Pendidikan Anak Tuna Ganda

Terdapat empat bentuk program intervensi anak berkebutuhan khusus. Program professional-centered merupakan program yang mengasumsikan bahwa tenaga profesional memiliki keahlian lebih dibandingkan keluarga dalam intervensi bagi anak berkebutuhan khusus. Program family-allied adalah program dimana anggota keluarga melaksanakan intervensi yang telah dirancang tenaga profesional untuk anak berkebutuhan khusus. Program family-focused adalah program dimana tenaga profesional memandang anggota keluarga memiliki kemampuan yang cukup memadai dalam merancang intervensi bersama, meskipun keluarga masih tetap membutuhkan bantuan dan dukungan formal. Terakhir, program family-centered. Berkaitan dengan penelitian ini, program yang akan dibahas lebih lanjut adalah program *family-centered*.

Hallahan dan Kauffman (Long and Schuttloffel, 2006) mendefinisikan program family-centered sebagai tipe program intervensi bagi anak berkebutuhan khusus dimana tenaga profesional bekerja untuk keluarga, mencari cara untuk meningkatkan kekuatan pengambilan keputusan dalam keluarga dan mendorong keluarga untuk memperoleh akses nonprofesional, seperti anggota keluarga yang lain dan teman, sebagaimana dukungan yang berasal dari sumber formal.

Family-centered care merupakan pelayanan yang memperlakukan keluarga dengan rasa hormat, individual, fleksibel, dan tanggung jawab. Pelayanan *family-centered care* melibatkan adanya pertukaran informasi dalam pengambilan keputusan bagi anak, adanya pilihan keluarga dalam penentuan program intervensi, adanya kolaborasi antara orang tua dengan tenaga profesional, adanya kemitraan keluarga dengan program, serta adanya penyediaan sumber dan dukungan untuk keluarga dalam memberikan hasil optimal bagi anak, orang tua, dan keluarga. *Family-centered care* menjadi sebuah program yang menjanjikan dalam menjalin hubungan dengan keluarga karena pendekatannya disesuaikan dengan perhatian, prioritas, dan keinginan setiap keluarga.

Pelayanan *family-centered care* berusaha untuk membantu keluarga melalui cara yang kolaboratif dan disesuaikan dengan keinginan, kekuatan serta kebutuhan setiap keluarga. Pelayanan *family-centered care* membutuhkan kerjasama orang tua dan para tenaga profesional dalam suatu tim khusus. Dalam *family-centered care*, setiap keluarga dapat menentukan pilihan dan pelayanan optimalnya sendiri. Keluarga yang berbeda memiliki pilihan yang berbeda pula dalam keterlibatan pengasuhan anak. Secara ideal, tenaga profesional harus mampu menghargai dan membiarkan keluarga untuk mengarahkan mereka dalam pilihan program pengasuhan yang individual (Munajah et al., 2021).

Family-centered care, keluarga adalah sumber utama bagi kekuatan dan dukungan bagi anak. Tenaga profesional dan keluarga bekerjasama dalam merencanakan, menyediakan, dan mengevaluasi pengasuhan anak. Pelayanan *family-centered care* digambarkan sebagai sebuah pendekatan yang menyeluruh terhadap pemberian pelayanan, dimana kekuatan, sumber, dan rangkaian kebutuhan yang unik dari setiap anak dan keluarga menjadi dasar pengasuhan yang individual dan dinamis. Dalam pelayanan *family-centered care*, orang tua dan

tenaga profesional menjadi rekan seajar yang bekerja bersama, berbagi tujuan, informasi, dan tanggung jawab (Atmojo et al., 2020). Tujuan dari *family-centered care* ini sendiri adalah untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Dua elemen *family-centered care* (Anderson, 2006) antara lain:

a) *Family choice* (pilihan keluarga)

Keputusan yang dibuat keluarga merupakan definisi utama dari model *family-centered care*. Peran tenaga profesional adalah membantu dalam mempromosikan pengambilan keputusan keluarga. Keputusan yang dibuat keluarga bervariasi untuk setiap kesempatan dan tergantung pada persepsi keluarga terhadap sumber, perhatian, dan prioritas.

b) *Family strengths perspective* (pandangan mengenai kekuatan keluarga)

Intervensi dalam *family-centered care* menekankan pada keyakinan bahwa setiap keluarga memiliki kekuatan yang berasal dari kapasitas keluarga, bakat, visi, nilai, dan harapan yang telah membuat keluarga dapat bertahan melewati setiap situasi, tekanan, dan trauma. Peran tenaga profesional adalah memfasilitasi lingkungan dimana kekuatan keluarga dapat dikenali dan digunakan. Peran lainnya adalah lebih menekankan pada kekuatan dan sumber keluarga daripada patologis, kekurangan, ataupun kebutuhan keluarga.

Melalui beberapa definisi berkaitan dengan persepsi dan juga pelayanan *family-centered care* yang telah disebutkan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa persepsi terhadap pelayanan *family-centered care* merupakan penilaian individu terhadap pelayanan tenaga profesional yang bekerja untuk keluarga dalam meningkatkan kekuatan pengambilan keputusan keluarga pada program intervensi menangani anak

berkebutuhan khusus. Tenaga profesional yang dimaksud dalam penelitian ini adalah guru bagi anak tunaganda, dimana mereka tidak hanya mengajarkan dan mendidik anak, melainkan juga ikut terlibat dalam pengasuhan anak di sekolah. Selain itu, guru sebagai tenaga profesional juga bekerjasama dengan keluarga, khususnya orang tua, dalam menangani anak tunaganda.

Anak tunaganda-netra dapat dididik dalam lingkungan yang khusus ataupun bergabung dengan anak normal. Dalam memberikan pelayanan bagi anak tunaganda-netra, penting untuk memodifikasi metode pengajaran dan aktivitas agar dapat menjadi sesuatu relevan dan bermanfaat. Pelayanan tenaga profesional bagi anak tunaganda-netra menekankan pada dukungan dalam meningkatkan kemampuan mobilitas dan kemandirian yang berguna untuk kepentingan perkembangan anak di masa mendatang. Penguatan pada salah satu keterampilan khusus yang dimiliki anak merupakan suatu hal yang menjadi perhatian. Hal ini dikarenakan anak tunaganda-netra mungkin memiliki kesulitan mempelajari keterampilan baru dan mengalihkan berbagai keterampilan yang sudah dikuasai ke dalam situasi atau lingkungan lain.

Tenaga profesional yang menangani anak diharapkan untuk memiliki beberapa kualifikasi tertentu. Tenaga profesional perlu menjalin hubungan dan meminta laporan dari orang-orang yang memiliki kedekatan dengan keseharian anak, terutama keluarga. Dengan itu, maka tenaga profesional dapat membangun hubungan yang dekat dengan anak dan memiliki pengetahuan yang luas mengenai kemampuan serta kebutuhan anak. Selain mampu bekerjasama dengan keluarga, tenaga profesional yang berkualitas dan menguasai bidang gangguan penglihatan merupakan orang yang paling sesuai untuk memegang tanggung jawab dalam pelayanan family-centered care bagi anak tunaganda-netra. Dengan demikian, mereka dapat membantu mobilitas anak dalam tiap kegiatannya dan

menjalankan kurikulum mandiri bagi anak, sehingga dapat membawa dukungan yang berguna bagi perkembangan anak di berbagai aspek pendidikannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiyah, N., Wulandari, R., Hadiansyah, M.N., 2015. Pembelajaran Sensori Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (Tunaganda/C1) Melalui Desain Interior Pada Sekolah Luar Biasa. *Pendidik. Inklusi* 3.
- Aiyuda, N., 2017. Kemandirian pada anak Tuna Ganda di Sekolah Dasar Luar Biasa Hellen Keller Indonesia, Yogyakarta. *J. Pendidik.* 2.
- Akrim, M., Harfiani, R., 2019. Daily learning flow of inclusive education for Early Childhood 24, 10.
- Ali, D.D., 2012. Islam, Autism/Disabilities & Library Systems. *Spec. Needs* 3.
- Amka, A., Mirnawati, M., 2020. The Attitude of Islamic Religious Education Teachers Against the Implementation of Inclusive Education at the Elementary School Level. *Madrosatuna J. Islam. Elem. Sch.* 4, 69–74. <https://doi.org/10.21070/madrosatuna.v4i2.795>
- Anderson, D.W., 2006. Inclusion and Interdependence: Students with Special Needs in the Regular Classroom. *J. Educ. Christ. Belief* 10, 43–59. <https://doi.org/10.1177/205699710601000105>
- Atmojo, S.E., Lukitoaji, B.D., Noormiyanto, F., 2020. Pelatihan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus Bagi Guru Sekolah Dasar Rujukan Inklusi. *J. Abdimas BSI J. Pengabd. Kpd. Masy.* 3, 244–252. <https://doi.org/10.31294/jabdimas.v3i2.8139>
- Buli-Holmberg, J., Jeyaprathaban, S., 2016. EFFECTIVE PRACTICE IN INCLUSIVE AND SPECIAL NEEDS EDUCATION. *Int. J. Spec. Educ.* 31, 16.
- Chiroodza, J.R., 2020. FACTORS AFFECTING THE IMPLEMENTATION OF INCLUSIVE EDUCATION IN EKURHULENI DISTRICT: PRIMARY SCHOOL TEACHERS' EXPERIENCES. *Spec. Educ.* 2.

- Gustiana Yuantini, 2019. THE ISLAMIC VIEW TOWARD PEOPLE WITH DISABILITIES IN EDUCATION POLICY IN INDONESIA. *Sunan Kalijaga Int. J. Islam. Educ. Res.* 3, 54–65. <https://doi.org/10.14421/skijier.2019.2019.31.06>
- Hakiman, H., Sumardjoko, B., Waston, W., 2021. Religious Instruction for Students with Autism in an Inclusive Primary School. *Int. J. Learn. Teach. Educ. Res.* 20, 139–158. <https://doi.org/10.26803/ijlter.20.12.9>
- Hasanah, U., Retnowati, S., 2019. Dinamika Resiliensi Ibu Single parent dengan Anak Tuna Ganda. *Gadjah Mada J. Psychol. GamaJoP* 3, 151. <https://doi.org/10.22146/gamajop.44106>
- Idhartono, A.R., 2021. Implementasi Pembelajaran Seni Tari Pada Anak Tunaganda di YPAC Surabaya 10, 8.
- Jegatheesan, B., Miller, P.J., Fowler, S.A., 2010. Autism From a Religious Perspective: A Study of Parental Beliefs in South Asian Muslim Immigrant Families. *Focus Autism Dev. Disabil.* 25, 98–109. <https://doi.org/10.1177/1088357610361344>
- Long, T.J., Schuttloffel, M., 2006. A Rationale for Special Education in Catholic Schools. *J. Cathol. Educ.* 9. <https://doi.org/10.15365/joce.0904052013>
- Munajah, R., Marini, A., Sumantri, M.S., 2021. Implementasi Kebijakan Pendidikan Inklusi di Sekolah Dasar. *J. Basicedu* 5, 1183–1190. <https://doi.org/10.31004/basicedu.v5i3.886>
- Nurismawan, Ach.S., Fahruni, F.E., Sartinah, E.P., 2022. Model Bimbingan untuk Meningkatkan Aspek Sosial dan Motorik Anak Tunaganda di SD. *J. Basicedu* 6, 7303–7309. <https://doi.org/10.31004/basicedu.v6i4.3480>
- Rizqiyatus Shohibah, Biyanto, Biyanto, 2020. Islamic Religious Education Learning Model to Build Character of Students in Special Needs School. *Int. J. Integr. Educ.* 3, 201–204. <https://doi.org/10.31149/ijie.v3i1.420>

- Sidiq, U., Aini, N., 2019. PATTERN OF ISLAMIC MORAL DEVELOPMENT FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS (BLIND). JIE J. Islam. Educ. 4, 79. <https://doi.org/10.29062/jie.v4i1.113>
- Wahyuningsih, S., 2016. Inclusive Education For Persons With Disabilities: The Islamic Perspective 4, 18.
- Zainab, N., 2020. Islamic Education for Deaf Students in Special Education School in Madura:, in: Proceedings of the International Conference on Community Development (ICCD 2020). Presented at the International Conference on Community Development (ICCD 2020), Atlantis Press, Malang, Indonesia. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.201017.123>

Sumber gambar:

- <https://berkeluarga.id/2021/09/02/6-manfaat-anak-bermain-pasir-bagi-tumbuh-kembang/>
- <https://www.appletreebsd.com/wp-content/uploads/2018/05/Stimulasi-Motorik-Bermain-lempar-tangkap-bola.jpg>

BAB 12

ANAK BERBAKAT

Oleh Sri Yanti

12.1 Pengertian Bakat dan Anak Berbakat Menurut Para Ahli

Bakat merupakan anugerah khusus yang diberikan oleh Tuhan kepada manusia dan sangat berharga karena tidak semua manusia mendapatkannya. Bakat yang dimiliki oleh seseorang akan menjadikannya lebih spesial dari orang lain. Bakat juga merupakan suatu kemampuan yang dimiliki oleh manusia untuk mempelajari sesuatu dengan sangat cepat dalam waktu yang pendek jika dibandingkan dengan yang lainnya bahkan hasilnya juga sangat baik. Bakat yang dimiliki oleh manusia juga beragam, dan terlihat saat melakukan aktifitas atau tugas tertentu dia dapat melakukannya dengan sempurna maka dapat dikatakan dia berbakat. Oleh sebab itu dapat dijelaskan pengertian dari bakat menurut para ahli.

Menurut kamus besar bahasa indonesia (KKBI) kata bakat memiliki makna kepandaian yang merupakan bawaan dari lahir. Sedangkan dalam bahasa inggris bakat dapat digambarkan dengan kata "Talent" yang artinya kemampuan alami yang luar biasa dimiliki seseorang dan di atas rata-rata kemampuan orang lain. Menurut William B. Michael Suryabrata 1995 bakat adalah kapasitas yang ada pada diri manusia ketika melakukan tugasnya dan dipengaruhi dari latihan yang telah diikutinya. Sedangkan menurut Crow dan Crow 1989 bakat ialah sebuah kualitas yang ada pada diri manusia yang terdiri dari tingkatan yang beragam dan berbeda. Begitu juga menurut Guilford 1959 beliau menyatakan bahwasannya bakat

berhubungan dengan kecakapan untuk melakukan sesuatu hal. Sama halnya menurut Utami Munandar 1987 dimana bakat dapat juga dimaknai sebagai kemampuan bawaan dari diri seseorang, sebagai potensi yang harus dikembangkan dan dilatih lagi supaya dapat terwujud.

Menurut pendapat Bingham 1986 bahwa ia mendefinisikan bakat sebagai keadaan atau kemampuan yang dimiliki oleh seseorang yang memungkinkan dapat dilakukan latihan khusus untuk memperoleh kecakapan, keterampilan dan pengetahuan yang khusus seperti kemampuan berbahasa, kemampuan bermain musik atau menciptakan musik, kemampuan melukis, dan kemampuan bernyanyi. Menurut Kartini Kartono defenisi bakat adalah segala hal yang mencakup semua faktor yang ada pada diri seseorang dimiliki sejak pertama kehidupan dan menumbuhkan perkembangan berupa keahlian, keterampilan, dan kecakapan. Oleh sebab itu sifat dari bakat ini adalah laten potensial, sehingga masi dapat tumbuh dan dikembangkan. Sama halnya menurut Suganda Pubakawatja bakat ialah benih yang berasal dari suatu sifat dimana sifat tersebut akan tampak nyata apabila seseorang tersebut mendapatkan kesempatan dan dapat mengembangkannya. Bakat adalah kecakapan dari bawaan yang mengenai kesanggupan dan potensi tertentu yang dimiliki oleh seseorang sebagaimana di kemukakan oleh M. Ngalim Purwanto.

Bakat secara umum dapat mengandung arti berupa kemampuan bawaan yang potensinya masi harus dikembangkan dan dilatih lebih lanjut secara serius dan sistematis supaya dapat terwujud sesuai yang diinginkan, bakat berbeda dengan kemampuan yang artinya daya untuk melakukan sesuatu, sebagai hasil dari pembawaan dan latihan. Bakat jugs berbeda dengan kapasitas yaitu kemampuan yang dapat dikembangkan di masa yang akan datang apabila latihan dilakukan secara optimal. Jadi, yang dimaksud dengan bakat

merupakan kemampuan alamiah untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan, baik bersifat umum seperti bakat intelektual secara umum ataupun bersifat khusus seperti bakat akademik dan sosial, dengan bakat tersebut seseorang dapat mencapai prestasi dalam bidang tertentu.

Berdasarkan beberapa pendapat para ahli di atas tentang pengertian bakat maka dapat disimpulkan bahwasannya bakat adalah kemampuan-kemampuan unggul seseorang untuk memperoleh prestasi baik dalam satu bidang ataupun banyak bidang keahlian sesuai dengan kapasitas kemampuan seseorang. Apabila bakat dibiarkan tanpa daya usaha untuk mengembangkannya, maka bakat tersebut tidak mempunyai pengaruh apapun terhadap kehidupan seseorang. Oleh sebab itu pembinaan dan pelatihan menjadi sarana untuk menghidupkan dan mengembangkan bakat supaya bakat tersebut menjadi potensi yang dapat dibanggakan dalam dirinya.

Menurut Depdiknas tahun 2003 anak berbakat adalah anak yang teridentifikasi sebagai peserta didik yang mencapai prestasi yang sangat memuaskan dan memiliki intelektual umum. Menurut David Smith, 2006:305 dia mengemukakan pendapatnya tentang anak berbakat dimana siswa yang memiliki prestasi yang tinggi baik dalam bidang kreativitas, artistik, intelektual, kapasitas kemampuan dalam bidang tertentu yang memerlukan pelayanan khusus untuk mengembangkan potensinya. Adapun Martison dalam (Utami Munandar 1982 :7) memberikan batasan anak berbakat sebagai berikut : Anak berbakat adalah anak yang diidentifikasi oleh orang profesional yang memiliki kemampuan yang sangat menonjol, sehingga mendapatkan prestasi yang tinggi, anak-anak ini membutuhkan program pendidikan yang berdiferensial atau pelayanan di luar jangkauan program sekolah yang biasa, supaya anak dapat mewujudkan sumbangannya terhadap diri sendiri maupun terhadap

masyarakat. Dapat disimpulkan anak berbakat ialah anak yang memiliki kemampuan yang luar biasa dari anak lainnya, menghasilkan prestasi yang sangat baik dalam bidang kemampuan yang berbeda.

12.2 Karakteristik Anak Berbakat

Anak berbakat secara alami memiliki karakteristik yang unik dan khas jika dibandingkan dengan anak-anak yang normal. Karakteristik ini terdiri dari beberapa hal penting diantaranya seperti intelektual-kognitif, persepsi-emosi, motivasi dan nilai-nilai hidup, aktifitas, dan relasi sosial. Berikut ini ada beberapa karakteristik yang sering diidentifikasi pada anak berbakat istimewa. Namun tidak semua anak yang berbakat menunjukkan semua karakteristik yang disebutkan di atas.

12.2.1 Karakteristik Intelektual-Kognitif

Dimana anak dapat menunjukkan kemampuan bernalar yang sangat tinggi, dapat menetralsir suatu masalah yang sangat rumit menjadi sederhana dan mudah untuk dipahami serta sangat cepat memecahkan masalah yang dihadapi, imajinasi yang luar biasa, memiliki perbendaharaan kosakata yang sangat kaya dan mampu mengertikulasikannya dengan baik, biasanya sangat fasih dalam berkomunikasi, senang merangkai kata-kata, mudah memahami pembicaraan dan pembelajaran yang diberikan, memiliki kemampuan membaca yang sangat cepat, memiliki daya ingat yang kuat, mampu menangkap ide-ide abstrak dalam konsep matematika dan sains, banyak ide, gagasan, inovasi yang menginspirasi orang lain, menunjukkan ide-ide yang original, dan memiliki pikiran-pikiran kreatif.

12.2.2 Karakteristik Persepsi dan Emosi

Biasanya anak sangat peka perasaannya, gaya humor atau bercanda yang tidak lazim tanpa terasa dapat juga menyakiti perasaan orang lain, sangat perseptif dengan beragam bentuk emosi seperti peka terhadap perasaan orang lain, menyelesaikan suatu persoalan berdasarkan berbagai macam sudut pandang, orangnya sangat terbuka dengan hal-hal baru atau pengalaman yang pernah di hadapinya, memiliki ketulusan hati yang sangat dalam dibandingkan dengan anak-anak lain.

12.2.3 Karakteristik Motivasi dan Nilai-Nilai Hidup

Terlihat anak lebih menuntut kesempurnaan dalam melakukan sesuatu, menetapkan standar yang sangat tinggi bagi diri sendiri maupun orang lain, memiliki rasa ingin tahu dan penasarannya yang sangat tinggi, sangat mandiri, dan tidak perlu bantuan orang lain, tidak terpengaruh dengan pujian dan hadiah dari orang lain untuk melakukan sesuatu, selalu berusaha mencari kebenaran, mencari makna hidup, melakukan sesuai dengan nilai-nilai filsafat yang sulit dipahami orang lain, senang menghadapi tantangan, berani mengambil resiko, sangat peduli dengan moralitas dan nilai-nilai keadilan, kejujuran dan integritas. Memiliki minat yang beragam dan luas.

12.2.4 Karakteristik Aktifitas

Anak yang memiliki karakter aktifitas mempunyai energi yang tak pernah habis, aktif beraktifitas, sulit tidur cepat bangun, sangat waspada, tingkat konsentrasi tinggi dan lama, tekun, gigih, pantang menyerah, mudah bosan ingin mencari hal baru, pikiran tidak pernah diam, selalu ada hal-hal baru yang dilakukan, spontanitas yang tinggi.

12.2.5 Karakteristik Relasi Sosial

Anak yang relasi sosialnya baik pada umumnya senang bertanya atau mengkritik, suka bermusyawarah, lebih maju, mudah iba, empati, dan senang membantu orang lain, senang berdiskusi dan nyaman dengan orang-orang yang usianya lebih tua.

12. 3 Dasar Pertimbangan, Kebijakan, dan Konsep Keberbakatan

12.3.1 Dasar Pertimbangan untuk Pendidikan Anak Berbakat

Banyak para pakar yang berpendapat jika anak berbakat tidak memerlukan perhatian khusus, berbeda dengan mereka yang menyandang ketunaan. Seakan-akan bahwa pelayanan pendidikan khusus bagi anak berbakat adalah tidak demokratis, membentuk kelompok elit, dan merupakan pemborosan. Maka dengan itu dapat dikemukakan beberapa pertimbangan mengapa pelayanan pendidikan khusus bagi anak berbakat perlu dilakukan seperti:

- a. Keberbakatan tumbuh dari proses interaktif antara lingkungan yang merangsang dan kemampuan pembawaan dan prosesnya, anak berbakat memerlukan program yang sesuai dengan perkembangannya.
- b. Pendidikan atau sekolah hendaknya dapat memberikan kesempatan pendidikan yang sama kepada semua anak untuk mengembangkan potensinya (bakat-bakatnya) sepenuhnya.
- c. Jika anak berbakat dibatasi dan dihambat dalam perkembangannya maka mereka tidak akan maju lebih cepat dan memperoleh materi pengajaran sesuai dengan kemampuannya, sehingga mereka menjadi bosan, kesal, jengkel, dan acuh tak acuh.

- d. Dikhawatirkan pelayanan pendidikan khusus bagi anak berbakat akan membentuk kelompok “ elit” jika dilihat dari keunggulan bakat dan kemampuan mereka tergolong elit.
- e. Anak dan remaja berbakat merasa bahwa minat dan gagasan mereka sering berbeda dari teman sebaya, hal ini dapat membuat mereka terisolasi, sehingga mereka akan membentuk konsep diri yang negatif.
- f. Jika kebutuhan anak berbakat di pertimbangkan, dirancang program untuk memenuhi kebutuhan pendidikan sejak awal, maka akan ditunjukkan peningkatan prestasi, sehingga tumbuh rasa kompetensi dan arsa harga diri.
- g. Mereka yang berbakat jika diberi kesempatan dan pelayanan pendidikan yang sesuai maka dapat memberikan sumbangan yang bermakna kepada masyarakat dalam semua bidang usaha manusia. Masyarakat membutuhkan orang-orang yang berkemampuan luar biasa untuk menghadapi tuntutan masa depan secara inovatif (Clark, 1983).
- h. Dari sejarah tokoh-tokoh yang terkenal dalam bidang tertentu ternyata ada diantara mereka yang masa kecil saat berada dibangku sekolah tidak dikenal sebagai orang yang menonjol dalam prestasi sekolah, namun mereka berhasil dalam hidupnya.

12.3.2 Kebijakan tentang Pelayanan Pendidikan Anak Berbakat

Permasalahan yang sering muncul saat ini berhubungan dengan pengembangan kualitas sumber daya manusia adalah meskipun kebijaksanaan di indonesia sudah sangat mendukung mengenai masalah pemberian perhatian khusus kepada anak didik yang memiliki kemampuan dan kecerdasan luar biasa (GBHN 1993, UUSPN No. 2 Tahun 1989), disebut juga tentang anak berbakat, dan kebijaksanaan di Indonesia juga menekankan pentingnya kreativitas dikembangkan sejak usia

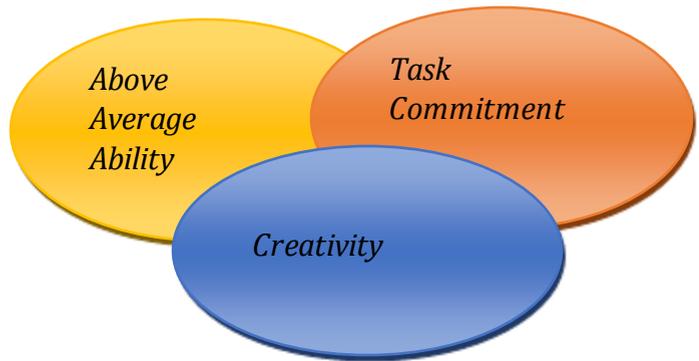
dini sampai dengan perguruan tinggi (GBHN 1993), Namun pelayanan untuk anak berbakat belum sepenuhnya diterapkan secara nasional. Begitu juga sistem pendidikan yang lebih mengembangkan kecerdasan dalam arti yang sempit dan kurang memberi perhatian kepada pengembangan bakat kreatif anak. Mengenai bagaimana perlakuan pendidikan khusus bagi anak berbakat itu dapat terlaksana, ada berbagai alternatif apakah dengan memberikan pengayaan, atau program yang memungkinkan percepatan atau kombinasi antara keduanya. Sehubungan dengan hal ini pasal 24 ayat 7 menyatakan secara eksplisit bahwa setiap anak mempunyai hak menyelesaikan program pendidikan lebih awal dari waktu yang ditentukan.

13.3.3 Konsep Anak Berbakat dan Keberbakatan

Konsep atau definisi keberbakatan yang saat ini dianut di banyak negara, dan juga diadopsi di Indonesia dalam proyek pendidikan anak berbakat (Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1982-1986) ialah definisi USOE dan definisi Renzulli. Manfaat dari definisi USOE adalah mengakui adanya enam bidang keberbakatan (bakat intelektual umum, bakat akademis khusus, bakat kreatif-produktif, bakat dalam salah satu bidang seni, bakat dalam bidang psiko-sosial atau bakat memimpin, dan bidang psikomotor). Definisi ini juga yang membedakan antara bakat sebagai potensi dan bakat yang sudah tampak dari prestasi, tetapi keduanya memerlukan pelayanan pendidikan khusus.

Menurut *Three-Ring Conception* dari Renzulli dan kawan-kawan keberbakatan merupakan keterpautan antara kemampuan umum di atas rata-rata, dan pengikatan diri terhadap tugas atau motivasi internal. Definisi ini memberi arah untuk metode identifikasi keberbakatan, dan untuk praktek pendidikan khusus anak berbakat. Lagi pula, konsepsi tiga lingkaran ini merupakan bagian integral dari model

programnya *enrichment triad* dan *revolving door*. Konsepsi Renzulli tentang keberbakatan.



Sumber: J.S Renzulli dkk. *The Revolving Door Identification Model* (connecticut: Creative Learning Press), hlm.19

12.4 Jenis -Jenis Bakat

Secara umum, bakat dapat dibedakan menjadi dua jenis seperti bakat umum dan bakat khusus :

12.4.1 Bakat Umum

Bakat umum adalah kemampuan berupa potensi dasar yang ada di dalam diri seseorang yang bersifat umum, dapat diumpamakan dengan kata lain, bakat umum ini dimiliki oleh setiap orang dan menjadi sesuatu yang lumrah. Beberapa contoh bakat umum yang dimiliki oleh setiap orang di antaranya: mampu berbicara, mampu berpikir, mampu berjalan atau bergerak, mampu menulis dan membaca.

12.4.2 Bakat Khusus

Bakat khusus adalah kemampuan atau potensi khusus yang dimiliki oleh seseorang yang tidak semua memiliki bakat khusus yang sama antara satu orang dengan orang lainnya. Beberapa contoh bakat khusus yang ada di dalam diri seseorang diantaranya:

- a. Bakat Verbal, merupakan suatu kemampuan khusus seseorang dalam verbal yang ditunjukkan dengan konsep atau dalam bentuk kata-kata
- b. Bakat Numerial, adalah kemampuan khusus seseorang dalam bidang bentuk angka atau matematika
- c. Bakat Skolastik, ialah kemampuan khusus seseorang yang berkaitan dengan angka dan kata-kata, jenis bakat ini mencakup kemampuan berpikir, penalaran, menciptakan hipotesis, mengurutkan, pandangan hidup yang bersifat rasional. Biasanya bakat ini ditemukan pada seorang ilmuwan, akuntan, pemrograman, dan lainnya.
- d. Bakat Abstrak, yaitu kemampuan khusus seseorang dalam hal membuat pola, rancangan, ukuran, bentuk, dan posisi.
- e. Bakat Mekanik, seperti kemampuan khusus seseorang dalam bentukprinsip umum IPA, dan alat-alat, tata kerja.
- f. Bakat relasi ruang, ialah kemampuan khusus seseorang dalam hal mengamati atau menceritakan pola dua dimensi maupun berpikir dalam tiga dimensi, bakat ini biasanya dimiliki oleh fotografer, artis, pilor, arsitek atau profesi lainnya.
- g. Bakat ketelitian klerikal adalah kemampuan khusus seseorang dalam hal tulis-menulis, meramu dan di bidang laboratorium.
- h. Bakat bahasa ialah kemampuan khusus seseorang dalam penalaran analisis bahasa. Biasanya bakat ini sangat dibutuhkan pada bidang penyiaran, editing, hukum, pramuniaga, jurnalistik, atau profesi lainnya yang sejenis.

Menurut (Ucu Mutmainah : 2022) tentang bagaimana cara mengetahui jenis dan tipe bakat anak diantaranya :

- a. *Word Smart*, tipe jenis ini adalah anak yang senang menulis, membaca, berbicara dan mendengarkan cerita cara menstimulasinya dengan melakukan kegiatan bercerita, membaca bersama, melakukan dialog

- percakapan bermain menggunakan huruf-huruf alfabet dan kartu-kartu yang berisi kata-kata untuk memancing minat dan bakat sang anak.
- b. *Number Smart*, tipe ini biasanya anak lebih suka dengan angka, metematika, sains, dan logika. Cara menstimulusnya dengan bermain monopoli, mengunjungi museum ilmu pengetahuan, bermain dengan benda yang bisa dihitung, puzzle, komputer atau abacus.
 - c. *Nature Smart*, anak seperti ini lebih senang berada di alam bebas mereka menyukai kegiatan berenang, menyayangi binatang, mengoleksi dedaunan, dan sangat peduli lingkungan dan alam di sekitarnya. Kegiatan untuk menstimulasi anak dengan berjalan-jalan di alam bebas, ajak mereka memelihara binatang, berkebun bersama, bermain dengan teropong, dan berkemah di alam terbuka.
 - d. *People Smart*, tipe seperti ini anak suka bermain dengan temannya, mempunyai empati yang suka memimpin dan dapat memahami perasaan orang lain. Kegiatan untuk menstimulasinya dengan bermain bersama di luar rumah, datang ke acara perayaan keluarga, bermain games bersama dan bermain drama kostum.
 - e. *Music Smart*, tipe ini anak suka bernyanyi, menggoyangkan badan, mengikuti irama musik, memainkan instrumen dan mengingat lagu-lagu. Kegiatan yang dapat dilakukan untuk menstimulasinya dengan bernyanyi atau bermain musik bersama, dan mendengarkan musik bersama serta menonton konser musik.
 - f. *Picture Smart*, anak suka menggambar seni, berimajinasi, bermain, dan membangun sesuatu dengan menggunakan balok. Kegiatan untuk menstimulusnya dengan melakukan kegiatan menggambar bersama keluarga, menonton film, mengunjungi museum seni, bermain dengan lilin clay, dan bermain cat warna atau kamera.

- g. *Body Smart*, Anak suka menciptakan sesuatu dengan tangan, suka berolahraga, menari, meyentuh benda-benda dan mempelajarinya. Contoh kegiatan untuk menstimulusnya dengan berolahraga bersama keluarga, membuat prakarya, menonton pertunjukkan atlet atau teater, menyukai alat-alat senam, lompat tali atau balok.
- h. *Self Smart*, yaitu anak senang bermain sendiri dan sang anak tahu menjadi apa besar nanti, mempunyai rasa percaya diri yang kuat, bisa mengkomunikasikan perasaan dan pikiran dengan baik. Kegiatan untuk menstimulasinya dengan mengajak anak berbicara tentang perasaannya, melakukan aktivitas untuk mengurangi stress seperti yoga, bermain boneka, rumah-rumahan dan lainnya.

12.5 Identifikasi dan Pengukuran Bakat

12.5.1 Identifikasi Kemampuan Intelektual Umum

Cara mengidentifikasi kemampuan intelektual umum ditentukan oleh taraf intelegensi atau IQ (*Intelligence Quotient*). Terdiri dari dua macam tes intelegensi diantaranya intelegensi individual dan tes intelegensi kelompok. Tes intelegensi individual merupakan salah satu cara yang sangat cermat untuk mengenali kemampuan intelektual umum anak, oleh karena itu dapat diberikan secara perorangan sehingga dapat mengobservasi anak ketika dites. Tes intelegensi individual juga membutuhkan banyak waktu dan cukup mahal untuk pengetesannya. Tes intelegensi kelompok dapat dinilai lebih efisien, baik dalam hal ukuran waktu dan biaya. Keterbatasannya terdapat pada tidak memungkinkannya kontak dan pengamatan anak selama diuji, sehingga sangat sulit untuk diketahui apakah hasil tes intelegensi kelompok tersebut sudah optimal atau sudah dapat menggambarkan kemampuan intelektual anak secara keseluruhan. Tes intelegensi kelompok yang banyak digunakan di Indonesia

adalah tes *Progressive Matrices* dari Raven, *Culture-Fair Intelligence Test* (CFIT), dan *Tes Inteligensi Kolektif Indonesia* (TIKI) untuk poin yang terakhir ini biasanya khusus dikembangkan untuk Indonesia oleh Fakultas Psikologi Universitas Padjajaran dan *Free University of Amsterdam*, Belanda. Tahap pertama untuk Tes inteligensi kelompok biasanya digunakan tahap penjarangan (*screening*) adapun tujuannya agar dapat menjaring dengan waktu yang lebih singkat dimana untuk memenuhi syarat mengikuti tahap berikutnya yaitu tahap penyaringan (tahap seleksi). Pada tahap kedua ini maka dapat menggunakan tes inteligensi individual dengan tujuan untuk mengambil keputusan tentang siswa mana yang dapat dikategorikan sebagai berbakat intelektual dan dapat mengikuti program pendidikan keberbakatan.

Identifikasi siswa berbakat berlangsung dalam dua tahap, seperti tahap penjarangan dan tahap penyaringan. Pada tahap penjarangan diberi tes *Progressive Matrices* dan tes Prestasi Belajar Baku (*Standardized Achievement Test*). Semua siswa yang mencapai skor inteligensi di atas rata-rata boleh meneruskan untuk mengikuti tahap selanjutnya yaitu penyaringan, Tes yang diberikan pada tahap ini adalah *Tes Kreeativitas Verbal* (TKV) dan *Tes Inteligensi Kolektif Indonesia* (TIKI). Yang terakhir, meskipun diberikan kepada kelompok tetapi dinilai cukup cermat dan andal, oleh karena tes ini terdiri dari sebelas subtes yang masing-masing mengukur bidang kemampuan intelektual yang berbeda, sehingga memberikan profil yang lebih berdiferensiasi tentang bakat intelektual siswa, dibandingkan *Tes Progressive Matrices* yang hanya terdiri dari satu tipe tes.

12.5.2 Identifikasi Bakat Akademik Khusus

Cara lain untuk mengidentifikasi anak berbakat intelektual adalah dengan melihat prestasi akademis, bersama-sama dengan pengukuran IQ. Jika tes inteligensi bertujuan

mengukur kapasitas untuk berprestasi baik di sekolah, tes prestasi akademis bertujuan mengukur pembelajaran dalam arti pengetahuan tentang fakta dan prinsip, dan dapat ditambahkan kemampuan untuk menerapkannya dalam situasi kompleks dan yang menyerupai hidup. Prestasi belajar dapat juga diukur melalui kinerja pada mata pelajaran di sekolah dalam kelas tertentu, maka dengan ini guru dapat membuat tesnya sendiri atau dapat diukur sesuai dengan pelajaran yang sudah dipelajari sesuai dengan ketentuan yang ada di seluruh negeri (secara nasional). Dengan ini dapat diberi tes prestasi belajar baku. Tes ini terdiri dari dari bermacam subtes, dan memberikan petunjuk sejauh mana peserta tes memenuhi syarat untuk mengikuti pendidikan tersier.

12.5.3 Identifikasi Bakat Kepimpinan

Kemampuan untuk memimpin tidak hanya mencakup kemampuan intelektual, tetapi juga untuk merubah kepribadian lainnya. Berdasarkan hasil riset dan tinjauan teori secara umum ada beberapa faktor yang berhubungan erat dengan kepemimpinan seperti kapasitas, prestasi, tanggung jawab, peran serta, status, dan situasi.

12.5.4 Identifikasi Bakat Seni Visual dan Pertunjukan

Mengenali bakat dalam bidang seni visual dan pertunjukan tidaklah mudah. Disebabkan kategori talenta yang bervariasi dan tiadak adanya alat yang canggih untuk mengukur bidang talenta yang bervariasi tersebut. Baik teori maupun hasil penelitian menyimpulkan bahwasannya bertalenta dalam seni visual dan pertunjukan pada umumnya juga memiliki tingkat inteligensi dan kreativitas yang cukup tinggi, selain kemampuan dan keterampilan khusus dalam bidang seni. Oleh sebab itu setiap pendekatan untuk mengetahui talenta dalam bidang seni visual dan pertunjukan harus mengikutsertakan peubah tersebut. Tes inteligensi dan

tes kreativitas dapat secara umum digunakan untuk semua bidang talenta.

Apabila alat psikometris yang sesuai belum ada, identifikasi bakat dalam bidang seni visual dan pertunjukkan bergantung pada metode observasi, yang dinilai oleh ahli-ahli dalam bidang seni tersebut. Diharapkan ahli-ahli tersebut tidak hanya menilai kemampuan reproduktif, tetapi juga kemampuan inovatif, dengan kecenderungan untuk dapat melepaskan diri dari bentuk seni yang konvensional tradisional semata-mata.

12.5.5. Identifikasi Bakat Psikomotor

Kemampuan psikomotor sangat diperlukan oleh setiap manusia baik laki-laki maupun perempuan kegiatannya dapat diamati apabila seseorang melakukan kegiatan olahraga dan atletik, diperlukan dalam kegiatan manusia dan dapat diamati jika seseorang belajar melakukan kegiatan olahraga dan atletik, menangani macam-macam peralatan mesin, atau pada saat memainkan alat musik atau bermain drama. Keterampilan psikomotor dalam berbagai kegiatan tersebut memiliki drajat kemampuan yang berbeda. Maka dengan itu untuk mengidentifikasi tingkat kemampuan psikomotor, sebaiknya lakukan penjarangan terlebih dahulu digunakan untuk mengetahui tingkat kemampuan intelektual, kemampuan yang khusus berkaitan dengan bidang talenta, kemampuan berpikir kreatif jika kemampuan psikomotor tersebut memerlukan inovasi (misalnya untuk dapat merancang perabot baru, atau bagi musikus untuk dapat melakukan improvisasi), dan tingkat perkembangan keseluruhan badan atau bagian badan yang berhubungan dengan kemampuan yang dicari, misalnya, kekuatan, kecepatan, koordinasi, kelenturan, dll. Tes inteligensi WISC disamping bagian verbal (yang menghasilkan IQ *Performance* dengan subtes yang dapat memberikan

informasi bermanfaat mengenai koordinasi visual motoris, organisasi visual, dan organisasi persepsi.

12.5.6 Identifikasi Bakat Kreatif

Kreativitas merupakan bentuk bakat yang majemuk, oleh sebab itu penyusunan ukurannya digunakan untuk mengidentifikasi bakat kreatif yang dimulai dengan definisi kerja dari konsep tersebut. Psikolog terkemuka dalam bidang pengukuran kreativitas adalah J.P. Guilford dan E.P. Torrance. Pada umumnya alat tes mereka mengutamakan kemampuan berpikir seperti kelancaran, kelenturan, orisinalitas, dan elaborasi, namun pendekatan mereka berbeda. Torrance (1974) mengukur kemampuan melalui penampilan beberapa tugas majemuk yang dirancang untuk memicu ungkapan beberapa kemampuan pada saat yang sama, sedangkan Guilford (1976) mengukur berpikir divergen dengan menggunakan format tes yang pada umumnya menuntut subjek untuk berespons terhadap banyak stimulus (rangsangan), yang masing-masing mengukur komponen khusus dari struktur intelek. Hanya sedikit instrumen yang mengukur prestasi kreatif, diantaranya Daftar Periksa (*Chekslist*) atau petunjuk dan prestasi kreatif dari kehidupan nyata. Identifikasi talenta kreatif dilakukan melalui beberapa cara yang meliputi ukuran kemampuan berpikir kreatif, orisinalitas, *imagery* kreatif, dan persepsi diri kreatif.

12.6 Kurikulum Berdiferensi untuk Anak Berbakat

Kurikulum 1994 menunjang pediferensiasi kurikulum untuk siswa berbakat melalui pilihan metode dan cara pembelajaran yang dapat ditentukan sendiri oleh guru/sekolah dan disesuaikan dengan tingkat kemampuan siswa. Mata pelajaran yang ternasuk muatan local member peluang untuk mengembangkan kemampuan siswa yang dianggap perlu oleh

daerah. Kegiatan ekstrakurikuler dan pembelajaran tambahan dapat dimanfaatkan untuk program pengayaan bagi siswa berbakat. Kurikulum berdiferensiasi bertujuan member pengalaman pendidikan yang disesuaikan dengan minat dan kemampuan intelektual murid. Makna dari kurikulum berdiferensiasi bagi siswa berbakat ialah menumbuhkan rasa keberhasilan, kepuasan dan tantangan, membuat siswa aktif dan tidak merasa bosan di sekolah, dan dengan demikian menghindari *underachievement* dan/atau putus sekolah.

Kemampuan dan kebutuhan yang beragam dari siswa memerlukan kurikulum yang berdiferensiasi. Bagi siswa berbakat, paling tidak empat factor yang perlu dimodifikasi (maker,1992) agar mereka memperoleh pelajaran yang sesuai. Keempat bidang ini ialah lingkungan belajar, konten pembelajaran, proses atau metode pembelajaran, dan proses belajar siswa. Dengan demikian, siswa berbakat menjadi pelajar yang aktif dalam lingkungan yang memupuk perkembangan keterampilan dan kemampuan baru. Sains dan matematika amat penting dalam pendidikan siswa saat ini dan memerlukan pengembangan terus-menerus. Patut dipertimbangkan bahwa keberhasilan intelektual tidak selalu sama dengan bakat akademik khusus dalam sains dan matematika. Menemukenali kebutuhan siswa berbakat dalam sains dan matematika penting kesejahteraan masyarakat dan individu.

Bahasa tidak hanya merupakan alat sosialisasi, tetapi juga sebagai dasar perkembangan kecerdasan. Pembelajaran bahasa pendidikan dasar dan menengah menekankan pengembangan keterampilan pengarahan diri, keterampilan kreatif-produk, abstraksi dan pemikiran tinggi, serta penggunaan isu dan tema yang luas dalam prestasi bahan dan materi. Dalam pembelajaran IPS untuk siswa berbakat, penekanannya adalah memberikan siswa berbakat alat untuk memberikan sumbangan orisinal terhadap masyarakat dan

menjadi warga Negara yang bertanggung jawab. Salah satu peranan penting dari guru IPS ialah menghindari mendominasi sikap, gagasan, dan pendapat siswa. Guru hendaknya mendorong diskusi terbuka, dari bahan dan masalah yang sensitive dan controversial. Pembelajaran IPS untuk siswa berbakat seyogianya berdasarkan tema yang luas, seperti memahami dan mengakui saling-ketergantungan global.

12.7 Anak Berbakat Berprestasi Kurang

Banyaknya anak berbakat yang berprestasi kurang belum diketahui dengan pasti. Sehubungan dengan sebab-sebab mengapa anak berbakat menjadi seseorang yang berprestasi di bawah taraf kemampuannya akan ditinjau latar belakang pribadinya, latar belakang lingkungan rumah dan sekolahnya. Oleh sebab itu kita perlu memberi perhatian kepada kelompok khusus anak berbakat yang mengalami kendala untuk mewujudkan potensi mereka secara optimal seperti perempuan berbakat dan anak cacat berbakat.

Underachievement ialah adanya diskrepansi antara potensi unggul siswa dan prestasi sekolah yang rendah atau rata-rata. *Underachievement* dapat ditemukenali melalui tes intelegensi, kreativitas, dan prestasi, atau melalui observasi oleh guru dan orang tua. Tiga tingkat karakteristik dasar pada anak berbakat berprestasi kurang ialah, a. Tingkat primer, rasa harga diri yang rendah, b. Tingkat sekunder, perilaku menghindari tugas akademik yang mengancam, dan c. Tingkat tersier, kebiasaan belajar dan disiplin yang buruk (Rimm).

Kondisi pribadi yang menyebabkan kerentanan anak berbakat ialah kecerderungan akan profesionisme, kepekaan yang sangat, dan kurangnya keterampilan social (Whitmore). Kondisi lingkungan yang menyebabkan kerentanan anak berbakat ialah harapan yang terlalu tinggi, isolasi social, dan kurangnya pelayanan pendidikan yang sesuai (Whitmore).

Identifikasi yang tidak tepat dengan orang tua dapat *Underachievement*, demikian pula identifikasi baik orang tua dengan anak berbakat. Iklim kelas yang dapat menimbulkan *Underachievement* ialah kelas yang tidak fleksibel dan yang terlalu kompetitif, Harapan guru yang negative tentang prestasi siswa mempunyai dampak negatif terhadap prestasi siswa (*Self-Fulfilling Prophecies*), Kurikulum yang tidak menantang dapat menghambat pengembangan potensi anak berbakat sehingga berprestasi kurang, Sebagai kompensasi anak dapat menemukan tantangan di luar sekolah. Strategi lima langkah untuk mengatasi *Underachievement* ialah :

- a. Menilai kemampuan siswa dan menemukan sejauh mana ada penguatan di rumah dan di sekolah yang memupuk prestasi di bawah potensi,
- b. Mengubah penguatan di sekolah dan rumah untuk menunjang prestasi akademis siswa,
- c. Mengubah harapan orang lain yang penting bagi anak,
- d. Menemukan model identifikasi seseorang dari jenis kelamin yang sama, bersifat terbuka dan hangat, dan berprestasi, serta
- e. Mengoreksi kekurangan keterampilan akademis.

Masalah yang dihadapi perempuan dalam pengembangan bakat dan kemampuan ialah adanya a. Stereotip peranan jenis kelamin, b. perlakuan yang berbeda terhadap perempuan (bias), dan c. diskriminasi, kurang member kesempatan kepada perempuan. Perbedaan karakteristik antara kedua jenis kelamin dapat ditinjau dari aspek biologis, social-budaya, dan perbedaan kemampuan, khususnya dalam matematika. Secara biologis, riset menemukan perbedaan dalam tingkatakativitas fisik dan agresif.

Beberapa penelitian menemukan spesialisasi fungsi belahan otak, yang kiri untuk kemampuan verbal, logis, dan sekuensial, dan kanan untuk kemampuan spesial dan non-verbal lainnya. Kemampuan spesial yang lebih unggul dari pria

dikaitkan dengan dominasi belahan otak kanan pada pria. Perbedaan perlakuan terhadap kedua jenis kelamin secara social-budaya sudah tampak sejak lahir. Buku teks, kepustakaan, dan media, terutama televisi menguatkan stereotip peran jenis kelamin. Penelitian di Indonesia di tingkat sekolah dasar dan menengah tidak menemukan perbedaan antara perempuan dan laki-laki dalam intelegensi, kreativitas, dan prestasi sekolah (munandar, 1977). Daftar perbedaan seks dalam cirri-ciri dan kemampuan menunjukkan bahwa pada umumnya perempuan cenderung lebih sehat fisik, psikologis, dan social. Kemampuan matematika yang lebih unggul pada pria mempunyai dasar biologis, menurut beberapa pakar. Namun pakar lainnya menekankan bahwa perbedaan kemampuan matematika dapat disebabkan oleh stereotip cultural, pelatihan yang tidak sama, harapan guru.

Prestasi pendidikan dan karier yang tinggi berkaitan dengan harapan keluarga. Bagi anak perempuan, identifikasi dengan ibu yang berhasil baik dalam karier maupun dalam keluarga, sangat penting. Harapan ayah terhadap anak perempuan mereka juga mempengaruhi prestasi. Sikap dan harapan teman sebaya dapat menekan prestasi perempuan. Sekolah menghargai kemandirian, kepercayaan diri, dan keagresifan lelaki, tetapi konformitas pada perempuan. Prestasi kurang dari perempuan sering dijelaskan sebagai kemampuan yang kurang, sedangkan prestasi kurang dari lelaki sebagai kurangnya usaha. Perempuan cenderung mempunyai rasa kompetensi, harga diri, dan motivasi berprestasi yang lebih rendah. Sindrom "takut sukses" (Horner) membuat perempuan melihat prestasi tinggi sebagai tidak feminine, mereka takut "gagal sebagai perempuan". Strategi lima langkah dari Rimm dapat digunakan untuk mengatasi *Underachievement* perempuan berbakat.

Anak berbakat yang cacat lebih dikenal dan dilayani kecacatannya daripada keberbakatannya. Praktis tidak ada program pengembangan bakat dan talenta bagi mereka. Identifikasi anak berbakat yang cacat sulit, karena cacat mereka dapat mengaburkan ungkapan bakat mereka. Guru perlu mengikuti pelatihan tentang karakteristik dan metode identifikasi anak cacat yang berbakat. Tes intelegensi, tes kreativitas, dan skala Rezulli-Hartman antara lain dapat digunakan sebagai alat identifikasi. Program bakat dan talenta (B/T) meliputi komponen yang sama, yaitu percepatan, pengayaan, pengelompokan, dan konseling. Kelemahan komunikasi perlu diimbangi dengan penggunaan alat bantu teknologi dan/atau pelatihan khusus, dengan mempertimbangkan kebutuhan dan keinginan individu. Mengembangkan konsep diri yang positif merupakan tujuan utama dalam program bagi anak berbakat yang cacat, yaitu bahwa mereka belajar menghargai prestasi diri sendiri yang unggul, dan siswa lain menghargai siswa berbakat yang cacat. Disamping pembelajaran perorangan bagi siswa yang berbakat yang cacat, belajar mandiri dan dalam kelompok kecil juga penting. Keterbatasan dalam nasukkan sensoris dapat menghambat perkembangan keterampilan berpikir tinggi dan abstrak; oleh karena itu keterampilan tersebut perlu dipupuk sejak dini dalam program anak berbakat yang cacat.

12.8 Bimbingan Konseling Anak Berbakat

Anak berbakat kreatif memerlukan program bimbingan yang berdiferensiasi yang berkenaan dengan karakteristik, kebutuhan, dan masalah-masalah mereka. Diperlukan dukungan dari lingkungan yang meliputi fleksibilitas dalam memberikan kesempatan, model yang positif, bimbingan dan dukungan untuk membangun kepercayaan dari dalam, melakukan kegiatan kreatif, empati, dan menghargai rasa

humor anak berbakat kreatif. Kebutuhan anak berbakat akan konseling meliputi bidang perkembangan psilo-sosial, perencanaan akademis, dan karier. Fungsi umum program bimbingan dan konseling meliputi tiga proses dasar : konseling, konsultasi, dan koordinasi. Lingkungan pendidikan/asuhan yang restriktif, suportif, dan permisif, mempunyai dampak yang berbeda terhadap pengembangan kreativitas anak. Layanan konseling anak berbakat lebih bersifat *developmental* dan pro-aktif, dari pada remedial dan reaktif.

Pendekatan konseling dan strategi intervensi yang digunakan dikaitkan dengan karakteristik dan kebutuhan anak berbakat. Strategi untuk kebutuhan konseling akademis meliputi : pemberian informasi tentang hasil tes dan asesmen, menerapkan bidang subjek akademis dalam kehidupan nyata, mengusahakan hubungan mentor yang bermakna untuk kebutuhan kognitif/akademis dan afektif anak berbakat, melatih keterampilan organisasi dan manajemen dalam belajar, memeberikan informasi tentang pilihan program dan mata pelajaran. Strategi untuk kebutuhan konseling karier meliputi beberapa topic kunci untuk didiskusikan, dan kegiatan yang membantu siswa merencanakan karier/kehidupan.

Karakteristik anak berbakat dan kondisi lingkungan rumah, sekolah dan masyarakat (kebudayaan) yang menghambatungkapan kreatif, mengakibatkan berbagai ketegangan (*stress*) pada anak berbakat yang pada gilirannya dapat menyebabkan kesulitan dalam belajar dan perilaku bermasalah. Untuk dapat membantu siswa mengatasi ketegangan ini, konselor perlu memahami arti keberbakatan, karakteristik dan kebutuhan anak berbakat, menemuknenali kondisi yang menghambat perkembangan dan ungkapan kreativitas, serta membantu siswa berbakat memperoleh keterampilan interpersonal dan intelektual untuk menghadapi ketegangan sejak awal. Gagasan Arieti (1976) dan Simonton

(1978) mengenai kondisi social-budaya yang mempunyai dampak terhadap perwujudan bakat dan kreativitas individu, dapat digunakan untuk menyusun strategi bimbingan anak berbakat dengan perspektif budaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmani, Jamal Ma'mur. 2012. Kiat Mengembangkan Bakat Anak Di Sekolah. Yogyakarta: Media Pressindo
- Departemen Pendidikan Nasional. 2008. Kamus Besar Bahasa Indonesia Pusat Bahasa. Edisi Keempat. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Munandar, Utami. 2010. Anak-Anak Berbakat Pembinaan Dan Pendidikannya. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- _____.2014. Pengembangan Kreativitas Anak Berbakat. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Sefrina, Andin. 2013. Deteksi Minat Bakat Anak. Yogyakarta: Media Pressindo.
- W.J.S, Poerwadarminta. 1999, Kamus Umum Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka
- <https://kabaranten.pikiran-rakyat.com/hiburan/pr-594899025/inilah-jenis-dan-tipe-bakat-anak-yang-wajib-diketahui-orang-tua?page=2> (diakses pada 27/08/2022)
- <http://melyloelhabox.blogspot.com/2012/09/identifikasi-dan-pengukuran-bakat-dan.html> (diakses pada 25/8/2022)

BIODATA PENULIS



Prof. Dr. Hj. Hasmyati, M.Kes.

Dosen Jurusan Pendidikan Jasmani Kesehatan dan Rekreasi
Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Makassar

Penulis lahir di Luppereng, 5 September 1968. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Pendidikan Jasmani Kesehatan dan Rekreasi Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Makassar. Tahun 1992 menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) pada Jurusan Kesehatan dan Rekreasi IKIP Ujung Pandang. Pada tahun 2000 menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S2) pada Program Pasca Sarjana UNAIR Surabaya Jurusan Kesehatan Olahraga. Pada tahun 2008 menyelesaikan studi pada Program Dotor (S3) Jurusan Pendidikan Olahraga pada Pasca Sarjana, Universitas Negeri Jakarta. Pada tahun 2013 meraih gelar Guru Besar dalam bidang Pendidikan Jasmani dan Olahraga. Selain aktif mengajar, penulis juga aktif mempublikasikan karya tulis ilmiahnya baik pada jurnal nasional maupun pada jurnal internasional. Selain itu juga aktif menulis buku yang berkaitan dengan bidang pendidikan diantaranya adalah buku Manajemen Pendidikan Jasmani dan *Effective Learning Models In Physical Education Teaching.*

BIODATA PENULIS



Dr. Ir. Ramlan Mahmud, M.Pd.

Dosen PGSD FIP UNM, STKIP YPUP Makassar, FTK UIN Alauddin, STKIP Andi Matappa, STIM Nitro, dan UNISMUH Makassar

Penulis lahir di Kabupaten Sinjai Provinsi Sulawesi Selatan. Pada tahun 1995 masuk Sekolah Dasar (SD) Negeri 1 Sinjai dan tamat pada tahun 1997. Pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan pada Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 3 Sinjai dan tamat pada tahun 2000. Pada tahun itu juga melanjutkan pendidikan pada Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 1 Sinjai dan tamat pada tahun 2003. Melanjutkan pendidikan pada jurusan pendidikan Matematika FMIPA UNM dan memperoleh gelar sarjana pendidikan matematika pada tahun 2007. Pada tahun 2010 penulis menyelesaikan program pascasarjana pada Universitas Negeri Makassar (UNM) dan memperoleh gelar Magister Pendidikan Matematika. Tahun 2015 menyelesaikan Program Doktor Ilmu Pendidikan di UNM dan Sandwich like di Northern Illinois University, USA. Mengikuti Program Profesi Insinyur di Universitas Hasanuddin (UNHAS-2022). Beberapa organisasi antara lain Ketua Relawan Jurnal Indonesia (RJI) Sulawesi Selatan, Fasilitator RJI, Anggota

Forum Dosen Indonesia (FDI), ADRI, IndoMS, HEBII. Tercatat sebagai Asessor BKD Dosen tahun 2021-sekarang. Reviewer dan editor pada beberapa jurnal Nasional dan International bereputasi, diantaranya pada jurnal Daya Matematis (Sinta 3), jurnal IJOLE (Q1), EST (Sinta2). Sejak tahun 2010 mengajar pada PGSD FIP UNM, STKIP YPUP Makassar, FTK UIN Alauddin, STKIP Andi Matappa, STIM Nitro, dan UNISMUH Makassar. Beberapa buku antara lain: *Penulisan Jurnal ilmiah berbasis OJS dan OJS 3 (2020)*, *Filsafat Pendidikan Matematika (2022)*, *Strategi Metakognitif Model Pembelajaran Sosial Dalam Matematika (2016)*, *Pengantar Ilmu Pendidikan (2019)*, *Strategi Pembelajaran (2022)*, *Literasi Digital Pendidikan (2022)*, *Buku Metodologi Penelitian (2022)*, *Penulisan Karya Tulis Ilmiah (2022)*, Beliau juga sebagai Direktur Sains Global Intitut Indonesia, dan Pendiri Publikasi Ilmiah Ilin Institut Indonesia.

BIODATA PENULIS



Luqman Hidayat

Dosen Program Studi Pendidikan Luar Biasa
Universitas PGRI Yogyakarta

Penulis lahir di Sragen, 09 Maret 1992. Penulis adalah dosen tetap di Universitas PGRI Yogyakarta pada Program Studi Pendidikan Luar Biasa. Menyelesaikan Strata 1 dan 2 di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis menekuni bidang teknologi asistif bagi anak berkebutuhan khusus, media pembelajaran anak berkebutuhan khusus, dan Pendidikan Inklusif. Buku yang pernah ditulis adalah Kesiapsiagaan Bencana Sekolah Inklusi, Pedoman Kesiapan Bencana bagi Disabilitas, Literasi digital, Pengembangan Bahan Ajar.

BIODATA PENULIS



Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog
Dosen Fakultas Psikologi
Universitas Negeri Makassar (UNM)

Penulis lahir di Ujung Pandang, Sulawesi Selatan, 10 November 1987. Penulis menyelesaikan studinya di SD Neg. Komp. IKIP I Makassar, SMP. Neg. 03 Makassar, SMA. Neg. 17 Makasar. Kemudian penulis lulus sebagai sarjana di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar. Penulis kemudian melanjutkan pendidikannya di Magister Psikologi Profesi UGM Yogyakarta. Saat ini menjadi dosen di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar (UNM). Selain itu, penulis juga aktif dalam melakukan Praktek Kerja Profesi Psikolog, serta memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam bentuk Psikoedukasi dan Pelatihan. Penulis dapat dihubungi melalui: email: novitamaulidyajalal@unm.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr. Nurmawati, M.Pd.

Dosen Pascasarjana IAIN Langsa
Keahlian: Psikometrik dan Evaluasi Pendidikan

Penulis lahir Pidie pada tanggal 12 Januari 1981. Penulis menempuh Pendidikan S1 Tarbiyah Fisika di Fakultas Tarbiyah IAIN Ar-Raniry. Dan lulus pada tahun 2004. Pada tahun 2004 penulis melanjutkan studi S2 Penelitian dan evaluasi Pendidikan di Pascasarjana Universitas Negeri Jakarta dan lulus pada tahun 2007. Selanjutnya melanjutkan pendidikan doctoral pada tahun 2010 jurusan Psikometrik dan evaluasi Pendidikan di Universiti Sains Malaysia dan lulus pada tahun 2016. Sejak tahun 2008, penulis diangkat sebagai dosen di STAIN Zawiyah Cot Kala yang saat ini sudah menjadi IAIN Langsa.

BIODATA PENULIS



Sahril Buchori

Staf Dosen Bimbingan dan Konseling Universitas Negeri
Makassar

Penulis lahir di Bitung Sulawesi Utara, pada tanggal 06 Agustus 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Bimbingan dan Konseling Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Makassar (UNM). Menyelesaikan studi S1 pada Program Studi Bimbingan dan Konseling UNM dan melanjutkan S2 & S3 pada Program Studi Bimbingan dan Konseling Universitas Pendidikan Indonesia (UPI) Bandung.

Penulis telah menerbitkan beberapa tulisan diberbagai jurnal dan menerbitkan beberapa buku diantaranya buku berjudul “Menuju Generasi Emas Pendidikan Indonesia”; “Ekspedisi Kurikulum 2013 (Respon dan Potret Kepala Sekolah, Guru, Siswa)”; “Membaca Potensi Maritim Indonesia: Menuju Poros Indian Ocean Rim Association (IORA)”; “Orientasi Pribadi Optimal Perspektif Bimbingan dan Konseling”; dan “Perencanaan Karier: Panduan Praktis untuk Siswa dan Konselor”.

BIODATA PENULIS



Nurfitriany Fakhri, S.Psi., MA
Dosen Fakultas Psikologi

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Psikologi, sejak tahun 2010. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 pada Program Studi Psikologi, dengan bidang minat utama Psikologi Sosial dan minat minor Psikologi Umum dan Eksperimen. Penulis menekuni bidang menulis artikel penelitian khususnya perilaku internet, kognisi, perilaku dalam budaya, dan intrapersonal peacefulness.

BIODATA PENULIS



Musdalifah Nihaya, S. Psi., M. Pd.

Penulis lahir di Ujung Pandang, pada hari Senin, 30 Agustus 1990. Penulis menempuh pendidikan dari SD Negeri IKIP Makassar (1995-2001), kemudian melanjutkan studi di SMP Negeri 3 Makassar (2001-2004). Selanjutnya, penulis melanjutkan sekolah Madrasah Aliyah Negeri 2 Model Makassar (2004-2007).

Melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi adalah impian penulis. Penulis menempuh Strata-1 melalui jalur bebas tes di Fakultas Psikologi UNM Makassar. Penulis berhasil menyelesaikan studi selama 4(empat) tahun. Setelah itu, penulis menempuh Strata-2 di Prodi Bimbingan Konseling Pascasarjana UNM Makassar. Lagi-lagi kebahagiaan menghampiri, penulis diterima di Pascasarjana UIN Alauddin Makassar dan memilih Prodi Pendidikan dan Keguruan untuk melanjutkan Strata-3. Penulis memfokuskan mengembangkan media online dalam Layanan Konseling diberi nama Ruang Konselingku. Prestasi-prestasi yang penulis raih selama ini adalah pencapaian berkat kekuatan do'a orangtua dan motivasi dari suami. Dengan ketekunan, motivasi tinggi, dan perjuangan yang tidak mengenal lelah untuk terus belajar dan berusaha. Semoga mampu memberikan kontribusi positif bagi dunia pendidikan.

BIODATA PENULIS



Ria Andriany Fakhri, S.Psi., MA
Staf BPMP Provinsi Sulawesi Barat

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 23 September 1985. Penulis merupakan staf Balai Penjaminan Mutu Pendidikan Provinsi Sulawesi Barat, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 pada Jurusan Psikologi di Universitas Negeri Makassar dan Universitas Gadjah Mada dan saat ini melanjutkan S3 pada Jurusan Educational Research and Development di University of Lincoln, UK.

BIODATA PENULIS



Dian Permatasari

Staf Dosen Jurusan Pendidikan Matematika

Penulis lahir di Kulon Progo, 5 Oktober 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Matematika, Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan, Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 pada Jurusan Pendidikan Matematika, UNY. Penulis menekuni bidang Pendidikan Matematika.

BIODATA PENULIS



Fitri Meliani

Dosen Institut Agama Islam Bunga Bangsa Cirebon

Penulis lahir di Cirebon, pada 1 September 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Manajemen Pendidikan Islam, Institut Agama Islam Bunga Bangsa Cirebon. Menyelesaikan pendidikan S1 Psikologi di Universitas Islam Bandung, S2 Jurusan Ilmu Keluarga dan Perkembangan Anak di Institut Pertanian Bogor. Penulis menekuni bidang penulisan jurnal ilmiah dan buku populer. Selain mengajar di perguruan tinggi, penulis juga menjadi kepala program terapi di Lembaga Cherbon Family Center, yaitu membuat kurikulum pendidikan bagi anak berkebutuha khusus yang menjalani terapi di Cherbon Family Center di Kota Cirebon.

BIODATA PENULIS



Sri Yanti, M.TPd.

Dosen Prodi Pendidikan Islam Anak Usia Dini (PIAUD)
Institut Agama Islam Al-Azhaar Lubuklinggau

Penulis lahir di Lubuklinggau pada tanggal 06 Juni 1987. Penulis adalah dosen tetap dan sekretaris Prodi PIAUD IAI Al-Azhaar Lubuklinggau, penulis juga sebagai asesor BAN PAUD dan PNF Provinsi Sumatera selatan dari tahun 2018 sampai sekarang dan menjadi asesor sekolah penggerak tahun 2021 sampai sekarang. Riwayat pendidikan S1 pendidikan matematika STKIP-PGRI Lubuklinggau dan S2 Teknologi pendidikan konsentrasi PAUD di UNIB.