

Dr. Suharsiwi, M.Pd
Dr. Weny Savitry Sembiring Pandia, Psi., M.Si

Seri Keterampilan Sosial
Anak Berkebutuhan Khusus

Ada Apa dengan faiz



ISBN 978-602-0798-80-6



**Seri Keterampilan Sosial
Anak Berkebutuhan Khusus**

**ADA APA DENGAN FAIZ ?
(MENEMUKENALI ANAK/SISWA BERBEDA)**

Penulis :

**Dr. Suharsiwi, M.Pd
Dr. Weny Savitry Sembiring Pandia, Psi., M.Si**

Editor :

Prof. Dr. Agus Suradika, M.Pd

Siwi & Wenny

Ada Apa Dengan FAIZ ?

GAMBAR FAIZ

**Menemukenali
Anak/Siswa
Berbeda**

Pengantar Penulis

Saat mengetahui buah hati anda berbeda dari anak-anak lain, reaksi yang ditampilkan oleh para orangtua bisa beragam. Mulai dari sedih, marah, menyalahkan, menangis dan bentuk-bentuk luapan emosi lainnya yang mewakili kekecewaan yang dalam. Semua bentuk perasaan itu muncul karena naluri kasih sayang yang kuat dari ayah dan bunda. Sehingga akan sangat terluka melihat buah hatinya lahir dan tumbuh dengan banyak keterbatasan.

Keresahan orangtua seringkali akibat informasi yang diperolehnya dalam memahami situasi yang ada beragam. Juga situasi keseharian orangtua dengan perilaku anak yang berbeda dari anak-anak secara umum, terkadang mengganggu dan membingungkan. Bertambah usia anak, namun tidak juga terjadi perubahan yang berarti, kemampuan anak yang jauh dari kebanyakan anak-anak pada umumnya. Kekhawatiran akan masa depannya, ditambah hal ini akan diperburuk jika orangtua tidak mendapatkan informasi yang benar tentang anaknya.

Informasi yang benar tentang kasus anak-anak berkebutuhan khusus akan membuat orangtua memahami dinamika anak berkebutuhan khusus. Orangtua juga bisa berkaca diri dengan mengambil pengalaman orang lain dan melihat apa yang terjadi dengan puteranya.

Secara psikologis dengan berbagi dengan oranglain atau dengan orangtua dengan kondisi yang sama akan memberi ketenangan bathin, menghilangkan stress dan keresahan yang justru akan berdampak tidak baik dalam pengasuhan anak.

Mengenali buah hati anda dengan baik akan sangat membantu dalam melakukan stimulasi yang tepat. Kendala apa yang menjadi hambatan, bagaimana cara yang tepat mengupayakan agar buah hati anda dapat berkembang dengan baik. Potensi apa yang dimiliki, hal-hal yang disukai, hal-hal yang tidak disukai, juga kaitannya dengan jenis karakteristik berkebutuhan khusus yang mana, putera putri anda.

Sebagai orangtua yang juga memiliki anak berkebutuhan khusus, tulus kami memahami derita yang dialami para orangtua. Bersyukur bagi para orangtua yang berfikir positif dan dapat melewati fase penerimaan kemudian menyalurkan energinya dengan positif. Menjadikannya kekuatan dengan mengembangkan buah hatinya untuk bisa berkembang optimal, dan bukan sebaliknya meratapinya yang justru tidak ada manfaatnya sama sekali bagi kemajuan anak. Anak adalah amanah Allah, terlahir dari Rahim siapa ? atau melahirkan siapa ? adalah bagian dari takdir Allah yang harus dijalani. Allah memilih Ayah dan Bunda, karena anda adalah orangtua special yang hebat. Buku perdana kelas parenting ini merupakan bentuk kepedulian penulis berbagi pengalaman saat melakukan pengasuhan baik sebagai guru dan orangtua.

Buku ini disusun dalam bentuk bacaan ringan buat para orangtua dan juga pendidik, dengan tetap mengedepankan kajian ilmiah. Kajian ilmiah dimaksudkan buku ini didukung oleh konsep/ teori oleh para ahli dan juga dukungan data hasil riset lapangan dari penulis dalam tugasnya sebagai peneliti dan dosen.

Buku ini dipenuhi oleh pengalaman nyata tim penulis selama melakukan pengasuhan dengan putera-puteranya yang berkebutuhan

khusus : “FAIZ, Atthallah dan Arkana”, dan juga beberapa kasus-kasus yang ditemui saat tim peneliti bekerja di sekolah, juga ada cerita para orangtua yang memiliki anak berkebutuhan khusus dan para guru pendamping anak berkebutuhan khusus yang diperoleh datanya saat berada dalam forum seminar dan forum diskusi. Sharing pengalaman juga di peroleh dari beberapa hasil riset yang dilakukan peneliti terkait dengan anak-anak berkebutuhan khusus, dan menjadi data pendukung buku ini.

Semoga buku ini dapat bermanfaat buat para orangtua istimewa pilihan Allah. Semoga selalu diberi petunjuk Allah tetap sabar dan diberi kesabaran selalu. Di beri ketajaman berfikir untuk mengupayakan kebaikan bagi buah hatinya. Buku ini hanyalah segelintir dari buku-buku yang banyak menulis tentang anak berkebutuhan khusus. Ilmu yang disampaikan adalah merupakan satu titik ilmu Allah yang Maha luas.

Melalui buku ini orangtua dimanapun diharapkan dapat lebih mengenali putera puterinya. Karena diagnosa yang tepat akan memudahkan ayah bunda mendapatkan saran penanganan yang tepat. Buku pertama ini merupakan seri parenting yang akan dilanjutkan pada buku ke 2 dan selanjutnya. Buku ini direncanakan akan diterbitkan dalam beberapa seri Parenting. Buku pertama ini difokuskan pada deteksi anak berkebutuhan khusus, mengambil judul FAIZ sebagai figure yang sebetulnya mewakili Faiz – Faiz lain buah hati para orangtua pilihan Allah.

Depok, Januari 2020

Tim Penulis

Daftar Isi

Pengantar Penulis	3
Daftar Isi	6
Suara Anakmu	7
Catatan Seorang Anak	9
Faiz Kecil : Berbeda	10
Arkana	22
Meita	25
Aldo	29
Doni	37
Si Mungil Bintang	40
Bagaimana Mendeteksi ?	42
Siapa Anak Berkebutuhan Khusus ?	63
Anak Dengan Hambatan Intelektual	67
Autism Spectrum Disorder	80
ADHD	85

Suara Anakmu

Tidak mudah memang memahami aku,
Meski bukan tidak bisa dipahami
Bunda sayang aku, Bunda menerimaku
Ayah sayang aku, ayah menerimaku
itu yang aku inginkan
Terima aku apa adanya

Meski kadang aku susah untuk diam,
mudah frustrasi, tantrum,
suka berteriak, atau menggigit
Tapi Ayah Bunda,
aku butuh kesempatan, butuh dibantu....
jangan pernah malu memiliki aku
Tetaplah bawa aku mengenal dunia luar,
supaya aku banyak belajar

Aku terkadang lamban memahami banyak hal..
Namun aku tetap ingin berusaha...
Menjadi kebanggaan Ayah dan Bunda

*Depok, Januari 2020
Sivi dan Wenny*



Catatan Seorang Ayah

"Mas dibuang aja bu.."

Ucapan itu terlontar dari mulut seorang bocah kecil 5 tahun adiknya, 15 tahun yang lalu. Saya dan istri terkekeh-kekeh setiap ingat momen itu, karena absurdnya kata-kata itu

(Emangnya pampers, habis pake dibuang)

But he meant it. Dia marah dan jengkel.

Wajar, sebagai adik laki-laki yg enerjik, penuh gelora mengeksplorasi dunia.

Bertolak belakang dengan kakaknya yg autis, pasif, nir wicara, temper tantrum, bahkan, maaf, jorse n jijay bajay...

Mas ngga asik, ngga bisa main... buang aja...

Ya Allah.. ketawa bercampur dengan miris gimanaa gitu..

Qadarullah kakakmu autis pasif, low function, dengan epilepsi.

Kakakmu juga ngga mau jadi seperti itu.....

Ada jutaan keluarga hidup bersama anggota yg autis.

Mereka 'ada tapi tiada'

Ada sebagiannya dikaruniai dobel/ tripel handicap dengan retardasi mental atau epilepsi.

Ada ayahbunda yg sukses mengentaskannya,

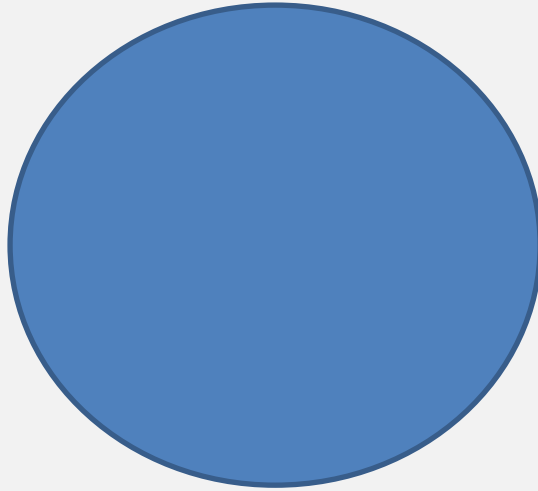
Banyak yg belum berhasil, terpaksa menjalaninya dengan keras melelahkan.

Ada yg menyerah. Berhenti berikhtiar. Ada yang kalah. Bubar bubar.

"Mas jangan dibuang ya dek, Allah siapkan jutaan malaikat ghaib untuk menolongmu..

tak kasat mata, tapi tulus, handal, slalu siap sedia membantu".

Ayah Tama



FAIZ KECIL : Berbeda

Saat usia Faiz, menginjak 2.10 bulan, dokter mendiagnosa ASD (Autism Spectrum Disorder) atau PDD-NOS. Faiz mengikuti sejumlah rangkaian pemeriksaan, mulai dari Tes Bera (khawatir, telinganya bermasalah – karena terkadang seperti tidak mendengar) atau terlalu peka sehingga suara radio atau televise membuatnya harus menutup telinga ketakutan. Tes psikologi dan medis dilakukan oleh tim tumbuh kembang di RS Harapan Kita, yang memang menjadi rujukan beberapa teman. Kondisi Faiz yang susah diam, cukup melelahkan untuk bekerjasama menjalani sejumlah pemeriksaan.

Faiz kecil sebetulnya tidak terlihat sesuatu yang aneh di usia bayinya, fisiknya tumbuh normal seperti anak-anak kebanyakan. Secara fisiknya Faiz memang sedikit kurus, tapi faiz termasuk anak yang sehat dan aktif, meski sedikit pendiam. Babbling sudah muncul sebelum ulang tahun pertamanya. Demikian juga untuk berjalan, Faiz sudah bisa berjalan lancar di usia 11 bulan dan termasuk anak yang tidak terlalu menyulitkan pada usia tersebut, mendapatkan ASI sampai usia 1 tahun meski dengan tambahan susu formula.

Saat Faiz sudah bisa makan makanan padat, dia cenderung melahap semua makanan yang diberikan. Seperti sayur sop, Faiz seperti tidak bisa membedakan aneka sayuran yang disajikan, kol, wortel bahkan daun bawang semua dilahapnya. Selera makannya juga cukup bagus, sayur, buah dan susu dikonsumsi dengan baik. Terutama susu merupakan minuman yang pavoritnya, bahkan sering berlebihan dalam mengkonsumsinya.

Menginjak usia 1,5 tahun hingga 2 tahun, Faiz mulai menunjukkan keanehan-keanehan yang membuat kami mulai khawatir. Pada usia itu Faiz tidak lagi bersuara, babblingnya hilang, dan cenderung pasif. Namun pada saat itu, kami pikir mungkin memang sedang berkonsentrasi pada perkembangan yang lain (fisiknya). Kami menunggu sambil berdo'a, hingga Faiz berumur 2,5 tahun, belum juga menunjukkan perkembangan yang berarti, bahkan perilakunya makin terlihat aneh. Faiz cenderung mudah emosi dan tantrum jika keinginannya tidak terpenuhi. Hal ini dikarenakan kemampuan bahasanya terbatas sehingga ia kesulitan menyampaikan apa yang

diinginkannya dan kesulitan juga memahami perkataan lawan bicaranya.

Jika diminta atau kami memaksanya untuk berbicara ketika meminta sesuatu, ia justru mengamuk ketimbang berusaha berlatih bicara. Motivasi bicaranya sangat terbatas, mudah frustrasi dengan kondisi mulut yang sering merapat dan kesulitan mengeluarkan suara, seperti berat. Jika sudah mengamuk, Faiz senang sekali membenturkan kepala ke lantai, menyeruduk dan menangis dengan berguling-guling dimana saja berada.

Karena sudah tau kebiasaannya, maka ketika ia sudah mulai tidak nyaman dan hendak mengamuk, kami sudah sigap dengan memegang bahu atau memposisikan diri di belakang Faiz sehingga Faiz tidak membenturkan kepalanya ke lantai, dimana hal itu akan sangat membahayakannya kepalanya. Terkadang terlepas juga, kepalanya mendarat di lantai atau tembok, kalau sudah seperti itu dia akan menangis dan aku peluk dengan mengusap-usap kepalanya yang terantuk.

Selain perkembangan bahasa Faiz yang seolah-olah berhenti, faiz menunjukkan sikap yang tidak biasa yaitu kontak mata yang sangat terbatas, selalu memiringkan wajah menghadap arah lain ketika berhadapan dan seolah-olah tidak terlalu peduli pada dunia sekitarnya. Seperti ketika ada kucing yang lewat di depannya, sementara saya sudah memanggil-manggil kucing itu dengan meong dan meminta Faiz menirukan suara itu, namun ia menepis dan malah berjalan ke arah lain seolah-olah tidak mendengar suara yang ditujukan untuknya atau

asik dengan mainan mobil-mobilan sementara situasi sekelilingnya seolah tidak ada.

Kebiasaannya senang sekali menyeruduk jika ingin menyampaikan keinginannya membuat kakaknya kesal karena kerap menjadi sasaran korban serudukannya. Berbeda dengan kakaknya yang aktif, Faiz cenderung penakut dan gerakan motoriknya cenderung kaku, menaiki tangga yang tidak terlalu tinggi buat anak-anak seusianya bahkan anak-anak umumnya dapat mudah menaikinya sambil berlari, sementara buat Faiz harus menaikinya secara perlahan dengan menggunakan dua tangannya untuk melangkah naik.

Sepertinya seluruh aspek perkembangannya menjadi bermasalah, motoriknya, bahasa, kognitif dan sosial emosionalnya. Gerakan tubuh Faiz cenderung kaku, sehingga untuk melambatkan tangan saat kami pergi Faiz harus menggerakkan keseluruhan lengannya. Itupun harus dibantu mbak pengasuh, agar ia mau melambatkan tangan saat kami tinggalkan pergi untuk mengajar dan untuk mengajarkan dia cara berinteraksi dengan kami. Komunikasi yang sama sekali tidak tersambung membuat Faiz kesulitan berinteraksi dengan teman-teman sebayanya. Demikian juga hambatan komunikasi dengan anggota keluarga yang menjadi keprihatinan kami. Untungnya Faiz memiliki kakak yang umurnya hanya beda setahun, sehingga komunikasi diantara mereka sepertinya nyambung aja, meski terkadang sikap Faiz yang suka menyeruduk kala ngambek atau sedang “bersemangat” sedikit membuat kakaknya kesal.

Kemampuan komunikasi Faiz yang belum berkembang baik, masih jauh untuk anak seusianya. Pada usia yang hampir menginjak 2,5

tahun Faiz belum bisa mengenal namanya, hal ini diketahui ketika dipanggil namanya ia tidak menengok. Untuk meminta perhatiannya, kita menepuk bahu sambil memanggil namanya, menepuk tangan atau melambaikan tangan ke depan wajahnya. Kesulitan dalam memahami perintah-perintah sederhana, seperti kata ambil, letakkan, susu, minum. Ketika meminta minum, dia hanya menubruk-nubrukkan badan, mengamuk, kemudian ketika kita membuat susu, Faiz akan tetap mengamuk sampai susu itu selesai dibuatkan dan dimasukkan ke mulutnya, baru dia tenang dan memahami bahwa kita sedang menyiapkan sesuatu yang dimintanya.

Permintaan itu pun terpenuhi karena kami menebak dan memainkan “feeling” saja, kadang tepat meski sesekali meleset. Untung Faiz masih kecil sehingga kemauannya rata-rata adalah berkaitan dengan kebutuhan yang memang wajarnya anak seusianya. Badannya yang masih kecil masih memudahkan untuk kami halau saat dia mengamuk, atau menyuruhnya melakukan sesuatu yang baik buat dia dengan sedikit tekanan, seperti menghentikannya berhenti saat selesai mandi, membujuknya tidur, atau menghindarinya pada hal-hal yang membahayakan dirinya.

Kontak mata Faiz juga sangat minim ketika ia berinteraksi dengan orang lain. Meski demikian kami tidak membatasinya untuk bermain dengan teman di sekeliling kami. Rumah kami yang memang terletak di lingkungan padat penduduk, yang memungkinkan banyak anak-anak sekitar yang bermain di teras rumah yang lumayan luas. Sebetulnya anak-anak kecil ini hanya ingin bermain dengan kakaknya, namun ternyata Faiz menikmati juga interaksi yang ada dan tidak

terganggu berada di antara anak-anak lain. Meski ia masih asyik sendiri dengan mainannya seperti mobil-mobilan atau bermain sepeda mobil berjalan bolak balik sambil mengayuhkan kakinya ke lantai.

Selain hambatan dalam interaksi sosial, Faiz juga memiliki beragam keanehan dan perilaku repetitif. Faiz punya kebiasaan menutup pintu kamar mandi, dia paling tidak tahan jika pintu kamar mandi terbuka. Jika ada yang membuka pintu kamar mandi, maka buru-buru ia tutup, ketika sedikit saya menggodanya sehabis ia menutup pintu kemudian saya buka kembali, maka dia langsung berlari dan buru-buru menutup pintunya. Mungkin ini perilaku yang baik, tapi sikap rigidnya yang mekanik agak sedikit menimbulkan pertanyaan saja, untuk anak seusia dia yang belum genap 3 tahun memiliki perilaku tertib seperti itu.

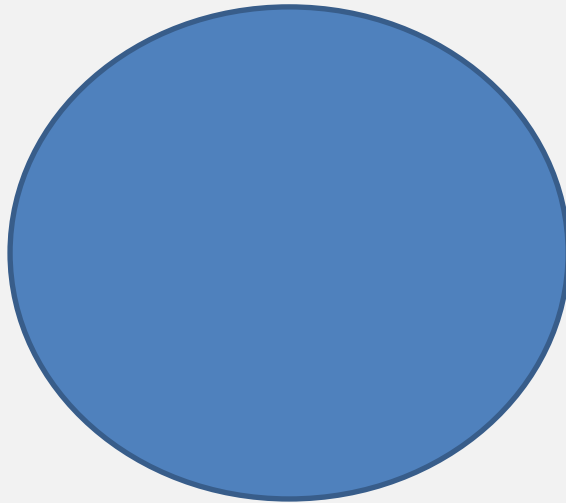
Selain itu Faiz juga memiliki keanehan lain, seperti ketakutannya pada suara radio atau tape recorder. Setiap radio atau tape dinyalakan, Faiz langsung memegang telinga dan berputar-putar ketakutan dan gelisah. Kemudian dia berusaha untuk mematikan radio atau tape. Hal itu berulang-ulang dilakukan dan muncul perilaku aneh itu, yang tidak bisa difahami kenapa dia menjadi takut seperti itu. Seolah-olah ada yang menusuk telinganya dan ketidaknyamanan pada telinga yang menyebabkan Faiz mengamuk. Bentuk perilaku aneh lainnya adalah ketakutan pada logo sebuah station Televisi Swasta. Setiap kemunculannya dengan perlahan dan disertai suara musik khas Jingle stasiun TV tersebut, Faiz langsung berlari ketakutan. Setiap ketakutan memang baru diketahui ketika saat peristiwa tersebut

muncul, seperti memberontak ketakutan saat memasuki pasar tradisional.

Sekarang Faiz berusia 17 tahun 6 bulan, sudah pergi ke sekolah di SMA Muhammadiyah di Depok, memiliki teman banyak dan memiliki berbagai komunitas. Baik di kegiatan kelompok belajar bersama teman-temannya, komunitas hobinya touring dengan teman ke beberapa tempat di jabodetabek. Sekarang Faiz sedang mempersiapkan diri untuk menggapai cita-citanya memasuki Perguruan Tinggi Negeri. Tak terbayang bahwa Faiz dapat melewati masa-masa sulit di usia belianya.

Pendampingan dan memberi kesadaran bagi seluruh keluarga saat Faiz mengikuti program diet tepung dan susu sapi, seperti yang dianjurkan dokter. Mengikuti mengikuti rangakain terapi, memberi vitamin dan asupan makanan bergizi. Menyekolahkan Faiz di tempat yang memberikan rasa aman dan nyaman, target yang benar dan sesuai kebutuhan, memberi kesempatan faiz berinteraksi, mengajaknya ke tempat-tempat umum, melatih dia bagaimana perilaku yang diharapkan oleh lingkungan.

Memahami ke “lucu” an dan ke “aneh” an pola perilaku yang ditampilkan Faiz, terkadang spontan, bertahan lama, kemudian hilang. Bahasa planet masa kecil yang lambat laun hilang, kontak mata dan respons timbal balik dalam komunikasi yang mengalami perkembangan. Stress dan mudah frustrasi menghilang dengan bertambah usia, pendampingan dan tidak menekan, atau menuntut berlebih. Tarik ulur yang penuh dinamika, mencoba fokus tanpa terpengaruh oleh lingkungan yang terkadang tidak menyelesaikan persoalan. Memberi Faiz tempat bertumbuh di lingkungan yang ramah dan aman, meski pantauan tetap harus di jaga. Keterlibatan anggota keluarga sangat diperlukan sebagai “role model” dan teman Faiz berinteraksi dan belajar beberapa keterampilan sosial. Peran ayah, Ibu, dan kakak, sangat membantu perkembangan Faiz. terutama yang terpenting adalah peran deteksi awal Faiz, mengetahui sejak dini masalah yang sesungguhnya, membuat kami lebih berjaga dan mengantisipasi kemungkinan-kemungkinan yang terjadi.



Athallah

Athallah, seorang anak laki-laki kembar berusia 13 tahun, sejak lahir sering mengalami kejang. Beberapa kali ia mengalami kemunduran dalam perkembangannya. Meski saat ini Athallah dapat berjalan, berlari, dan menggunakan lengannya sampai batas tertentu, Athallah tidak dapat berbicara karena lemahnya kontrol otot di bagian oral. Pemahaman komunikasi yang disampaikan secara lisan juga sangat terbatas. Sebenarnya berbagai terapi telah dijalani Athallah sejak usia dini. Hanya saja, jika kejangnya berulang, perkembangannya mundur kembali bahkan pernah nyaris seperti saat Athallah baru berusia 2 bulan, padahal saat itu usianya sudah mencapai 2,5 tahun.

Saat usia 3 tahun, kami orang tua Athallah memasukkan Athallah ke sebuah sekolah inklusi, sementara program terapi berjalan terus. Hanya saja

perkembangan Athallah tidak terlalu pesat sehingga di usianya yang keempat kami memutuskan untuk memindahkan Athallah ke sekolah khusus yang memiliki sentra terapi. Beberapa tahun yang lalu Athallah sering sekali tantrum dan orang-orang di sekelilingnya sulit memahami apa yang ia inginkan. Masa tersebut merupakan masa yang penuh dengan rasa frustrasi karena keinginannya yang seringkali tidak terpenuhi. Orang-orang terdekat dalam hal ini keluarga juga mengalami banyak kesulitan karena tidak mengetahui apa yang Athallah inginkan, sehingga seringkali terjadi salah persepsi. Situasi dalam rumah seringkali kurang terkendali karena Athallah sering marah tanpa sebab yang jelas, sehingga kakak-kakak maupun adiknya merasa kurang nyaman dan bingung.

Syukurlah sejak dipindahkan ke sekolah khusus, Athallah mengalami perkembangan yang cukup pesat. Perubahan positif terjadi setaelah pihak sekolah bekerja sama dengan seorang *speech pathologist* dari Australia, Dr. Rosemary Crossley, A.M., M.Ed., PhD, yang akrab dipanggil Ibu Rossi memperkenalkan Athallah dikenal dengan program *facilitative communication*. Program ini melatih Athallah berkomunikasi dengan menggunakan tablet. Tujuan dari program ini adalah agar Athallah dapat berkomunikasi dengan cara difasilitasi/dibantu mengetik kata-kata yang ingin diungkapkan.

Setelah dilakukan asesmen terkait kemampuan dasar Athallah, 6 bulan pertama adalah mengajarkan penggunaan kartu bergambar kepada Athallah. Pihak sekolah memfasilitasi pembuatan kartu yang berisi berbagai macam benda dan kegiatan yang sering dibutuhkan Athallah. Mula-mula kartu yang digunakan berukuran setengah halaman folio, kemudian diperkecil hingga ukuran 5 x 5 cm. Dalam fase pembelajaran menggunakan kartu bergambar, penulis menempelkan kartu-kartu di tempat yang mudah dijangkau Athallah. Penggunaan sistem *reward* diberlakukan. Athallah akan memperoleh pelukan dan pujian jika ia mau mengambil dan menyerahkan

kartu kepada orang tua, pengasuh, maupun kakak saat ia menginginkan sesuatu. Jika ia tidak mau mengambil kartu saat membutuhkan sesuatu atau akan melakukan sesuatu, guru, orang tua, kakak, maupun pengasuh akan membimbing Athallah untuk mau mengambil kartu yang tepat, karena pada umumnya Athallah sudah bisa memberikan isyarat apa yang diinginkannya. Benda yang diinginkan tidak akan diberikan sampai Athallah mau menyerahkan kartu.

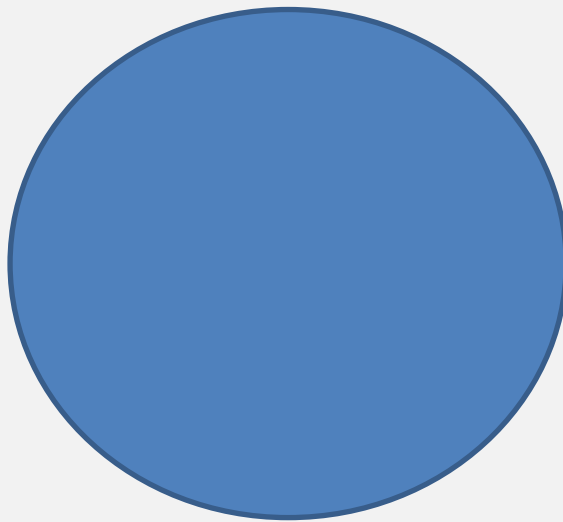
Program untuk 6 bulan berikutnya adalah mengajarkan Athallah membaca, dimana setiap hari guru, orang tua, dan pengasuh secara bergantian mengenalkan Athallah akan huruf yang kemudian meningkat menjadi kata. Setelah 6 bulan berlalu, Ibu Rossi datang kembali untuk melihat kemajuan Athallah. Untuk program 6 bulan berikutnya, pelajaran membaca mulai meningkat menjadi pengenalan kalimat. Athallah pun mulai diperkenalkan pada tablet, dalam hal ini *ipad*. Karena Athallah mengalami kesulitan motorik, pada tabletnya dipasang papan berlubang agar telunjuknya dapat mencapai huruf-huruf yang tepat. Selain itu Athallah perlu dipegangi sikunya saat ia berusaha menunjuk huruf. Program perangkat lunak yang digunakan adalah *AssistiveChat*. Saat Athallah mengetik sesuatu, ia bisa mendengar bunyi kata yang diketiknya sehingga ia juga belajar memahami komunikasi oral.

Semakin lama Athallah semakin mahir dan terbiasa menggunakan tablet. Di sekolah ada program komunikasi bersama, dimana semua anak yang sudah mulai bisa menggunakan tablet akan berdiskusi di jam tertentu untuk membahas topik tertentu. Pembelajaran di sekolah pun mulai aktif menggunakan tablet, dimana Athallah harus menjawab soal dengan menggunakan tablet, membaca materi, dan mencari suatu informasi melalui tabletnya. Guru seringkali menyimpan dokumen materi pembelajaran di kelas agar di rumah orang tua dapat membantu mengulang pembelajaran, atau merekam kegiatan Athallah saat belajar sehingga orang tua mengetahui

metode yang digunakan guru saat di kelas dan perilaku Athallah saat di kelas. Di rumah, Athallah juga menggunakan tabletnya untuk berkomunikasi, meski ia sering juga menggunakan papan huruf sehingga tidak perlu membuka tablet terlebih dahulu. Ia juga mengisi waktu luangnya dengan menggunakan tabletnya. Yang biasa ia lakukan adalah bermain *game*, menyusun *puzzle*, atau menonton film kesayangannya.

Hal yang dilakukan untuk, saat ini ia sudah dapat berkomunikasi dengan mengetik kalimat di tabletnya. Sejak dapat mengkomunikasikan keinginannya, tantrumnya berkurang. Pembelajaran di sekolah maju pesat sehingga materi yang dipelajari nyaris sesuai dengan usia kronologisnya saat ini, dan orangtua lebih mudah membantu pembelajarannya di rumah karena guru menyimpan dokumen materi pembelajaran di tabletnya. Tahun lalu Athallah menggunakan kacamata karena hambatan pada penglihatannya telah terdeteksi. Hal ini semakin membantunya dalam belajar.

Perkembangan Athallah saat ini tidak terlepas dari deteksi dini yang dilakukan, dokter, psikolog, orangtua, serta dukungan pihak sekolah yang memiliki kerja sama yang baik antara *speech pathologist* yang membuat program pembelajaran yang tepat dan guru-guru yang membantu menjalankan program dan memiliki kemampuan penguasaan teknologi yang baik. Dari kasus di atas, asesmen awal sangat diperlukan sehingga terlihat *baseline* yang dimiliki anak, dan program yang dibuat pun menjadi tepat. Kerja sama antara guru, orang tua, terapis, dan anak sendiri menjadi hal yang sangat krusial. Evaluasi yang dilakukan di akhir program digunakan sebagai dasar untuk membuat program lanjutan.



Arkana

Arkana adalah saudara kembar identik dari Athallah, anak laki-laki berusia 13 tahun. Di hari yang sama dengan Athallah, yaitu saat mereka berusia 1 bulan, Arkana pun mengalami serangan kejangnya yang pertama dan hal ini terus berlanjut beberapa minggu sekali hingga ia berusia 4 tahun. Beberapa kali Arkana pun mengalami kemunduran dalam perkembangan. Saat ini Arkana dapat berjalan, berlari, dan menggunakan lengannya, meski kaki kirinya lemah karena

pernah mengalami lumpuh layu saat ia terserang penyakit campak meski sudah diimunisasi. Berbeda dengan Athallah, Arkana dapat berbicara meski seringkali artikulasinya kurang jelas. Ia juga seringkali sulit melafalkan kata-kata tertentu.

Arkana mengalami masalah dalam perkembangan fisik Arkana yang mulai terlihat sejak di awal usianya, seperti saat ia harus berlatih tengkurap, duduk, merangkak, dan berjalan. Semua keterampilan itu dilaluinya dengan mengikuti berbagai rangkaian terapi, seperti : fisioterapi, sensori integrasi, terapi wicara, dan okupasi. Ia menggunakan sepatu khusus yang membantu perkembangan dan peningkatan kekuatan kakinya. Arkana juga mengalami masalah kekakuan di oral, yang membuatnya seringkali kesulitan dalam mengontrol liurnya. Hal ini seringkali membuat Arkana merasa sedih dan malu karena ia kerap diejek oleh teman-temannya.

Saat usia dini, Arkana bersekolah di sekolah inklusi hingga tiba saatnya ia masuk Sekolah Dasar. Orangtua Arkana merasa bimbang untuk memutuskan memasukkannya ke sekolah khusus atau terus bersekolah di sekolah inklusi. Akhirnya dengan berbagai pertimbangan baik dari pihak sekolah, dokter, psikolog, maupun orangtua sendiri, Arkana pun diputuskan untuk melanjutkan sekolah dasar di sekolah khusus, bersama dengan kembarannya Athallah.

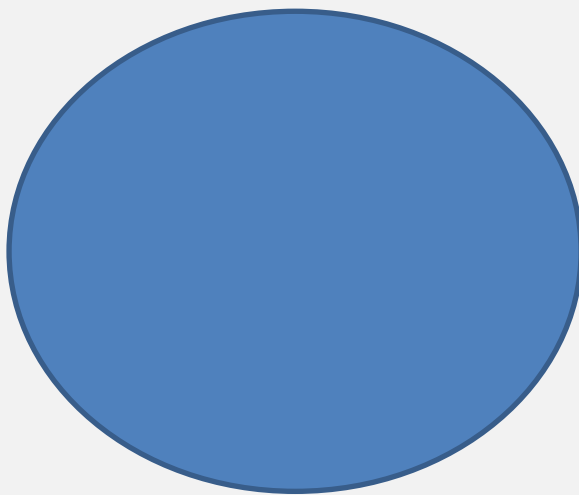
Di sekolah khusus ini, ada berbagai terapi yang terintegrasi dengan pembelajaran yang sesuai dengan kemampuan Arkana. Berbagai program pembelajaran diarahkan pada kemampuan bina diri Arkana, seperti kemampuan untuk makan, mandi, dan berpakaian. Hingga saat ini Arkana masih berupaya belajar membaca dan menulis.

Semula, kesulitan membaca dan menulis diduga karena Arkana mengalami gangguan penglihatan jarak jauh dan silindris. Namun ternyata kesulitannya ada pada kemampuan dia untuk mengenali, mengingat, dan merangkai huruf, serta merangkai kata.

Syukurlah, Arkana memiliki keluarga yang kompak dan hangat, terutama peran dua kakaknya yang berjarak usia 6 tahun dengan si kembar. Dua kakak Athallah dan Arkana sangat menyayangi dan memperhatikannya. Rumah keluarganya pun tidak jauh dari rumah kakek dan neneknya yang berada dalam 1 kompleks, hal ini menyebabkan si kembar sering berinteraksi dan mendapatkan perhatian dari kakek dan neneknya, juga keluarga besarnya. Arkana banyak memperoleh stimulasi dari keluarga besarnya, bahkan hampir tiap sore Arkana bermain bola bersama kakeknya di lapangan yang tak jauh dari rumahnya, hal ini sangat membantu Arkana melatih kaki kirinya.

Di sekolahpun, Arkana memperoleh program ekstrakurikuler olahraga dan musik – dua bidang yang ia sukai. Di rumah, karena situasi rumah yang ramai dengan 3 saudara dan orangtua juga kakek dan nenek, Hal ini menjadi peluang bagi Arkana memperbanyak kosakata baru. Arkana juga tumbuh sehat secara emosional di dalam keluarga, dan tidak sungkan menanyakan kosakata yang tidak dimengerti kepada siapa saja di rumah. Mengingat usianya yang sudah beranjak remaja, maka fokus perhatian orangtua saat ini adalah pendidikan seksual yang berupaya diberikan sesuai dengan kondisi dan kemampuan Arkana.

Kemajuan perkembangan dan kemandirian Arkana masih terus diupayakan, dan perubahan yang terjadi merupakan hasil dari keberhasilan dan sikap peduli orangtua terhadap proses perkembangan sang buah hati. Setiap perubahan dipantau, dan mencari jalan keluar terhadap masalah yang ada.

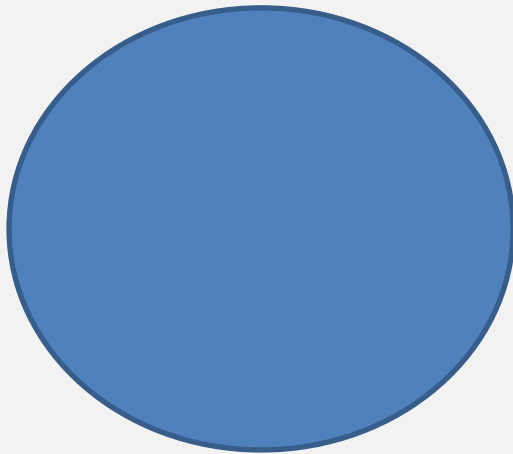


Meitha

Saat bertemu Meitha pertama kali di sekolah, terlihat olehku Meitha yang berusia lima tahun yang sangat aktif, bahkan keaktifannya melebihi teman-temannya. Meitha dikeluhkan oleh guru karena sangat sulit mengikuti aturan di kelas. Seringkali saat teman-temannya mengerjakan tugas yang diberikan guru, ia hanya bertahan mengerjakan tugas sebentar saja. Ia seringkali tidak mengacuhkan

pertanyaan maupun instruksi yang diberikan guru. Hal ini terjadi karena Meita masih belum dapat berbicara dengan jelas di usianya yang tidak lama lagi memasuki Sekolah dasar. Ia juga mengalami kesulitan dalam berkomunikasi non verbal, belum dapat mengikuti instruksi/ perintah sederhana dan bahasa sederhana.

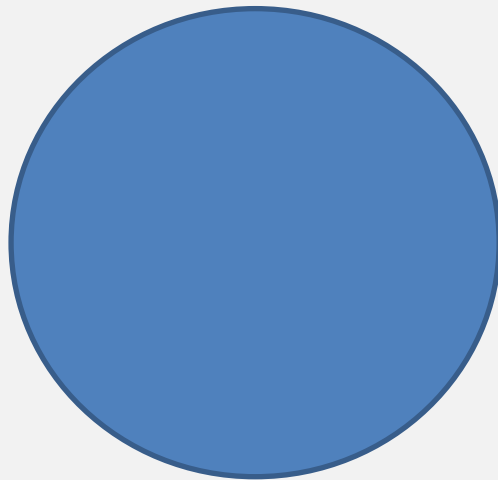
Meita lebih memilih bermain dan berkegiatan sendiri. Ia begitu menikmati kegiatan yang memiliki banyak pergerakan seperti berputar dan bermain trampoline. Meitha cenderung menghindari suara keras, seperti suara speaker di mall, nyanyian dengan speaker kuat, dan suara-suara keras lainnya. Dia juga kurang nyaman untuk kegiatan yang berhubungan dengan lem, ia merasa jijik tangannya lem, sehingga ini agak menyulitkan guru membujuknya melakukan kegiatan mengelem.



Meita bersekolah di TK umum yang tidak jauh dari rumahnya, di Sekolahnya ini belum tersedia layanan pendidikan khusus untuk anak-anak seperti Meita. Keterbatasan Meita membuatnya seringkali menjadi bahan olok-olok di sekolah oleh beberapa teman-temannya. Perilaku tidak menyenangkan tersebut membuat Meita yang tidak bisa mengutarakan isi hatinya menunjukkannya dengan perilaku tidak mau menggunakan seragam sekolah. Mungkin trauma atau marah dengan seragam tersebut yang mengingatkannya dengan perilaku teman-

temannya. Hal ini membuat Meitha sering terlambat datang ke sekolah karena orangtua memerlukan waktu yang panjang untuk membujuknya.

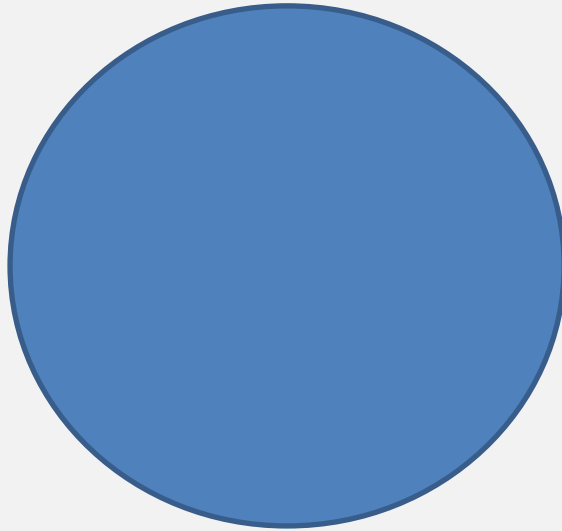
Saat sesi konseling, baru diketahui bahwa terdapat perbedaan pola asuh antara Ayah dan Ibu, dimana Ibu cenderung memberikan banyak aturan sementara Ayah sangat memanjakan dan cenderung memenuhi apapun yang diinginkan Meitha. Ayah dan Ibu juga seringkali pulang malam sehingga jarang mengajak Meitha berbicara dan kurang memberikan stimulasi. Sejak dilakukan konseling pada orang tua, telah terlihat ada upaya membuat jadwal yang teratur untuk waktu bermain, beristirahat, dan belajar bagi Meitha. Mulai ada konsistensi pengasuhan orangtua juga. Meitha menjadi anak yang lebih mudah diarahkan di sekolah.



Setelah dilakukan pemeriksaan awal tersebut, orangtua Meita mendapat saran agar Meita mengikuti beberapa terapi sesuai kebutuhan perkembangannya. Saran yang diminta adalah mengikuti terapi sensori integrasi (SI) dan terapi wicara (TW). Banyak

kemajuan yang dialami Meitha setelah mengikuti beberapa bulan program terapi terjadi perubahan yang cukup menggembirakan, yang dirasakan sangat positif baik oleh orangtua dan guru. Meita yang memang memiliki kebiasaan senang manjat-manjat seperti tangga atau mainan yang ada di ruangan, namun sekarang ia sudah mulai dapat diarahkan agar dapat menyelesaikan tugasnya terlebih dahulu. Perasaan “*jijik*” nya saat memegang lem, sudah dapat diarahkan dengan menggunakan stik saat mengelem dan Meita mau mengerjakan tugas menempel sampai selesai. Kemampuan bicaranya juga mengalami peningkatan, sehingga ia juga sudah tidak banyak marah atau *tantrum*, karena orang di sekelilingnya sudah mulai dapat memahami apa yang diinginkannya.

Guru juga mulai memahami masalah yang terjadi, juga orangtua belajar bagaimana bersikap dan mengasuh dengan berfokus pada kepentingan anak. Kerjasama antara pihak sekolah dan orangtua menjadi salah satu pendukung bagi kebaikan anak. Meita dapat dipantau dalam situasi yang ramah dan menyadari keberadaannya, mendukung dan mengembangkan Meita dengan lebih baik.

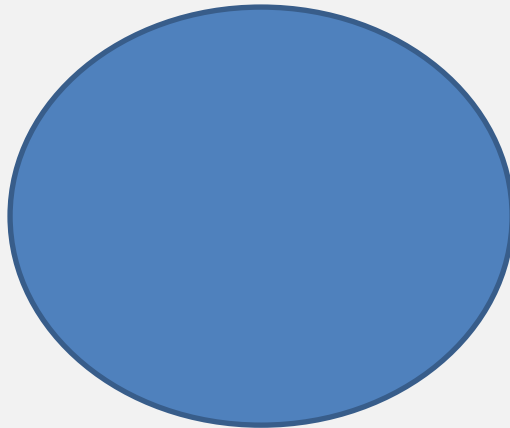


Aldo

Aldo datang ke ruanganku bersama bundanya. Badannya yang terlihat tinggi besar, memang sudah diperkirakan usianya bukanlah 6 atau 7 tahun. Sebagai kebiasaanku selalu bertanya ke setiap calon muridku untuk mencoba berinteraksi dengan melakukan Tanya jawab. Pertama yang aku tanyakan adalah namanya. Aldo menyebutkan namanya dengan suara lirih dan berat, nyaris susah di dengar. Dia terlihat bingung, sesekali melihat ibunya meminta bantuan. Aku

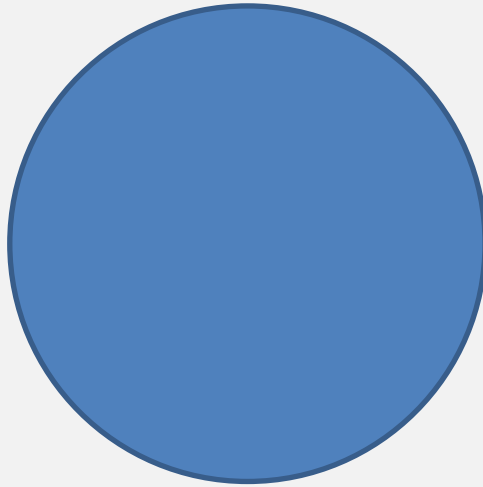
sedikit bergeser ke arahnya dan berusaha mendekatkan diri ke mukanya agar dapat mendengar suaranya.

Kudekatkan wajahku ke wajahnya sambil tersenyum. Aldo membalas senyumanku dan mengambil tanganku yang kuulurkan kepadanya. Ku elus pipinya dengan lembut, selalu ada kasih dan sayang buat anak-anak seperti Aldo yang tidak bisa kusembunyikan. Pertanyaan selanjutnya kepada Aldo adalah apakah ia mau bersekolah di tempatku. Aldo sedikit ragu, mungkin bingung harus menjawab apa atau tidak memahami pertanyaanku. Sehingga membuatnya terdiam sejenak, kemudian aku ulangi kembali pertanyaanku dengan sedikit tegas meski tetap lembut.



“Apakah Aldo mau sekolah disini, di tempat bu guru?”. Aldo memandangu bingung dan aku menatapnya dengan lembut sambil memegang tangannya. Kemudian kuulangi lagi pertanyaanku dan Aldo menganggukkan kepala sambil mengucapkan iya dengan suara yang sangat berat. Aldo (bukan nama sebenarnya), berperawakan atletis dan besar, namun gerakan tubuhnya sangat kaku. Kemampuan berbicaranya juga belum berkembang maksimal dibandingkan anak

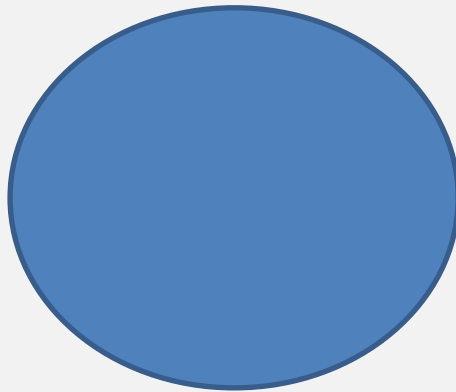
seusianya. Ketika aku minta dia menulis namanya di kertas terlihat tulisannya susah dibaca. Tapi dari goresannya yang kasar aku tau dia bermaksud menulis namanya.



Ibunya terlihat sedih dengan kondisi putera bungsunya itu, demikian juga dengan Aldo meski belum memahami secara utuh tapi aku merasakan Aldo menjadi anak yang pemurung, sedih dan mungkin frustrasi. Ada harapan yang besar dari bunda Aldo agar putera kesayangannya dapat diterima dan bersekolah di tempat kami. Setelah melewati beberapa pertimbangan, akhirnya Aldo diterima di sekolah kami. Meski usianya sudah 8 menginjak 9 tahun, namun Aldo kami tempatkan di kelas I, mengingat kami belum memiliki kelas yang lebih tinggi, dan Yayasan baru membuka jenjang pendidikan SD tahun itu.

Bunda Aldo terlihat lega dan senang, bebannya sedikit berkurang, meski dia tau bahwa tidak semua masalah Aldo sudah teratasi semua. Namun setidaknya masalah terbesar yang menjadi pikiran Bunda Aldo, memberi pendidikan yang layak sebagaimana anak-anak seusianya dapat segera terwujud. Mimpi mahal buat Aldo

kecil, mengingat beberapa sekolah yang didatangi menolak keberadaannya setelah melihat kondisi Aldo. Demikian juga sekolah dasar yang pernah menjadi sekolah Aldo sebelumnya, hanya bertahan tidak lebih dari 3 bulan. Aldo harus dikembalikan ke orangtuanya, dan kembali orangtua harus mencarikan lagi sekolah buat Aldo.



Aldo kecil banyak mengalami masalah kesehatan, dan sering keluar masuk rumah sakit. Diawali dengan beberapa kali kejang saat demam, dan kemudian diketahui muncul gejala epilepsy yang mengganggu system syarafnya. Aldo kecil sangat aktif, susah diam dan terkadang sulit dikendalikan, dan sering mengalami kecelakaan-kecelakaan kecil, seperti terjatuh, tergores tangan, terkena pisau yang dimainkan, atau juga sikap jahilnya menggunting seprei, hordeng, rambutnya jika lepas dari pantauan.

Sampai akhirnya terjadi musibah yang cukup memprihatinkan saat Aldo berusia 3 tahun, Ia tertimpa “trapo” yang cukup berat pas di atas kepalanya. Saat itu dia manjat-manjat lemari dan tepat di atasnya posisi “trapo” di letakkan. Saat kejadian itu muka dan mata Aldo memerah, namun tidak membuatnya pingsan. Aldo tidak dibawa ke

rumah sakit, karena Bundanya tidak melihat ada hal aneh secara fisik dialami Aldo, selain wajah dan mata memerah, namun tidak berapa lama semuanya berjalan normal.

Entah berdampak atau tidak, namun seharusnya dilakukan pemeriksaan mengingat Aldo memiliki masalah epilepsi yang kerap muncul, sehingga Aldo harus minum obat secara rutin, dan jika terlupa minum maka gejala itu bisa muncul, meski dalam kondisi yang tidak ada kejadian yang memicunya. Seperti saat Aldo di sekolah, sedang bermain bola dengan teman-temannya di pelataran masjid dekat sekolah. Aldo menjadi penjaga gawang, dan ketika ia ingin menangkap bola tiba-tiba Aldo pingsan dan badannya bergetar, kemudian di mulutnya mengeluarkan busa. Teman-teman dibuatnya panik melihat kejadian itu dan memanggil guru untuk menolong.

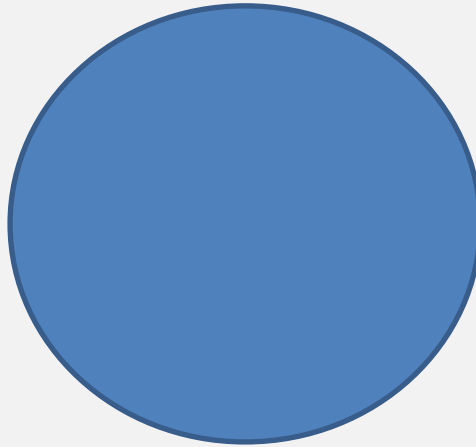
Aldo bersyukur memiliki orangtua yang sangat perhatian, mengantarkan ke sekolah dan menjemputnya saat pulang. Membawakan bekal makanan dan bertanya tentang perkembangan Aldo, juga bekerjasama dengan pihak sekolah berkaitan dengan program-program yang diperlukan buat Aldo. Menerima Aldo di sekolah bukannya tanpa masalah, 3 bulan pertama Aldo selalu kabur keluar kelas, harus ada yang mengejar dan membujuknya masuk kembali ke kelas. Masa-masa di bulan pertama sangat berat buat Aldo. Teman-teman dan guru. Aldo membutuhkan waktu untuk beradaptasi dengan aturan kelas, guru dan teman-temannya. Aldo sering kabur keluar ruang kelas, dan berlari jauh sehingga beberapa guru dating mengejar. Karenan seringnya lari keluar kelas, maka sekolah meminta penjaga sekolah untuk “stand by” dan siaga jika sewaktu-waktu Aldo

berlari keluar. Selain itu kemampuan berbicaranya masih terbatas dan hal ini menyebabkan Aldo kesulitan berkomunikasi baik dengan teman atau guru.

3 bulan di awal Aldo mengalami tekanan karena kemampuan Aldo jauh diantara teman-teman lainnya. Sikap frustrasi dilampiaskan Aldo dengan mengamuk dan mengancam untuk bunuh diri, terkadang sambil memegang batu besar ingin membenturkan ke kepalanya. Meski sebetulnya itu hanyalah sebuah ancaman saja dan Aldo sebetulnya tidak sedang bersungguh-sungguh. Semua itu dilakukan biasanya mencari perhatian karena di acuhkan atau perselisihan kecil dengan teman yang sebetulnya biasa terjadi pada anak-anak seusianya. Bersyukur Aldo memiliki Teman-teman yang ramah, tidak mengucilkannya dan memahami kondisi Aldo yang berbeda. Kebetulan di kelas Aldo teman-teman wanita Aldo lebih banyak dan rata-rata mereka lebih perhatian, menjaga perasaan Aldo, dan juga lebih banyak mengalah. Jumlah siswa di kelas Aldo yang tidak banyak sangat kondusif dan membantu sekali bagi Aldo bersosialisasi di kelas.

Hal baik lagi adalah Aldo memiliki guru kelas yang sabar membujuk, membimbing dan memotivasi Aldo. Guru-guru di sekolah Aldo sangat terbuka pemikirannya, dan mau belajar. Permasalahan Aldo ditanggapi dengan sikap sabar, dan rasa bingung diselesaikan dengan cara berdiskusi. Kemampuan Aldo dalam akademis, coba di abaikan dulu sementara. Guru mengajarkan Aldo berbicara dan membaca. Membaca merupakan keterampilan yang cukup berat diperoleh Aldo. Guru memfokuskan pada perilaku Aldo yang mudah frustrasi, kecewa dan marah. Bagaimana menumbuhkan semangat Aldo

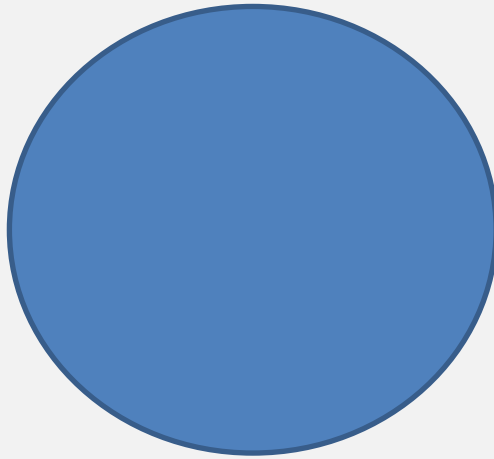
pergi ke sekolah. Perasaan senang bermain bersama teman, perasaan senang belajar bersama guru dan teman-teman di sekolah.



Setelah 3 bulan intensitasnya keluar kelas makin berkurang dan setelah satu semester Aldo sama sekali sudah tidak keluar kelas lagi. Kesabaran guru-guru nya, sikap penerimaan yang memang tulus membuahkan hasil, Aldo bisa lebih tenang, sudah mulai betah di dalam kelas. Teman-teman peduli dan menerima Aldo apa adanya. Anak berkebutuhan khusus lain Di kelas Aldo namanya Gilang. Gilang penyandang autisme yang kemampuan akademisnya sangat baik. Bertolak belakang dengan Aldo, namun sikap sosialnya lebih baik Aldo. Sikap frustrasi Aldo sebetulnya adalah sinyal positif keinginan kuat Aldo untuk diterima oleh lingkungannya. Bisa jadi di lingkungan sebelumnya ia mendapatkan banyak penolakan dari lingkungannya.

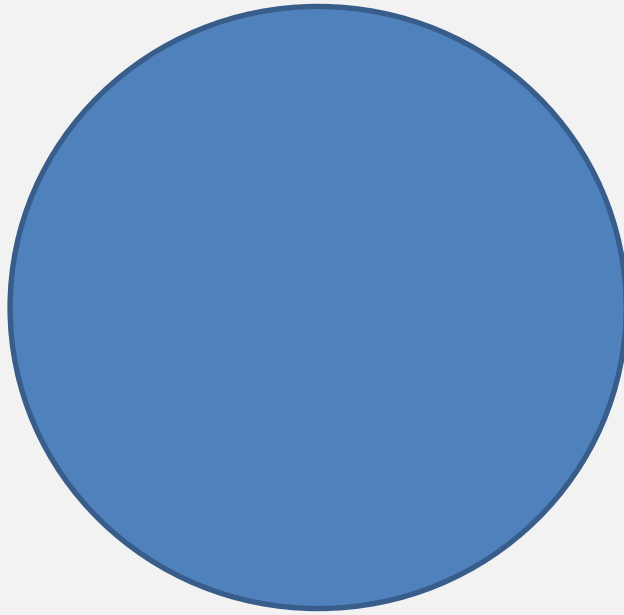
Enam bulan berjalan Aldo sudah mulai mengeja suku kata dengan benar, menyalinnya dan mulai berlatih mengucapkan kata dengan benar. Meski lambat, Aldo mulai terlihat banyak perubahan. Sikap peduli pada teman, mau berbagi, juga fungsi gerak tubuhnya

mulai terlihat lebih lentur. Gerakan badannya tidak lagi kaku, dan Aldo mulai bermain bola dengan teman-temannya, juga permainan olah raga lainnya.



Banyak perubahan setelah tahun ke dua dan ketiga. Di kelas 3 Aldo sudah lebih lancar membaca dan menulis, kemampuan mengungkapkan pendapat dan bercerita juga sudah mulai lancar. Meski ada sedikit sikap isengnya mulai muncul, yang terkadang membuat teman-temannya kesal. Guru harus mengatasi masa pubertasnya yang sedikit mengganggu. Mengajari memahami perasaan orang lain, dan bukan hanya minta diperhatikan dan di fahami sebagaimana situasi yang terjadi sebelumnya.

Ada perilaku yang mulai muncul setelah itu, Aldo menjadi anak yang sangat peduli pada anak, terutama ketika ada anak yang sedang mengalami luka. Guru memberinya tugas menjadi petugas P3k yang membawa kotak P3K layaknya perawat, memberi obat luka saat ada anak yang mengalami kecelakaan di sekolah. Hal sederhana ini, merupakan sebuah pencapaian besar bagi Aldo sehingga membuatnya merasa dibutuhkan dan membangun kepercayaan diri yang positif.

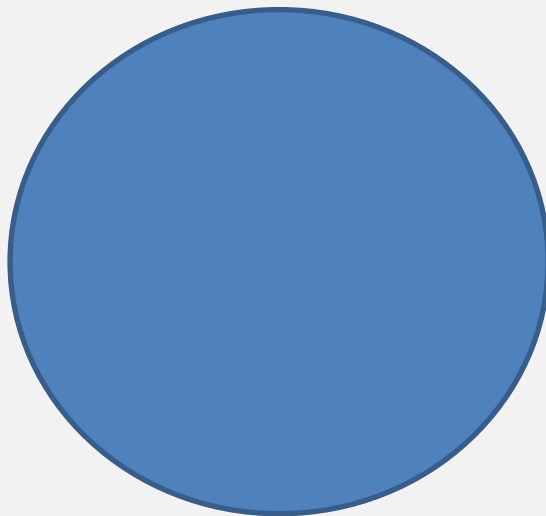


DONI

Doni anak yang sehat dan tampan, usianya sekitar 4 tahun. Bundanya mendampingi untuk mendaftarkannya ke sekolah kami. Sebagaimana kebiasaan aku untuk bertanya kepada anak tentang keinginannya masuk sekolah. Demikian juga dengan Doni, saya lakukan hal yang sama. Doni yang lucu dan imut memang anak yang sangat manis, pertama kali melihatnya orang akan langsung jatuh hati. Namun yang mengejutkanku adalah ketika ditanya namanya, jawaban Doni membuatku *shock*. Sapaan ramahku dibalasnya dengan mengucapkan kata yang tidak biasa didengar “*apa loe ?*”, “*bencong*”, “*goblok*”, dan kata-kata kasar lainnya.

Saya terdiam sejenak dan berfikir apa yang salah, padahal bahasa yang saya gunakan untuk bertanya nadanya datar, lembut dan cukup sopan. Juga tidak

terlihat ada nada emosi tinggi, atau merendahkan. Melihat hal tersebut, saya hanya terdiam sambil mengarahkan pandangan ke Bunda Doni. Bundanya Doni hanya terdiam dan mengarahkan pandangan ke bawah berusaha menghindari tatapan bertanyaku. Meski demikian terlihat Bunda Doni tidak terlalu kaget dengan cara Doni berbicara. Meski malu namun Bunda Doni akhirnya menjelaskan dengan suara lirih “begitulah bu, Doni, anak saya”, sepertinya dia bingung mau melakukan apa lagi dengan kondisi Doni. Dalam percakapan dengan bunda Doni, ia bercerita bahwa ia dan keluarganya tinggal bersama keluarga besarnya. Ada nenek, om dan tante, yang rata-rata sudah dewasa. Doni sendiri anak pertama dan baru mendapatkan adik. Ia jarang terlihat bermain dengan teman sebaya di lingkungan rumahnya.



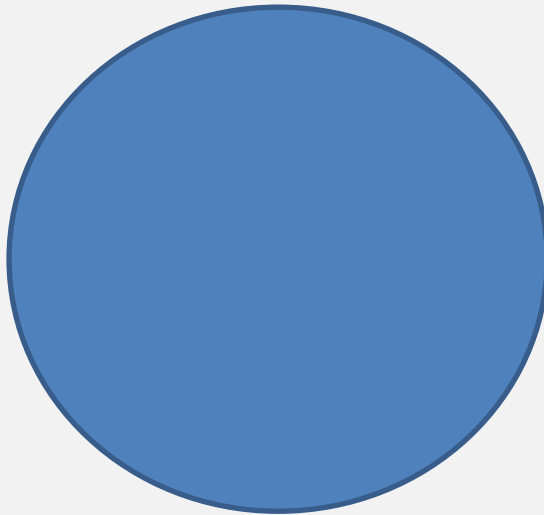
Doni memang lebih dekat dengan om dan tantenya. Om dan tantenya cukup banyak, karena Bunda Doni anak tertua di keluarga besarnya. Om-om nya Doni juga anak gaul yang memang punya banyak teman dan sering ke rumah Doni. Sebagaimana anak-anak muda lainnya, teman-teman om nya Doni sering *kongkow* sambil ngobrol dan bercanda. Doni sejak kecil menghabiskan waktu bergaul dengan mereka. Anak-anak muda ini, teman-temannya Om bukan orang yang jahat mereka sayang dan senang bermain dengan Doni. Mungkin ini sedikit membantu

ibunya Doni mengasuh, meski ibunya Doni tidak bekerja tapi kesibukan mengurus bayi sangat menyita.

Doni kurang mendapatkan perhatian yang cukup, dan lebih dekat dengan om dan tantenya. Hal yang baik ini punya dampak kebiasaan berbicara yang kurang baik karena kebiasaan berbicara yang dilakukan oleh teman-teman *kongkow* nya om dan tantenya yang kurang mendidik untuk di dengar anak seusia Doni. Sementara Doni masih terlalu kecil untuk memilah mana yang baik diucapkan, dan mana yang tidak boleh diucapkan. Doni jarang berteman dengan teman sebayanya. Bunda Doni sangat memahami kondisi tersebut, dan memahami keberatan sekolah memasukkan Doni di sekolah. Usia yang masih kecil dan belum memasuki usia wajib sekolah sedikit meringankan beban akan penolakan tersebut.

Kami anjurkan agar Doni dibawa ke klinik tumbuh kembang. Di sana banyak tim ahli yang akan bisa melakukan deteksi dengan lebih jelas sehingga dapat dilakukan upaya untuk memperbaiki perilaku Doni yang cenderung agresif, dan berbicara kasar. Hal ini masih sangat memungkinkan perilakunya dirubah mengingat usia Dini yang masih sangat muda.

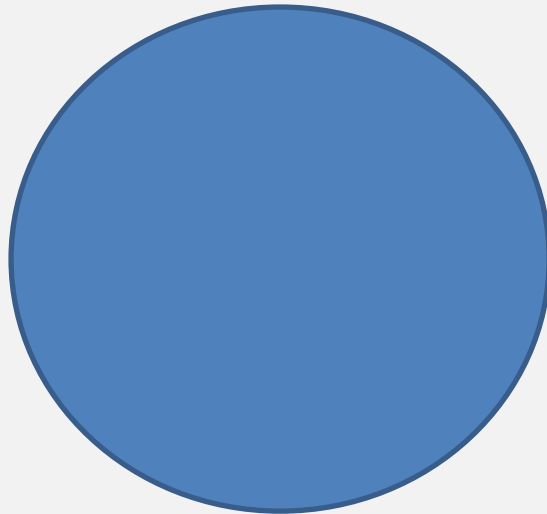
Bunda Doni menerima saran tersebut dan memahami kebaikan langkah ini. Jika perilaku Doni tidak segera dikoreksi lebih dini, maka hal ini akan terhambatnya sosialisasi Doni. Lingkungan akan menolak Doni, dan hal ini tidak baik bagi perkembangan kepribadian Doni.



Si Mungil Bintang

Bintang anak tunggal dari pasangan ayah dan bunda yang sangat sibuk. Ayah dan Bunda Bintang sayang sekali padanya namun kesibukannya membuat Bintang terasa diabaikan. Pada awal-awal sekolah Bintang diantar oleh Ibunya, dan pernah juga saat pertemuan orangtua, ayah dan Ibu Bintang hadir. Namun setelah itu Bintang lebih banyak bersama dengan mbak Sri, sang asisten rumah tangga. Bintang agak susah diketahui apa masalahnya karena orang tua menganggap anaknya tidak bermasalah. Namun pada kenyataannya Bintang yang sudah berusia 6 tahun ini masih belum dapat berbicara. Badannya yang mungil hanya dapat tersenyum ketika di sapa dan diajak berbicara.

Temuan yang agak mengejutkan adalah semua gigi Bintang hancur, keropos tidak terdapat mahkota giginya. Apakah hal ini yang menjadi penyebab Bintang kesulitan memproduksi suara. Itu simpulan umum pemikiran awamku. Mengingat data yang spesifik soal Bintang kurang diperoleh dari orangtuanya.



Bintang termasuk anak yang disukai oleh teman-temannya. Di kelas, Bintang digandeng kesana dan kemari selayaknya adik kecil. Padahal usianya justru lebih tua dibanding teman-temannya. Secara sosial, Bintang cenderung penurut dan tidak takut menyapa dengan senyuman atau bersalaman pada orang yang dikenalnya. Meski dia belum dapat berbicara, namun dapat memahami beberapa perintah sederhana.

Kemampuan Bintang dalam hal akademik memang masih jauh dari teman-temannya. Terutama pada kemampuan berbahasa, seperti berbicara, membaca, dan menulis. Hampir kata sederhana susah keluar dari mulutnya, apalagi keterampilan membaca dan menulis. Menghubungkan titik-titik sudah dapat dikerjakan oleh Bintang, menyusun Puzzle sederhana dan kegiatan membaca gambar dengan kalimat sederhana. Masalah yang dihadapi guru adalah, guru tidak mendapatkan informasi yang cukup pada apa yang terjadi dengan Bintang. Sehingga banyak memiliki hambatan dalam mengajarkan berbagai keterampilan di sekolah.



Deteksi Dini

Deteksi dini, dalam bahasa sederhananya adalah melakukan pemeriksaan awal untuk mengetahui masalah dan hambatan pada anak, dimana data tersebut diperlukan agar orangtua dan guru agar dapat mengantisipasi kebutuhan anak di masa depan. Pemeriksaan pendahuluan ini adalah upaya deteksi dini yang diperlukan untuk penanganan anak berikutnya seperti membuat program intervensi yang tepat untuk diberikan. Deteksi dini merupakan upaya skrining yang dilakukan untuk mengetahui penyimpangan atau kelainan dalam pengembangan sedini mungkin, dan mencoba untuk mengenali faktor risiko untuk kelainan perkembangan (Departemen Kesehatan, 2009). Deteksi dini tumbuh kembang anak / balita dan pengembangan adalah kegiatan atau pemeriksaan untuk mengetahui awal pada

penyimpangan perkembangan pada balita dan pra-sekolah anak-anak (Suparyanto, 2012).

Munawir Yusuf disebut deteksi dini sebagai “Deteksi Gangguan *Childhood*” (Deteksi Kelainan Anak / DKA), yaitu kegiatan atau usaha guru dan orang tua untuk mengetahui apakah siswa mereka memiliki fisik, mental, emosional, dan / atau gangguan sosial (Ellah, 2015). Deteksi dini gangguan perkembangan anak sangat berguna untuk diagnosis dini dan intervensi, sehingga perkembangan anak dapat berlangsung seoptimal mungkin (Vaughn, Bos, & Schumm, 2011). Ada perbedaan dengan skrining, yang merupakan prosedur rutin untuk memeriksa perkembangan harian anak-anak yang dapat memberikan petunjuk jika sesuatu membutuhkan perhatian (Soetjiningsih, 1995).

Suryaningrum, Ingarianti, dan Zainul (2016) menemukan bahwa guru masih memiliki masalah dalam deteksi dini perkembangan siswa mereka. Beberapa hal yang ditemui antara lain: tidak adanya instrumen untuk mendeteksi, kurangnya pengetahuan guru dalam melakukan deteksi, dan kekurangan guru memahami karakteristik siswa dengan kebutuhan khusus. Menurut Kauffman dan Landrum (2007), guru perlu melakukan penilaian dan pemantauan untuk mengevaluasi kemajuan setiap siswa perilaku.

Data juga diperoleh oleh penulis yang meneliti terkait layanan deteksi dini pada orang tua dan guru anak berkebutuhan khusus di wilayah jabodetabek menemukan bahwa guru sering mengalami kesulitan berkomunikasi dengan orang tua terkait dengan penanganan anak-anak mereka. Orang tua seringkali memiliki pandangan berbeda terkait kemampuan anak dan cara penanganan masalah anak-anak

mereka di sekolah. Orang tua enggan jika diminta untuk datang memeriksakan masalah puteri puterinya di klinik tumbuh kembang anak, dan berkonsultasi dengan para ahli di sana.

Beberapa anak terlihat masalahnya sebelum memasuki TK, orangtua sudah menyadari masalah yang terjadi pada anaknya dan mencari tau dengan berkonsultasi ke dokter atau ke tumbuh kembang anak. Sementara beberapa anak sampai memasuki usia sekolah, dan baru terdeteksi oleh guru mengalami banyak masalah terkait perilaku dan belajar. Mengingat sekolah secara umum tidak memiliki fasilitas dalam melakukan pemeriksaan diagnosis kasus anak berkebutuhan khusus, maka biasanya guru menyarankan orangtua untuk datang ke klinik tumbuh kembang untuk mendapatkan informasi yang akurat.

Kenyataannya memang tidak semua orangtua menerima saran dari guru atau berinisiatif untuk datang ke klinik, beberapa orangtua mengeluhkan masalah biaya. Budaya orang-orang di Indonesia rata-rata berobat jika kondisi terlihat sakit, baru orang tua akan memeriksakan anak ke RS. Namun jika kondisi masih terlihat sehat secara fisik meski sebetulnya memiliki masalah perkembangan, misalnya anak belum dapat berbicara sepatutnya katapun diusia menjelang 2 tahun, tidak merespon ketika dipanggil, interaksi terbatas dengan orang lain, atau mudah tantrum dan perilaku agresif lain.

Seringkali situasi ini tidak ditanggapi secara serius oleh Orang tua, dan kurangnya informasi bahwa jika anak-anak tidak menerima layanan pendidikan yang tepat di awal hidup mereka, maka akan memiliki dampak psikologis pada masa depan mereka. Deteksi dini akan memberikan informasi untuk penanganan akurat dari kasus anak.

Kirk, Gallagher, Coleman dan Anastasiow (2012) menyatakan bahwa orang tua harus bisa mengetahui penyimpangan perkembangan anak sedini mungkin.



Menurut Kirk, Gallagher, Coleman dan Anastasiow (2012) ada lima domain penting dalam pembangunan, yaitu: keterampilan kognitif, komunikasi, sosial-emosional, adaptif dan motor. Dalam deteksi awal pengembangan, lima domain ini perlu dipertimbangkan. Anak-anak memiliki hambatan dalam perkembangan mereka jika mereka tidak mampu menunjukkan perilaku yang sesuai dengan tahap dan tugas tahap perkembangan, serta langkah-langkah normatif yang umumnya dapat dilakukan oleh rata-rata anak seusianya. Berbagai hal kesulitan perkembangan anak, termasuk kesulitan dalam tugas-tugas belajar, dinyatakan oleh para ahli.

Beberapa kasus anak-anak yang memiliki masalah di usia mudanya dapat tumbuh berkembang dengan baik. Hal ini dilakukan karena peran besar para orangtua yang menyadari sedini mungkin

masalah anaknya, berusaha menerima kondisi anak, mencari tahu masalah yang diderita putera-puterinya, dan berkonsultasi baik dengan dokter, terapis dan guru melakukan penanganan yang tepat pada buah hatinya.

Putera hanyalah salah satu contoh, dan mungkin banyak lagi anak-anak berkebutuhan khusus lainnya yang perkembangannya jauh dari harapan. Perkembangan setiap anak adalah unik. Ada beberapa anak tumbuh dengan cepat, tetapi ada anak-anak yang berkembang secara perlahan atau memiliki masalah dalam mencapai tugas-tugas perkembangan mereka. Jika anak mengalami penyimpangan perkembangan maka memerlukan pemeriksaan yang akurat dengan mengacu pada kriteria perkembangan normative rata-rata anak seusianya. Pemeriksaan tersebut dilakukan oleh para ahli di klinik tumbuh kembang anak yang tersebar di wilayah Indonesia, namun mungkin agak kesulitan buat mereka yang bertempat tinggal jauh dari kota besar.

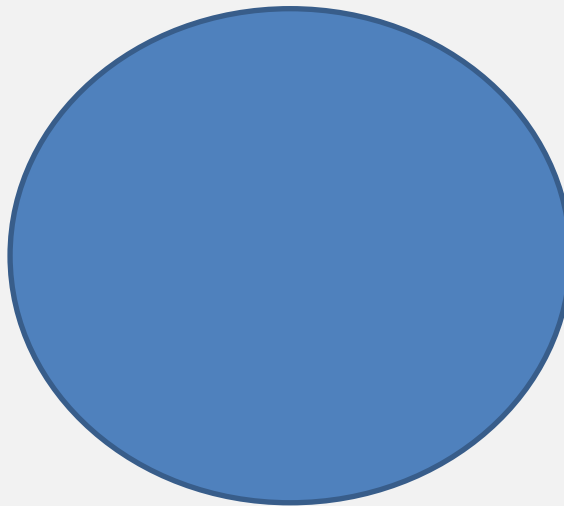
Burton (dalam Syamsuddin, 2007) menyatakan bahwa anak-anak yang tidak bisa menyadari tugas perkembangan, termasuk penyesuaian sosial sesuai dengan pola organismik nya di fase perkembangan tertentu seperti yang berlaku untuk kelompok sosial dan usia anak, sering dikategorikan sebagai pelajar yang lambat. Pemahaman ini menunjukkan bahwa untuk mengetahui apakah ada kelainan atau keterlambatan, orang tua dan guru dapat mengacu pada

tahapan dan tugas perkembangan anak yang berlaku menurut usia dan perkembangannya (Syamsudin, 1996).

Selanjutnya Kirk, Gallagher, Coleman dan Anastasiow (2012) menyatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana anak-anak belajar sesuatu, model pengolahan informasi perlu dieksplorasi. Pengolahan informasi menjelaskan bagaimana siswa berinteraksi dan merespon lingkungan dan bagaimana proses pembelajaran berlangsung. Pertama, siswa menerima informasi melalui indera (penglihatan, pendengaran, kinestetik, haptic, gustatory, penciuman). Kemudian mereka memproses informasi melalui klasifikasi, asosiasi, penalaran, dan evaluasi kemampuan. Akhirnya, mereka menanggapi informasi melalui keluaran (berbicara, menulis, respon motorik, menari, akting, berjalan, interaksi sosial).

Anak-anak dibantu dalam proses informasi dengan fungsi eksekutif mereka / kemampuan untuk menggunakan informasi dan bagaimana menafsirkan informasi. Pengolahan informasi terjadi dalam konteks emosional yang mempengaruhi setiap aspek dari sistem (input, proses, output, dan fungsi eksekutif). Meninjau setiap aspek pengolahan informasi dapat membantu guru dan orang tua mengetahui apakah layanan pendidikan khusus yang diperlukan. Jika anak tidak dapat memproses informasi dengan benar, dalam input, proses, output, fungsi eksekutif atau konteks emosional, anak membutuhkan program layanan khusus.

Abdurrahman (2003) percaya bahwa itu Pertumbuhan masalah dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu: 1) kemungkinan neurologis disfungsi, 2) adanya kesulitan dalam tugas-tugas akademik, dan 3) adanya kesenjangan dalam prestasi dan potensi. Demikian pula, itu klasifikasi kesulitan belajar secara luas dibagi menjadi dua kelompok, yaitu (1) kesulitan yang terkait dengan pengembangan (ketidakmampuan belajar perkembangan), dan (2) kesulitan dalam belajar akademik (ketidakmampuan belajar akademik) (Mulyono, 2013).



Artikel yang ditulis oleh Suharsiwi & Wenny (2019), tentang riset peran sekolah dan orangtua dalam melakukan layanan deteksi, survey yang dilakukan di 12 PAUD / TK dan SD / MI, di wilayah Depok dan tangerang diperoleh hasil :

1. Layanan deteksi dini di Sekolah

Ada 17 % dari sekolah yang di observasi memiliki instrumen yang berkaitan dengan deteksi dini dan penilaian dari masalah

perkembangan anak; sementara sekolah lain tidak memiliki cukup alat, tenaga untuk melakukan hal tersebut. Berdasarkan info juga bahwa terkadang Sekolah tidak bisa berbuat banyak karena kondisi anak diketahui oleh guru setelah anak melewati proses pendidikan di sekolah. Setelah baru terlihat ada masalah, kemudian Orang tua diminta datang ke sekolah dan baru orangtua menginfokan bahwa masalah yang terjadi pada anaknya. Hasil prosentase tersebut dapat dilihat dalam gambar berikut :

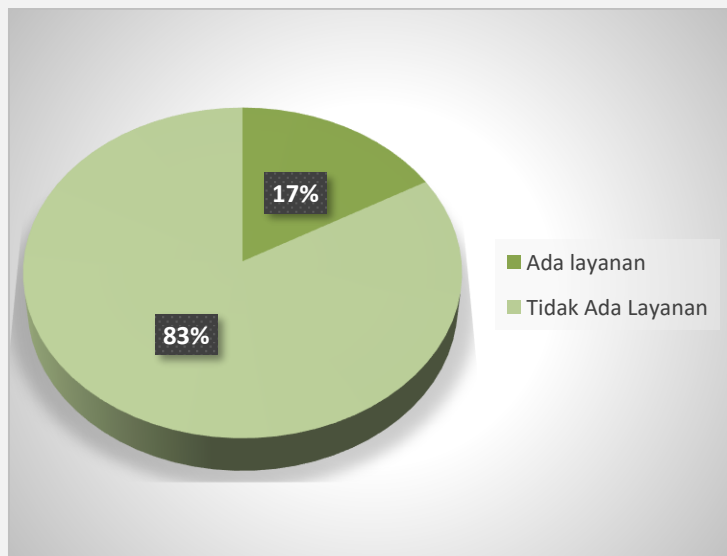


Chart 1
Layanan Deteksi Dini Di Sekolah

2. Pemeriksaan Deteksi Oleh Orangtua

Dari kuesioner yang dibagikan kepada 35 orang tua siswa dengan kebutuhan khusus, 28% dari orang tua memeriksa anak-anak mereka dengan kondisi kebutuhan khusus ke Klinik Pertumbuhan dan Pembangunan, dan mereka telah memahami apa yang terjadi pada anak-anak mereka. Sementara 72% dari orang tua tidak

memeriksa kondisi anak-anak mereka ke Klinik dan menganggap bahwa anak-anak mereka tidak bermasalah.

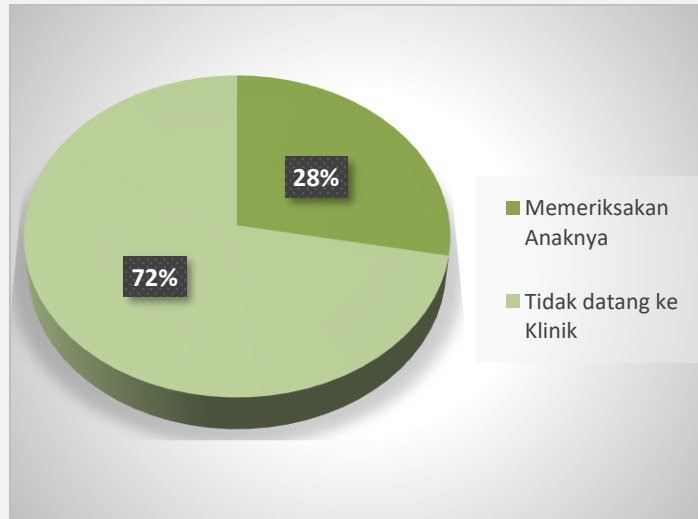


Chart 2 : Pemeriksaan Deteksi oleh Orangtua

Wawancara dengan 5 orang tua untuk memperdalam data yang diperoleh sebagai berikut :

- a. Orang tua tidak merasa nyaman mengetahui kondisi anak. Dengan kata lain, orang tua masih tidak dapat menerima kondisi anak.
- b. Tingginya biaya penilaian pada Pertumbuhan dan Klinik pembangunan merupakan penghalang bagi orang tua.
- c. Ketika orang tua sudah dikenal anak. Kondisi mereka juga masih mengalami hambatan dalam melaksanakan proses terapi yang mahal.
- d. Kadang-kadang tidak ada kolaborasi antara ibu dan ayah di merawat anak-anak. Kedua orang tua memiliki persepsi yang berbeda tentang kondisi anak pertemuan orang tua / diskusi.

3. Fasilitas Pertemuan Orang tua dan Guru

Mengenai apakah ada atau tidak fasilitas pertemuan antara orang tua dan guru di sekolah, hasilnya adalah 85% orang tua dan guru tidak melakukan pertemuan. Hanya ada 15 % melakukan pertemuan terkait program layanan ABK dengan sekolah dan orangtua. Melalui diskusi kelompok yang dilakukan di 12 PAUD / TK dan SD /MI, dapat disimpulkan bahwa :

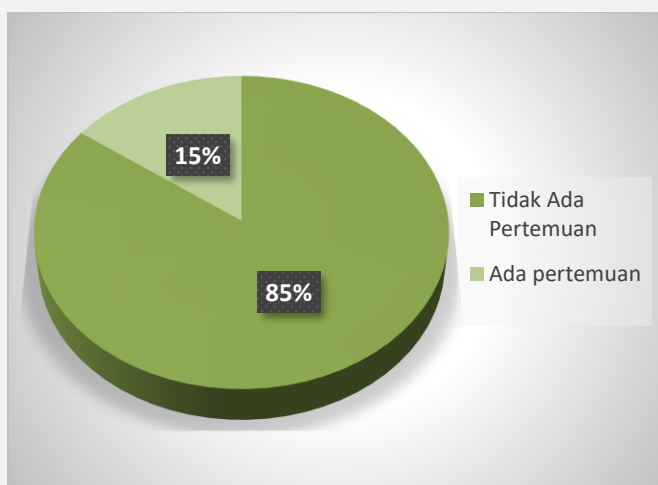
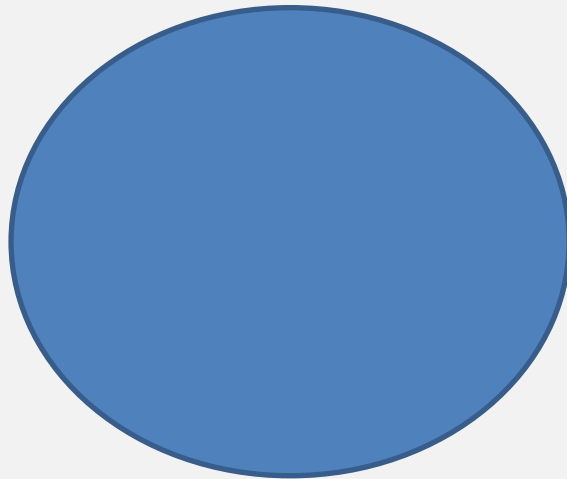


Chart 3 : Pertemuan Antara Orangtua dan Guru

- a. 5 sekolah mengadakan pertemuan dan 7 sekolah tidak mengadakan pertemuan khusus.
- b. Rapat hanya dilakukan dalam bentuk pertemuan, resital, dan seminar orang tua.
- c. Pertemuan ini jarang diadakan karena tidak ada kesepakatan antara orang tua dan guru mengenai kasus yang terjadi pada anak-anak.

- d. Orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak mereka memiliki kebutuhan khusus.
- e. Tidak ada titik temu di menyetujui penanganan anak berkebutuhan khusus antara sekolah dan komite yayasan sekolah



Temuan lain terkait hambatan komunikasi antara orangtua dan guru dalam melakukan kerjasama dalam pendidikan buah hati mereka yang berbeda. Melalui wawancara dengan 5 orang tua untuk memperdalam hal tersebut, diperoleh data sebagai berikut:

- a. Kesibukan bekerja ataupun berbisnis yang dilakukan orangtua kerap membuat sulitnya menyediakan waktu bagi orangtua waktu untuk menghadiri pertemuan orangtua dengan pihak sekolah.
- b. Menghubungkan dengan masalah anak-anak, orangtua sering merasa disalahkan karena dianggap tidak terampil / merawat anak-anak mereka.

- c. Orang tua terlalu mempercayakan semua urusan ke pihak sekolah tentang masalah yang dialami oleh anak-anak dan bersyukur bahwa anak-anak telah diterima sebagai bagian dari sekolah.
- d. Pertemuan orang tua sangat penting dan dapat menjadi sarana untuk persepsi sinkronisasi atau menyamakan persepsi terkait masalah yang teranak

4. Pengetahuan dan Keterampilan Guru Pendamping Khusus.

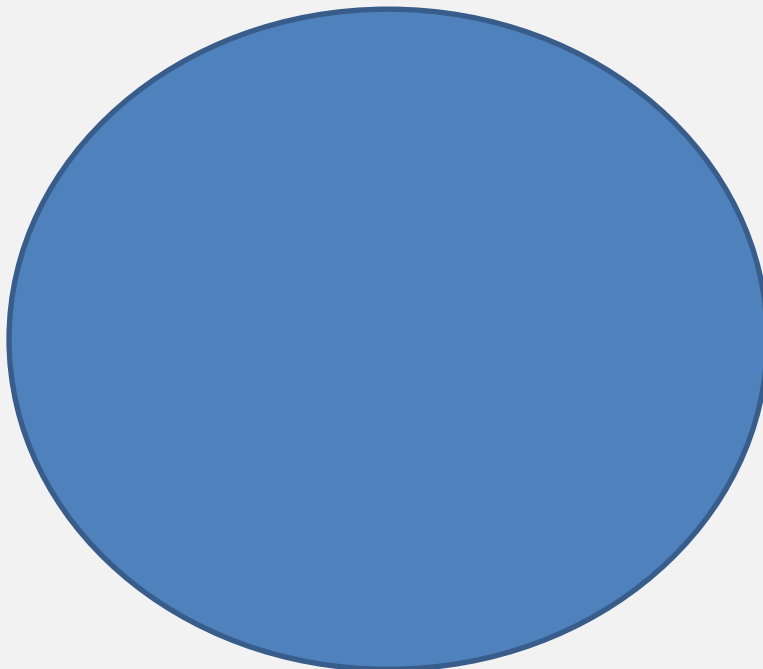
Hasil survei menunjukkan bahwa 79% responden guru menyatakan bahwa mereka tidak memiliki pengetahuan 21 % menyatakan memiliki latar belakang pendidikan dan pengetahuan tentang ABK melalui berbagai seminar/peklatihan. Sementara terkait keterampilan 85% guru menyatakan bahwa mereka kurang terampil dalam menangani anak-anak dengan kebutuhan khusus di sekolah, bingung dan sering kehilangan akal harus melakukan apa lagi.



Chart 4 : Pertemuan Antara Orangtua dan Guru

Fokus kelompok diskusi tentang guru / kepala sekolah di 12 TK / PAUD dan SD / MI di Jakarta, Depok dan Tangerang daerah menemukan bahwa:

- a. Sekolah merasa sulit untuk mendapatkan ahli penanganan siswa berkebutuhan khusus
- b. Para ahli yang mahal, sehingga sekolah memiliki kesulitan merekrut mereka
- c. Kesulitan dalam sumber daya manusia membuat sulit bagi sekolah untuk melakukan penilaian awal untuk anak-anak dengan kebutuhan khusus. Sulit juga, untuk mengembangkan kurikulum untuk anak berkebutuhan khusus.
- d. Ada banyak penolakan dari sekolah karena kurangnya ketersediaan sumber daya manusia



5. Penanganan khusus anak-anak di sekolah inklusif

Hasil survei menunjukkan bahwa 79% dari responden mengatakan bahwa mereka tidak memiliki program khusus dalam menangani ABK di sekolah-sekolah. Sementara 21 % menyatakan memiliki meski kriteria bagaimana penanganannya tidak ditanya lebih jauh.

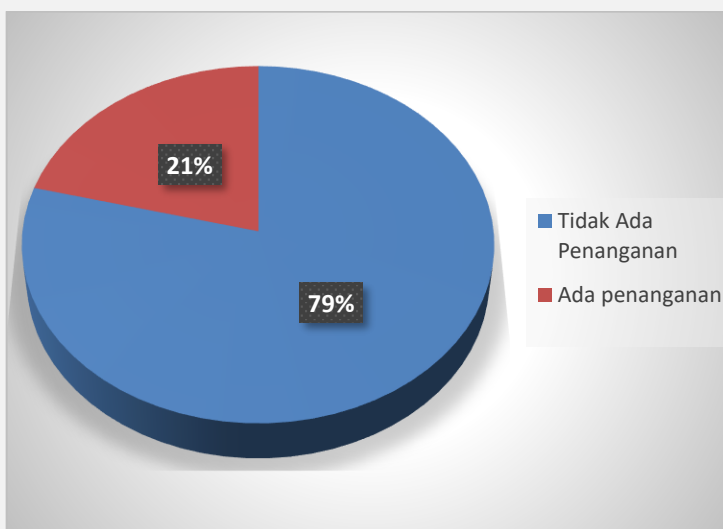
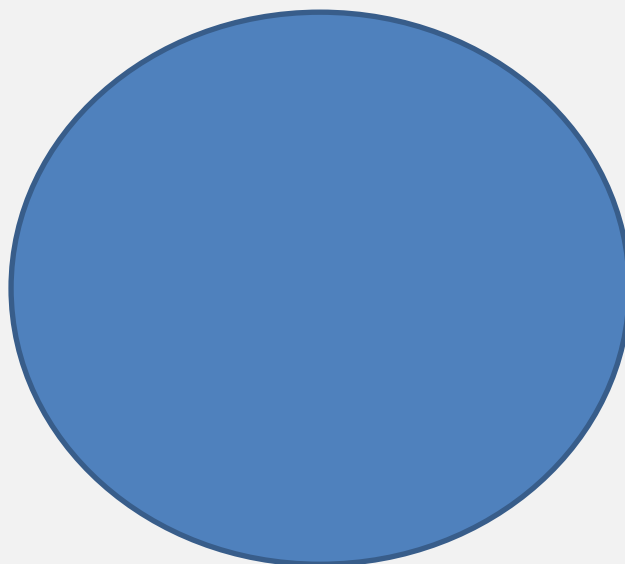


Chart 5 : Penanganan ABK di Sekolah Inklusif

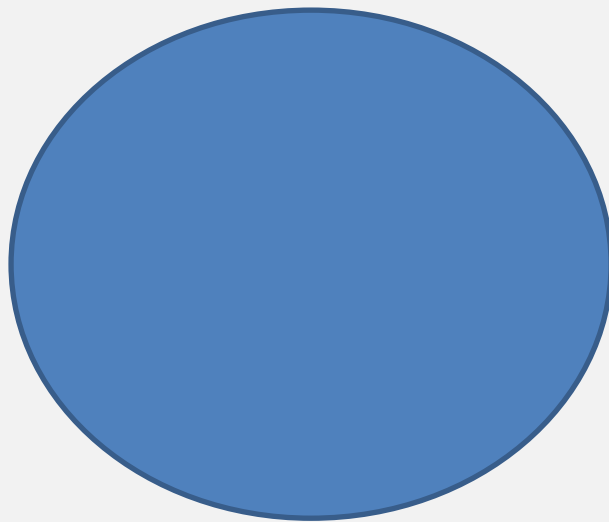
Fokus diskusi kelompok pada guru / kepala sekolah di 12 PAUD / TK dan SD / MI di Jakarta, Depok dan Tangerang daerah menemukan bahwa:

- Ada pengetahuan sekolah terbatas dengan Istilah "pendidikan inklusif"
- Ada keahlian yang terbatas di bidang penanganan kebutuhan khusus di sekolah
- Sekolah tidak membedakan antara reguler dan program khusus layanan pendidikan di sekolah-sekolah

Tidak semua orang tua perkotaan menyadari deteksi yang penting. Informasi yang berkaitan dengan isu-isu perkembangan anak sebenarnya dapat diperoleh bagi orang tua melalui buku-buku, baik cetak dan akses internet. Hal ini dapat menjadi alternatif pilihan bagi orang tua. Tapi buku yang terkait dengan langkah-langkah awal deteksi dini masih terbatas, terutama buku-buku yang memberikan gambaran ilmiah disertai dengan berbagai cerita anak-anak dengan kebutuhan khusus sebagai contoh nyata untuk memberikan gambaran yang jelas kepada pembaca. Kendala lain adalah kurangnya biaya sehingga orang tua enggan untuk membawa anak-anak mereka untuk klinik tumbuh kembang anak. Banyak orang tua menemukan tidak mencari tahu tentang masalah anak-anak mereka dan hanya menyedipedulikan di rumah tanpa ditangani oleh ahli atau mendapatkan pendidikan layanan khusus di sekolah-sekolah. Memenuhi kebutuhan hak-hak pendidikan anak-anak diabaikan, masalah anak-anak hanya akan memperburuk dan menyebabkan berkepanjangan stres bagi keluarga.

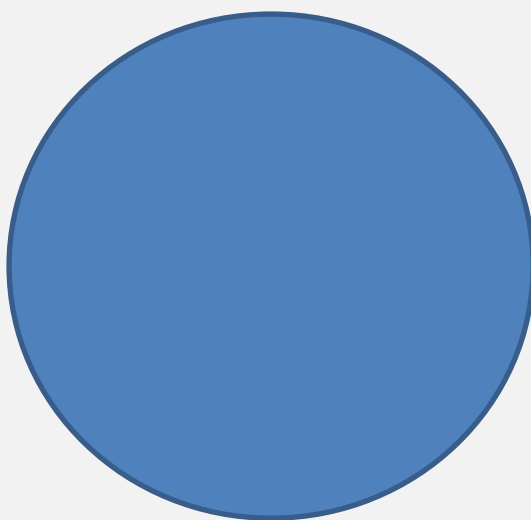


Dalam Selligman dan Darling (2009), orang tua perlu waktu untuk menerima kondisi anak-anak. Mereka harus menghadapi beberapa tahapan sampai datang ke tahap penerimaan, dan kadang-kadang mereka kembali ke tahap awal. Anak usia dini menjadi situasi stressfull untuk orang tua, sehingga mungkin sulit bagi orang tua untuk menangani kondisi anak-anak. Situasi ini mempengaruhi keinginan orang tua untuk datang ke program intervensi awal.



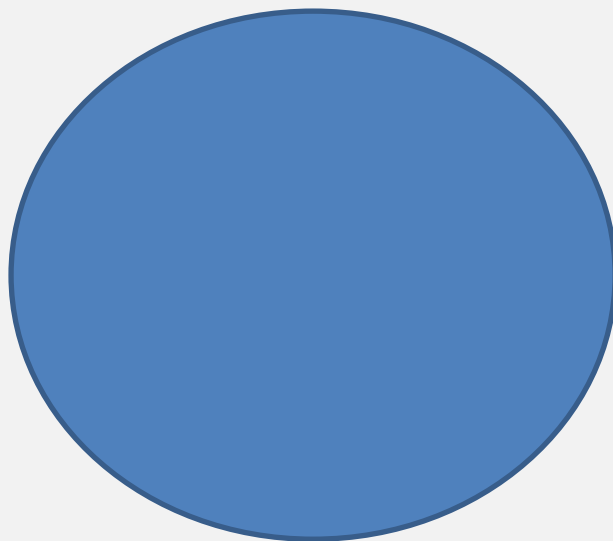
Deteksi dan penanganan anak berkebutuhan khusus adalah hal penting, sehingga guru harus membuat prosedur standar di mengakui siswa baru. Hal ini tidak dimaksudkan untuk mencegah anak-anak dengan kebutuhan khusus dari yang diterima di sekolah, tetapi untuk memastikan apa masalah anak dan bagaimana kuat sekolah adalah untuk menangani anak-anak. deteksi yang tepat akan memberikan informasi yang akurat sehingga guru dapat membuat program dan mengantisipasi hal-hal yang benar terkait dengan

penanganan anak-anak di sekolah. Hal ini mengacu pada data di atas terkait dengan ketersediaan sumber daya manusia dan penanganan anak berkebutuhan khusus di sekolah yang hanya 10%, sehingga diasumsikan bahwa penilaian belum terlibat mengajar sehingga potensi masalah anak-anak yang tidak ditangkap pada awalnya. Pelatihan bagi guru adalah penting untuk dilakukan, sehingga guru memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan deteksi dini.



Dalam Ardianingsih dan Mahmudah (2017), latihan program untuk guru dapat secara efektif meningkatkan pengetahuan dan keterampilan guru. Vaughn, Boss dan Schumm (2011) mengatakan bahwa sebenarnya guru kelas memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan program pendidikan khusus bagi siswa kebutuhan khusus mereka. Mereka harus memiliki kemampuan untuk membantu siswa penyandang cacat beradaptasi di kelas umum.

Beberapa poin guru harus menghormati dan menerima semua siswa, menyesuaikan strategi manajemen kelas yang efektif bagi siswa dengan kebutuhan khusus, berkomunikasi sering dengan siswa disertakan, berkomunikasi dengan profesional dan orang tua, dan membuat adaptasi bagi mahasiswa ketika mengembangkan rencana pembelajaran. Dari diskusi survei dan focus group, ada banyak hal yang dapat memperbaiki dalam pelaksanaan pendidikan inklusif.



Cushner, McClelland dan Safford (2019) menekankan pada dua hal dalam penilaian anak: tekad sebagai akibat dari penilaian, dan penentuan bagaimana akuntabilitas untuk layanan mereka ditunjukkan. Penilaian harus menerapkan untuk anak-anak yang diduga cacat, dan guru harus menerapkan metode alternatif untuk menentukan kebutuhan siswa untuk layanan pendidikan khusus, yaitu respon terhadap intervensi (RTI).

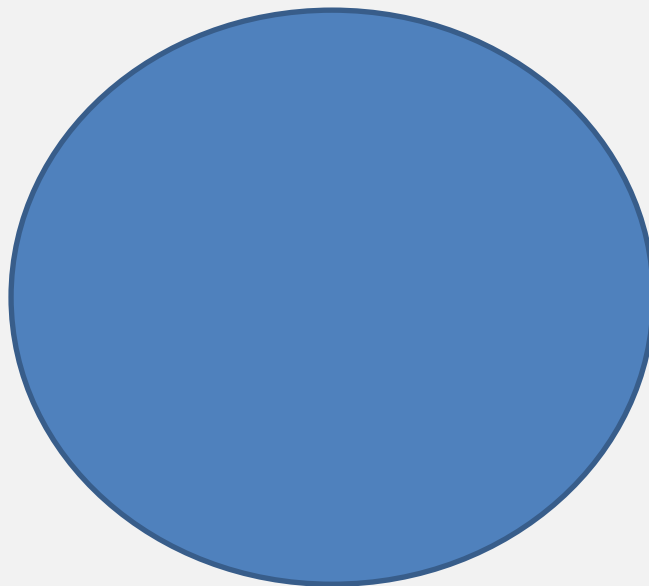
Mengacu pada temuan di atas, kesimpulan mengenai masalah ini, yaitu:

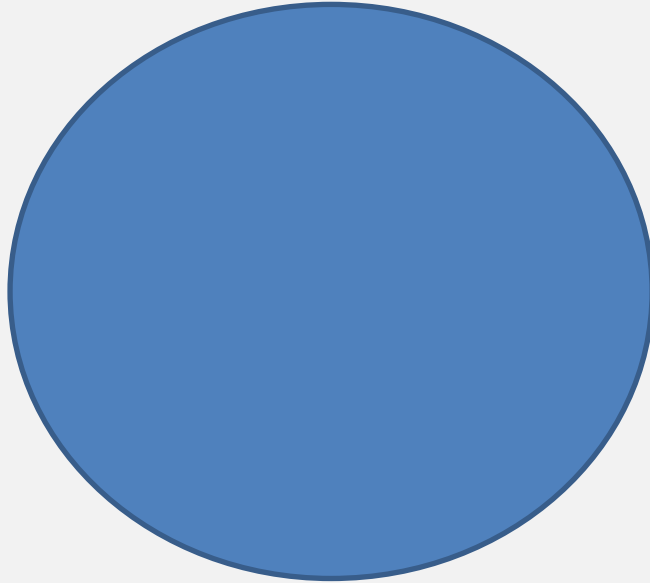
- a. Mendeteksi masalah perkembangan anak sebagai sedini mungkin
- b. Deteksi dini harus menghasilkan data yang akurat
- c. Kunjungi klinik tumbuh kembang anak yang memiliki tim (dokter, pendidik, dan psikolog.
- d. Mengikuti sejumlah tes yang disarankan
- e. Pengamatan sedetail mungkin untuk mendapatkan dukungan data yang akurat

Peran orang tua yang diharapkan untuk mendukung program ini adalah:

- a. Peduli dan terbuka
- b. Mencari informasi yang dapat diandalkan baik dari buku dan akses internet
- c. Konsultasi dengan guru dan ahli pada anak pengembangan
- d. Mengubah paradigma bahwa memiliki anak dengan kebutuhan khusus adalah dosa / *karma* tapi itu adalah berkat karena menjadi orangtua dari anak-anak dengan kebutuhan khusus dapat dipercaya.
- e. Hadits "Allah tidak akan membebani kecuali karena kesanggupannya"
- f. Sikap merawat anak-anak mereka juga apa yang terjadi pada anak-anak lain.
- g. Deteksi dini masalah perkembangan anak adalah penting untuk menyampaikan program yang sesuai untuk anak-anak kebutuhan khusus.

- h. Guru masih memiliki kesulitan deteksi dini untuk melaksanakan.
- i. Standar prosedur untuk sistem penerimaan mahasiswa baru harus dibangun, tapi ini tidak dimaksudkan untuk mencegah anak-anak dengan kebutuhan khusus dari yang diterima di sekolah.
- j. Psychoeducation bagi orang tua perlu dilakukan, sehingga orang tua dapat memiliki kesadaran masalah anak mereka sebelumnya dan dapat memberikan stimulasi yang sesuai untuk pengembangan keterampilan sosial anak-anak.





Siapa Anak Berkebutuhan Khusus ?

WHO (*World Health Organization*), menyatakan bahwa Anak Berkebutuhan Khusus (**ABK**) adalah anak yang membutuhkan pelayanan pendidikan secara khusus karena berbagai sebab, baik sebab internal maupun eksternal; berbeda dengan anak luar biasa (*exceptional student*), yaitu anak yang mengalami penyimpangan perkembangan dari keadaan rata-rata (normal) secara signifikan sehingga membutuhkan layanan pendidikan secara khusus. Anak luar

biasa bisa jadi merupakan ABK. Ada lagi istilah disabilitas, yang mengacu pada anak yang mengalami kesulitan atau ketidakmampuan pada fungsi tertentu disebabkan adanya gangguan atau hambatan pada fungsi perkembangan tertentu.

Penyebab Anak Berkebutuhan Khusus

1. Adanya gangguan pembentukan dan perkembangan otak anak sejak pembuahan, lahir, masa bayi, masa anak, sampai remaja. Hal ini bisa disebabkan kurangnya gizi, kelainan organ, maupun kecelakaan.
2. Pada awal kehamilan terutama minggu ke 2 sampai ke 16 pada saat pembentukan organ, ada berbagai hal yang dapat menyebabkan pembentukan otak tidak sempurna antara lain kekurangan gizi dan mikronutrien seperti iodium, zink, penggunaan obat peluntur, penggunaan obat penenang, keracunan logam berat (timbal), usaha pengguguran dengan pijatan, dan lainnya.
3. Pada saat hamil Ibu kekurangan gizi, mengkonsumsi obat-obatan, dan mengalami stres
4. Pada saat lahir bayi tidak langsung menangis, lahir sebelum waktunya (prematuur), berat badan rendah.
5. Adanya penyakit yang diderita anak karena imunisasi tidak lengkap sehingga mudah terserang penyakit, daya tahan tubuh rendah karena kurangnya gizi, atau serangan kejang yang menyebabkan terganggunya fungsi otak.

Karakteristik Anak Berkebutuhan Khusus :

1. Adanya perbedaan secara fisik, psikologis, kognitif, atau sosial sehingga anak terhambat dalam mengembangkan potensinya secara optimal
2. Memerlukan cara belajar, program, materi, teknik pengajaran, dan fasilitas yang berbeda dari anak pada umumnya.
3. Memerlukan instruksi yang berbeda dari anak pada umumnya
4. Memerlukan penanganan yang terlatih dari tenaga profesional
5. Adanya hambatan dalam hal kognitif, mental, atau gejala fisik lainnya.

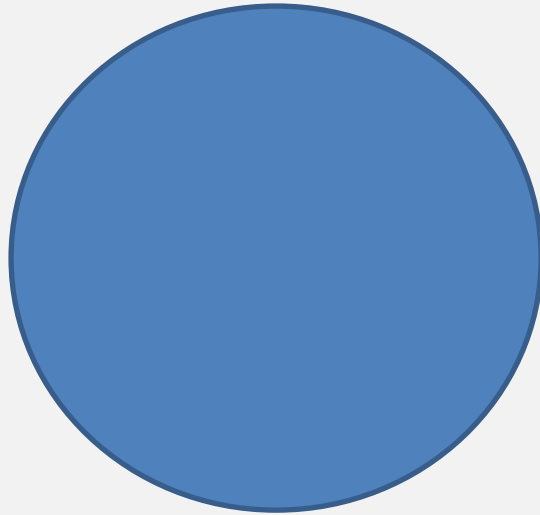
Morgan (2006) menyebut istilah 'complex child' untuk anak dengan kebutuhan khusus. Beberapa ciri yang disebutkan adalah: anak memiliki gangguan kesehatan, sulit memahami perintah dan larangan sehingga perilaku sulit diarahkan, mudah merasa frustrasi dan terganggu sehingga menimbulkan perilaku negatif seperti agresif, serta sulit diprediksi. Anak juga cenderung fokus pada keinginannya sendiri.

Anak Berkebutuhan Khusus

Anak yang tunanetra, tunarungu, tuna grahita, tunadaksa, tuna wicara, kesulitan belajar (antara lain: *disleksia*/kesulitan membaca, *disgrafia*/kesulitan menulis, dan *diskalkulia*/kesulitan berhitung), gangguan perilaku, gangguan emosional, autisme, *ADHD* (hiperaktif),

severely and multiply handicapped, dan anak berbakat. Ada juga anak yang tidak mengalami gangguan fisik maupun perilaku, namun pada akhirnya 5 memerlukan pendidikan khusus karena hambatan yang berasal dari faktor eksternal. Mereka adalah anak yang mengalami kemiskinan, gangguan kesehatan, merupakan korban bencana, gegar budaya, dan mereka yang berasal dari struktur keluarga yang tidak lengkap.

Karena karakteristik dan hambatan yang dimiliki, mereka memerlukan pelayanan pendidikan khusus yang disesuaikan dengan kemampuan dan potensi mereka. Dalam buku ini akan dibahas beberapa jenis kebutuhan khusus, yaitu: tunagrahita atau disabilitas intelektual, autisme, ADHD, dan *severely and multiply handicapped*. Adapula gangguan pemrosesan sensori, yang meskipun belum tercantum dalam daftar kebutuhan khusus namun seringkali dijumpai dalam permasalahan tumbuh kembang anak.



Anak Dengan Hambatan Intelektual

Disabilitas Intelektual

Disabilitas intelektual merupakan istilah lain dari tunagrahita atau retardasi mental (B3PTKSM, dalam Mangunsong, 2014). Istilah lain yang juga digunakan adalah anak dengan hambatan intelektual atau anak dengan hambatan kecerdasan. Anak dengan hambatan kecerdasan memiliki kendala terkait keterbatasan dalam menyimpan memori, kemampuan berfikir, bahasa, dan terkadang memiliki hambatan juga dalam mengembangkan keterampilan sosial. Kesulitan dalam beradaptasi dengan lingkungan sekitar.

Anak dengan disabilitas intelektual memiliki keterbatasan secara signifikan dalam berfungsi, baik secara intelektual maupun perilaku adaptif, yang terwujud melalui kemampuan adaptif

konseptual (keterampilan membaca, menulis, konsep angka, uang, waktu, dan bahasa), social (kemampuan membaca situasi sosial, pemecahan masalah dan tanggung jawab social), dan praktikal (kemampuan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan sistem transportasi) (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2012). Keterbatasan dalam kemampuan perilaku adaptif dapat berdampak pada kehidupan sehari-hari individu, serta kemampuannya berespons atas lingkungannya (Hallahan, Kauffman & Pullen, 2012).

Klasifikasi Anak Dengan hambatan Inteletual

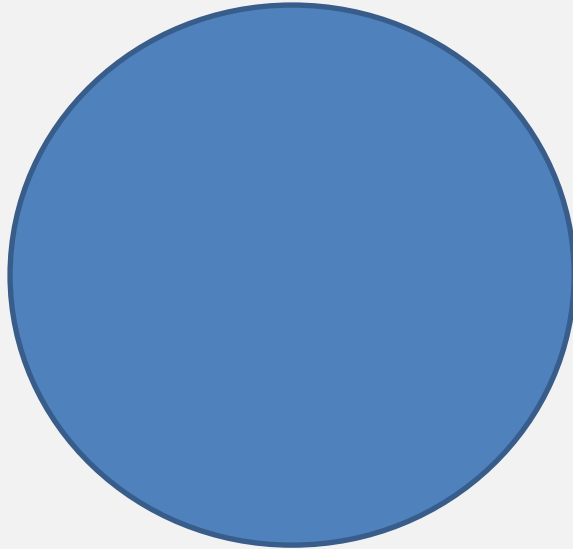
APA (dalam Hallahan, Kauffman & Pullen, 2012) mengklasifikasikan tunagrahita berdasarkan tingkat keparahannya, yaitu *mild*, *moderate*, *severe*, dan *profound*. Pembagian ini dilakukan berdasarkan pada skor IQ seperti di bawah ini:

KATEGORI	SKOR IQ
<i>mild</i>	55 - 70
<i>moderate</i>	40 - 55
<i>severe</i>	25 - 40
<i>profound</i>	di bawah 25

Dalam Mangunsong (2014) dinyatakan bahwa tunagrahita *mild* secara kasat mata tidak terlalu terlihat beda dari anak-anak reguler. Mereka pun masih

dapat mengikuti sekolah reguler hanya saja prestasinya lebih rendah daripada anak-anak lainnya. Dalam kegiatan sehari-hari, mereka masih dapat melakukan secara mandiri tanpa mendapat pengawasan, contohnya mengurus diri sendiri. Di sisi lain, mereka mengalami

keterlambatan pada perkembangan fisik, terutama dalam hal koordinasi, kekuatan, dan kecepatan. Selain itu, mereka mengalami kesulitan berkonsentrasi dalam jangka panjang dan bersosialisasi dengan orang lain.



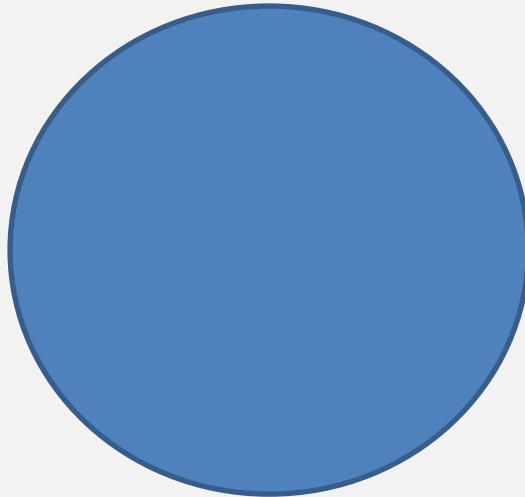
Anak-anak tunagrahita *moderate* merupakan anak-anak yang dapat dilatih keterampilan tertentu guna membantu mereka melakukan pekerjaan nantinya. Kekurangan yang mereka alami ada pada fisik, kognitif, serta sosial. Dari segi fisik, mereka mengalami masalah pada koordinasi fisik dan kelainan fisik yang sifatnya bawaan. Dari segi kognitif, mereka memiliki kekurangan pada saat mengingat, bahasa, konseptual, perseptual, dan kreativitas serta mengalami masalah pada situasi sosial. Selain itu, fungsi bicaranya pun seringkali mengalami gangguan. Selanjutnya, anak-anak tunagrahita *severe* menunjukkan banyak masalah dan tidak mampu melakukan kegiatan secara mandiri, termasuk kegiatan mengurus diri sendiri. Selain itu,

mereka sedikit sekali berinteraksi sosial. Mereka mengalami kesulitan dalam berbicara.

Mereka dapat berkomunikasi secara verbal hanya setelah menjalani pelatihan secara intensif. Karakteristik khasnya adalah lidahnya sering menjulur keluar dan mengeluarkan air liur. Mereka dapat dilatih keterampilan khusus hanya jika kondisi fisiknya memungkinkan. Kategori yang terakhir adalah *profound*. Anak-anak pada kategori ini menunjukkan kelainan fisik secara nyata, misalnya *hydrocephalus*. Kemampuan berbahasa dan bicarannya sangat rendah. Mereka hanya dapat mengatakan frase-frase sederhana. Secara kognitif dan fisik, mereka membutuhkan fasilitas khusus.

Penyebab

1. Prenatal: kelainan kromosom (down syndrome, fragile X syndrome, Prader-Willi Syndrome, dan Williams Syndrome); metabolisme bawaan (phenylketonuria/PKU); kelainan perkembangan formasi otak; pengaruh lingkungan (kekurangan gizi, alkohol, obat-obatan, radiasi)
2. Perinatal: anoxia (kondisi dimana bayi tidak memperoleh oksigen, yang dapat menyebabkan kerusakan otak), berat badan rendah, penyakit kelamin
3. Postnatal: factor biologis (infeksi, kekurangan gizi, keracunan) dan factor psikososial (lingkungan yang buruk misalnya interaksi buruk antara orangtua dan anak, kurangnya stimulasi)

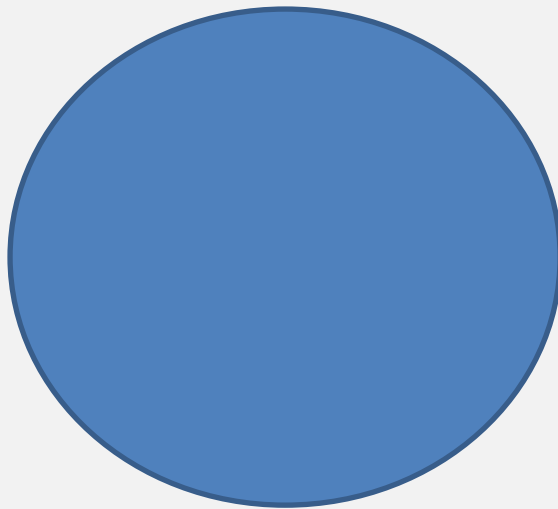


Down Syndrome

Down syndrome adalah salah satu contoh dari disabilitas intelektual yang disebabkan kelainan kromosom. Jumlah kromosom pada penyandang *Down syndrome* lebih banyak 1 kromosom dibandingkan individu normal. Individu normal memiliki 23 kromosom, dan tiap-tiap kromosom tersebut memiliki 1 pasangan. Kelainan genetik *Down syndrome* ada pada kromosom ke-21, yaitu jumlahnya ada 3 kromosom. Oleh karena itu, *Down syndrome* disebut juga trisomi 21. *Down syndrome* merupakan bentuk tunagrahita sejak lahir yang paling sering terjadi (Hallahan & Kauffman, 2006).

Anak yang lahir dengan *Down syndrome* sering diasosiasikan dengan usia ibu saat melahirkan. Seiring dengan meningkatnya usia ibu saat melahirkan anak, semakin besar pula risiko anak lahir dengan *Down syndrome*. Selain usia ibu, faktor-faktor lain yang

memungkinkan seorang anak lahir dengan *Down syndrome* adalah: usia ayah, radiasi, dan virus (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2012). Umumnya penyandang *Down syndrome* mempunyai tingkat inteligensi kategori *moderate*, akan tetapi sebenarnya tingkat inteligensi penyandang *Down syndrome* sangatlah beragam (Hallahan & Kauffman, 2006). Dari segi karakteristik fisik, penyandang *Down syndrome* mempunyai ciri-ciri yang sangat beragam antar-individu.



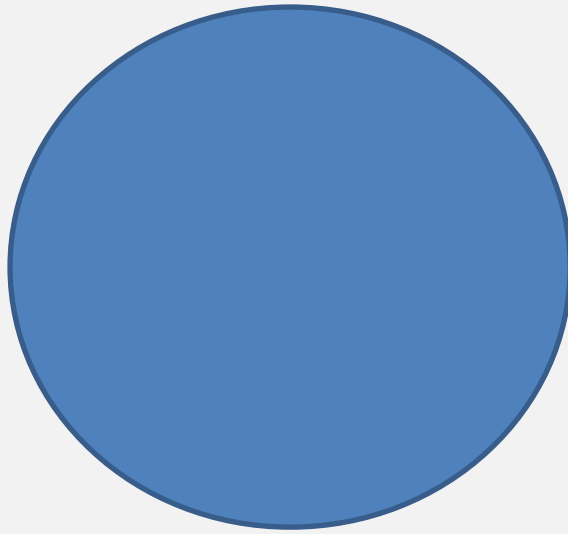
Beberapa karakteristik fisik yang dapat dimiliki penyandang *Down syndrome* meliputi:

1. Ukuran telinga kecil
2. Tengkorak kepala pendek
3. Kepala bagian belakang rata
4. Leher pendek dan memiliki lipatan-lipatan yang banyak
5. Tubuh pendek
6. Lidah kuat

Selain karakteristik fisik di atas, masih ada beberapa karakter lainnya mengenai telapak tangan, ukuran jari, bentuk wajah, dan sebagainya.

Selain adanya karakteristik fisik menonjol, anak *Down syndrome* sering mengalami masalah kesehatan. Sebanyak 30-40% anak *Down syndrome* mengalami kelainan jantung yang parah. Beberapa komplikasi yang mungkin dialami penyandang *Down syndrome* adalah: masalah pendengaran, penyakit gastrointestinal, ketidakstabilan leher, leukemia, dan sebagainya (Lyen, dalam Mangunsong, 2014).

Perkembangan anak *Down syndrome* mempunyai urutan sama dengan anak-anak pada umumnya. Meskipun demikian, perkembangan anak *Down syndrome* bersifat lebih lambat, baik dalam perkembangan fisik, bahasa, maupun sosialisasi (Lyen, dalam Mangunson, 2014). Dampak gangguan yang dialami anak dengan *down syndrome* serupa dengan dampak yang dialami oleh anak-anak tunagrahita.

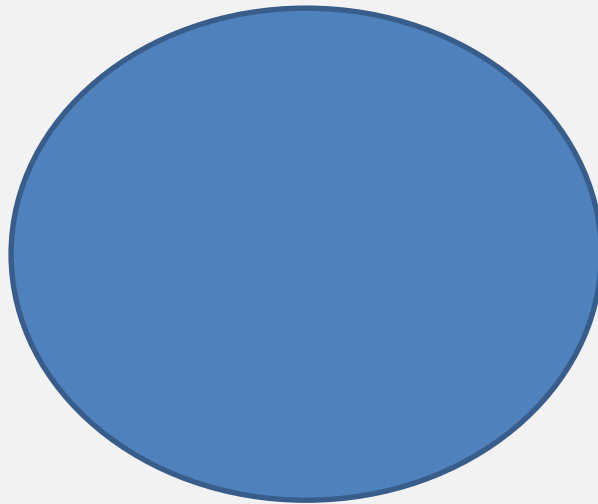


Slow Learner

Slow learner adalah anak-anak yang memiliki kemampuan inteligensi yang relatif rendah, yaitu berkisar antara 75-90, sehingga mempengaruhi kemampuan mereka untuk menyetarakan prestasi dengan anak-anak normal, dan mengalami kesulitan atau kegagalan di sekolah (Kirk, Madison, Texas Education Agency, dalam Kazowski, 2004). National Association of School Psychologist (dalam Kazowski, 2006) mendefinisikan *slow learner* sebagai murid-murid yang memiliki kemampuan kognitif di bawah rata-rata, tetapi tidak dapat digolongkan sebagai anak yang memiliki disabilitas, tetapi membutuhkan pergumulan untuk dapat mengatasi tuntutan akademis di pendidikan reguler.

Anak dengan *slow learner* memiliki kemampuan inteligensi di bawah rata-rata serta mempunyai kemampuan kognitif yang lambat secara signifikan dibandingkan dengan anak-anak seusianya. Akan

tetapi, tahap perkembangan anak *slow learner* termasuk normal, hanya saja perkembangannya bersifat lebih lambat. Anak-anak *slow learner* dikatakan memiliki kemampuan inteligensi di antara anak-anak normal dan anak-anak yang mengalami retardasi mental. Oleh karena itu, mereka biasanya disebut sebagai *borderline mental retardation* (Kaznowski, 2004). Sekitar 20 persen dari seluruh populasi dinyatakan sebagai *slow learner* (Saterlie & Loraditch, 1967).



Slow learner ditandai dengan rentang IQ di antara 75-90 dan memiliki tingkat perkembangan inteligensi $\frac{2}{3}$ atau $\frac{3}{4}$ dari anak normal (Saterlie & Loraditch, 1967). Berbeda dengan karakteristik anak tuna grahita dan *down syndrome*, *slow learner* tidak memiliki disabilitas yang nampak dan kasat mata, meskipun memiliki disabilitas kognisi yang kurang lebih sama dengan anak tuna grahita dan *down syndrome* (Reddy, 1997). Walaupun disabilitas pada *slow learner* tidak kasat mata, akan tetapi pendidik akan dengan cepat menyadari masalah akademis yang dialami pada anak-anak *slow learner*, terutama pada masa-masa awal pembelajaran.

Slow learner memiliki karakteristik sebagai berikut:

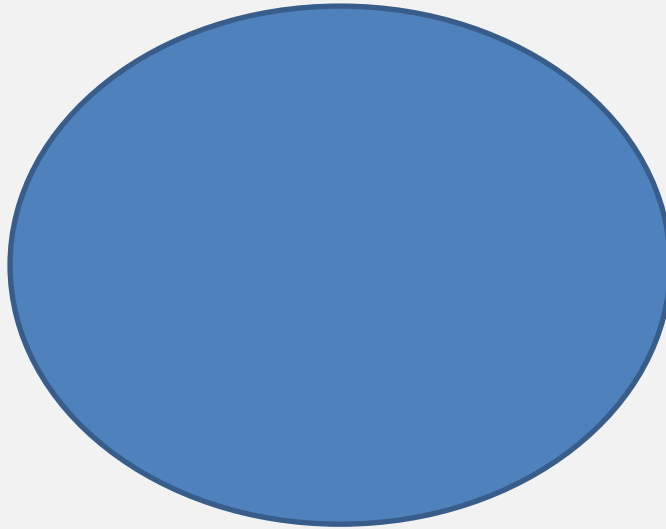
1. Kesulitan untuk mempertahankan atensi, kekurangan konsentrasi, mudah teralihkannya pikirannya, dan memiliki *attention span* yang rendah. Penelitian dari Curtis dan Shaver menyatakan bahwa *slow learner* tidak mampu untuk mempertahankan atensi terhadap literasi verbal guru lebih dari 30 menit (Reddy, 1997).
2. Memiliki kemampuan berpikir (*reasoning*), kemampuan menyimpan memori, motivasi dan sikap kerja, perkembangan bahasa, dan kemampuan komunikasi yang rendah (Karnes, dalam Kaznowski, 2006).
3. Memiliki kemampuan membaca dan berhitung yang rendah.
4. Kurang percaya diri, tidak memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, tidak kreatif, dan memiliki potensi kepemimpinan yang terbatas.
5. Tidak dapat meraih prestasi yang sama dengan teman-teman sebayanya atau tidak dapat memenuhi tuntutan akademik di kelas walaupun sudah memaksimalkan potensi mereka saat belajar.
6. Mengalami kesulitan pada seluruh mata pelajaran di sekolah.
7. Tidak masuk kriteria anak yang membutuhkan pendidikan khusus.

Kaznowski (2004) menyatakan bahwa sebenarnya sulit untuk menentukan apakah *slow learner* perlu untuk menerima pendidikan khusus atau tidak. Hal ini disebabkan karena mereka tidak termasuk

dalam kategori anak yang kesulitan belajar maupun *mental retardation*. Akibat dari karakteristik *slow learner* yang sulit diidentifikasi dan tidak kasat mata, ditambah dengan motivasi yang rendah, maka *slow learner* sering kali menerima label negatif dari pendidik. Anak *slow learner* dinilai malas, manja, atau bodoh (Saterlie & Loraditch, 1967).

Menurut Kaznowski (2006), *slow learner* yang tidak memenuhi kualifikasi untuk masuk ke sekolah dengan pendidikan khusus juga memaksa mereka untuk mengikuti pendidikan reguler yang cenderung terlalu berat bagi mereka membawa dampak negatif bagi mereka, yaitu:

1. Kesulitan untuk mengikuti pelajaran sehingga tertinggal secara akademis dibandingkan teman-teman sebaya.
2. Memiliki konsep diri yang buruk karena tidak dapat mencapai prestasi akademis walaupun sudah belajar semaksimal mungkin.
3. Memiliki ketakutan dan kecemasan terhadap kegagalan.
4. Ketidaksukaan terhadap sekolah yang dianggap terlalu memberikan tekanan dan rendahnya motivasi, menyebabkan *slow learner* diasosiasikan dengan tidak naik kelas dan *drop-out*.
5. Ekspektasi yang rendah dari lingkungan membuat *slow learner* menjadi *underachiever* dan sulit meraih kesuksesan di sekolah dan di lapangan kerja.
6. Memasukkan anak *slow learner* memiliki dampak negatif terhadap *self-esteem* mereka. *Slow learner* lebih baik menerima program khusus untuk dapat belajar.



Dampak disabilitas intelektual ada di area:

1. Sekolah

Anak dengan disabilitas intelektual membutuhkan pendidikan khusus guna memfasilitasi kemampuan yang dimilikinya. Pendidikan berdasarkan pada tiga aspek yaitu pedagogis, psikologis, dan sosiologis. Dasar pedagogis menjelaskan bahwa dengan pendidikan yang sistematis dan terarah, anak berkebutuhan khusus dapat memiliki suatu keterampilan yang dapat diaplikasikan dalam masyarakat secara mandiri. Dari segi psikologis mengatakan pendidikan yang baik adalah pendidikan yang mampu mengembangkan kepercayaan diri dan harga diri. Terakhir, anak berkebutuhan khusus perlu diajarkan untuk berkomunikasi dengan masyarakat agar nantinya mereka dapat berfungsi dalam masyarakat tersebut.

2. Masyarakat

Kesuksesan anak tunagrahita tidak hanya bergantung pada kemampuan dirinya, tetapi juga dipengaruhi oleh dukungan lingkungannya. Faktanya, sebagian besar kegagalan anak tunagrahita bukan dikarenakan ketidakmampuan mereka melainkan tidak adanya dukungan dari lingkungannya. Pandangan kaum awam bahwa mereka memiliki inteligensi rendah selalu dikaitkan dengan pandangan bahwa mereka tidak mampu. Akibatnya mereka tidak diberikan kesempatan untuk mengembangkan dan mengekspresikan kemampuan dirinya.

3. Penyesuaian sosial

Masalah penyesuaian sosial terjadi ketika anak tunagrahita ini beranjak dewasa. Mereka biasanya mengalami hambatan ketika mereka harus menjalankan fungsinya sebagai orang dewasa (selepas dari sekolah) menyerupai orang dewasa pada umumnya.

Autism Spectrum Disorder

Autism Spectrum Disorder (ASD) atau disebut Gangguan Spektrum Autisme (GSA) juga sebagai merupakan suatu gangguan perkembangan pada anak yang berat dan kompleks. Gangguan perkembangan atau kelainan yang beragam pada bidang interaksi sosial, komunikasi, minat yang sangat terbatas, dan perilaku yang sangat berulang. Istilah ‘spektrum’ digunakan untuk menggambarkan kondisi ASD yang mempunyai rentang gejala, hendaya dan disabilitas yang luas dan bervariasi. Jadi masalah ini seperti spektrum di mana ujung yang satu terdapat autisme yang jelas (*full-blown*, memenuhi seluruh kriteria), dan berjalan ke ujung yang lainnya dengan masalah/kelainan/gejala yang semakin “memudar” sampai berakhir di ujung yaitu sindrom Asperger atau PDD-NOS. Sebagai contoh, ada anak dengan ASD yang memiliki gejala yang ringan dan sebagian lagi mempunyai

gejala yang lebih berat dan disertai hendaya dalam fungsi sehari-hari yang luas.

Asperger syndrome termasuk anak ASD dengan gejala autisme yang dianggap lebih ringan, karena tidak memiliki hambatan dalam kognitif dan bahasa. Biasanya anak Asperger memiliki ketertarikan dan kemampuan di atas rata-rata pada bidang tertentu, seperti menggambar, sains, atau musik. Sementara PDD-NOS (*Pervasive Developmental Disorder not Otherwise Specified*): merupakan diagnosa yang diberikan pada anak yang tidak memenuhi kriteria diagnostik dari ke empat bentuk Pervasive Development Disorder (PDD) seperti Autis, Asperger, CDD (Childhood Disintegrative Disorder) dan Rett. Anak PDD-NOS memperlihatkan gangguan yang jelas dalam aspek komunikasi, interaksi sosial, dan minat/perhatian yang merupakan.

Setiap anak dengan PDD-NOS memiliki intensitas gangguan yang berbeda-beda. Beberapa anak dengan PDD-NOS memiliki hambatan dalam lingkungan sekolah atau rumah saja, sementara yang lain memiliki kesulitan dalam area kehidupannya. Istilah PDD-NOS digunakan jika seorang anak menunjukkan beberapa tanda/gejala autistik namun tidak memenuhi seluruh kriteria yang ada untuk dikatakan sebagai autisme ataupun bentuk PDD yang lainnya. Istilah PDD-NOS juga kadang merujuk pada istilah APD (Atypical Personality Development), APDD (Atypical PDD), atau Atypical Autism, ataupun dikategorikan dalam ASD yang lebih mendekati pada diagnosis Asperger's Syndrome walaupun mungkin tidak pas. Walaupun sebenarnya anak memperlihatkan ciri autisme tetapi tanpa adanya beberapa gejala autisme lainnya. Hingga kini belum ditemukan sebab

yang pasti untuk ASD, namun faktor lingkungan, biologis, dan genetic diyakini menyumbang pada kasus ASD. Anak dengan saudara kandung ASD ada kemungkinan mengalami ASD juga. ASD sering dialami oleh anak dengan kondisi genetic/kromosom seperti fragile X syndrome. Ibu yang melahirkan di usia tua lebih berisiko melahirkan anak dengan ASD.

Data dari Centers for Disease Control and Prevention menyebutkan, 1 dari 68 anak yang lahir didiagnosis memiliki autisme. Hampir setengah atau sekitar 46 persen anak-anak yang didiagnosis autis memiliki kemampuan intelektual di atas rata-rata. Meski demikian tingkatannya berbeda pada masing-masing anak, beberapa anak memiliki kemampuan yang luar biasa dalam mengingat, berhitung, menyusun puzzle, memiliki kecerdasan dalam nada dan bermain musik, dan banyak juga ditemukan yang sangat baik dalam melukis. Hal yang membedakan anak ASD satu sama lain: adalah tingkat kemampuan intelektual, tingkat pemerolehan bahasa tiap individu, dan perubahan perilaku seiring bertambahnya usia.

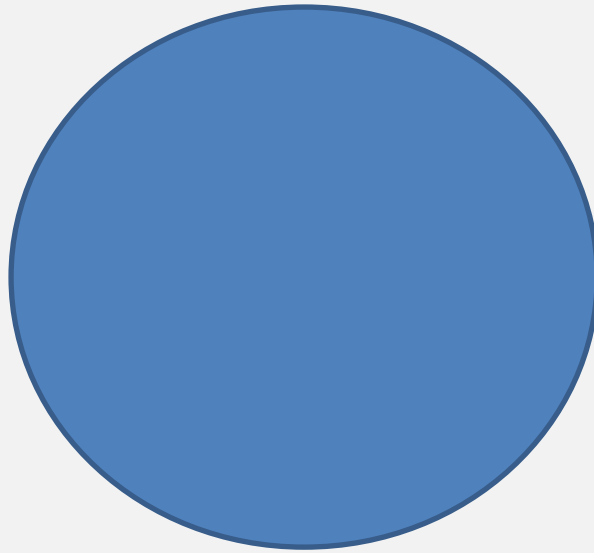
Angka kejadian kasus anak ASD di Indonesia masih belum diketahui dengan pasti hingga saat ini. Peran orangtua dalam membawa anaknya untuk berkonsultasi dapat menjadi data perkembangan angka sebuah kasus. Mengingat tidak semua orangtua di Indonesia mendatangi klinik tumbuh kembang anak untuk memeriksakan putera – puterinya. Tetapi mungkin untuk wilayah Jakarta dan daerah sekitarnya, kesadaran berkonsultasi sudah berkembang baik. Asisten

Deputi Anak Berkebutuhan Khusus Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Kementerian PPPA) memprediksi jumlah penyandang autis 2,4 juta orang yang mengacu pada data pertumbuhan penduduk Indonesia per tahun. Sementara Kementerian Sosial menyebut, penderita autisme di Indonesia pada 2015 diperkirakan mencapai 12.800 anak. Sedangkan 134.000 menyandang spektrum autisme. Penyebaran terbanyak di daerah yang rasio kepadatan penduduk tinggi, contoh Jawa Barat dengan kasus diperkirakan mencapai 25 ribu.

Center for Disease Control and Prevention (CDC's) – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance di Amerika Serikat pada tahun 2010 melaporkan bahwa angka kejadian ASD sekitar 21,9 anak per 1000 anak berusia 8 tahun. Dalam laporan tersebut mereka menyatakan bahwa perkiraan angka kejadian yang didapat tergantung juga pada jenis kelamin anak. Anak laki-laki dilaporkan lebih sering mengalami ASD jika dibandingkan dengan anak perempuan (satu dari 48 anak laki-laki dan 1 dari 189 anak perempuan mengalami ASD). Selain itu, mereka juga menginformasikan bahwa 31% anak dengan ASD mengalami disabilitas intelektual ($IQ < 70$) dan 23% dengan borderline IQ, sisanya mempunyai rentang intelektual yang normal atau di atas normal.

Berdasarkan DSM V gejala dan tanda dari ASD dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Gangguan/ kelainan yang menetap dalam komunikasi dan interaksi sosial yang meliputi berbagai konteks kehidupan anak dan sudah timbul dalam diawal perkembangan. Contohnya kegagalan dalam menjalin komunikasi verbal timbal balik; berkurangnya sampai dengan kehilangan keinginan untuk berbagi ketertarikan, emosi, atau afeksi; kegagalan untuk memulai atau berespons dalam menjalin interaksi sosial; abnormalitas dalam kontak mata dan bahasa tubuh atau defisit dalam pemahaman dan penggunaan bahasa tubuh dalam berkomunikasi; kehilangan secara total ekspresi wajah dan komunikasi non-verbal; kesulitan dalam menyesuaikan perilaku dalam berbagai konteks sosial.
2. Pola perilaku, minat atau aktivitas yang terbatas dan berulang, seperti pola perilaku stereotipik; echolalia; perilaku ritualistik; minat yang terbatas pada objek atau benda tertentu; preokupasi dengan objek atau benda tertentu; hiper- atau hiposensitivitas terhadap rangsang indera tertentu; minat yang tidak wajar terhadap benda atau kegiatan tertentu.
3. Gejala di atas menimbulkan hendaya yang bermakna secara klinis dalam aspek sosial, pekerjaan atau fungsi sehari-hari anak saat ini.



ADHD ***(ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVE DISORDER)***

ADHD yang merupakan kepanjangan dari Attention Deficit hyperactivity Disorder, dimana anak-anak dengan kasus ini menunjukkan gejala kekurangan dalam menunjukkan perhatian, disertai dengan aktivitas berlebih (*hyperactivity*), dan impulsif yang tidak sesuai dengan rata-rata anak se usianya. ADHD adalah kelainan pada otak. Kelainan ini dapat mempengaruhi kegiatan sehari-hari anak Anda di rumah dan di sekolah. Anak ADHD biasanya kesulitan untuk memperhatikan dan mengontrol tingkah laku mereka, dan terkadang hiperaktif. Sebelum didiagnosis oleh dokter, penting bagi Anda untuk memperhatikan gejala pada anak Anda.

Berikut adalah poin-poin ADHD yang dapat membantu Anda untuk mengenali lebih dini:

1. **Kesulitan Memusatkan Perhatian**

Meliputi disorganisasi, masalah tidak diselesaikan, sering melamun, dan tidak memperhatikan ketika ada yang berbicara secara langsung.

2. **Impulsif**

Meliputi keputusan yang tiba-tiba tanpa berfikir tentang bahaya jangka panjangnya. Mereka bertindak cepat untuk mendapatkan imbalan, sering mengganggu guru, teman, dan keluarga.

3. **Hiperaktif**

Meliputi bergeliat, gelisah, mengetuk-ngetuk, berbicara, dan bergerak terus-menerus, terlebih pada situasi yang tidak seharusnya

Para ahli membagi ADHD ke dalam tiga jenis:

1. **Kasus kurang memperhatikan tidak disertai hiperaktivitas (ADD)**

Anak dengan kondisi seperti ini tidak terlihat memiliki perilaku yang gelisah dan susah diam (hiperaktif). Mereka terlihat tidak memiliki energi yang banyak seperti yang terlihat pada anak-anak ADHD pada umumnya. Pada kenyataannya, anak dengan ADD akan cenderung pemalu atau "dalam dunianya sendiri." ADD (*Attention Deficit Disorder*) adalah satu jenis gangguan pemusatan perhatian sebagaimana ADHD namun tidak disertai hyperactivity atau adanya pergerakan yang terus-menerus

dan rasa gelisah, meski realitanya terkadang batasannya memang kabur. Oleh sebab itu penting untuk berkonsultasi dengan ahli yang berpengalaman meskipun anak tidak terlihat hiperaktif dan bagus memastikan anak Anda mendapatkan diagnosis yang tepat.

Jika anak terlihat gejala-gejala seperti : sulit memperhatikan (gampang teralihkan), tidak menyukai dan cenderung menghindari tugas yang banyak (seperti PR), kesulitan mengerjakan tugas di sekolah, rumah, bahkan saat bermain, tidak teratur dan cenderung pelupa, tidak mendengarkan ketika sedang diajak berbicara, tidak memperhatikan hal-hal detail, sering kehilangan, sering membuat kecerobohan, dan kesulitan mengikuti instruksi. Ketidakmampuan untuk mempertahankan perhatian atau tetap pada tugas atau kegiatan bermain, untuk mengingat dan menindaklanjuti instruksi atau aturan, dan untuk menolak gangguan. Ini melibatkan kesulitan dalam perencanaan dan pengorganisasian dan dalam ketepatan waktu dan masalah dalam tetap waspada. Anak dapat mengalami defisit hanya dalam 1 jenis / lebih pada: kapasitas perhatian, perhatian yang selektif, distractability, perhatian / kewaspadaan berkelanjutan.

2. ADHD yang cenderung impulsif-hiperaktif

Anak-anak dengan jenis ADHD ini memiliki banyak energi dan sering bergerak yang cenderung menyebabkan masalah. Kelainan ini dapat didiagnosa pada anak berusia di bawah 16 tahun, dimana simtom harus terjadi sebelum usia 12 tahun dengan 6 atau lebih gejala hiperaktif/impulsif selama paling tidak 6 bulan.

Perilaku lebih sering dan lebih berat dibandingkan anak-anak di usia dan jenis kelamin yang sama, terjadi di 2 *setting* atau lebih, mengurangi kualitas sosial, akademis, atau *occupational functioning*, dan bukan memiliki gejala gangguan mental lainnya seperti : *Mood disorder* atau *anxiety disorder*.

Aktivitas ini sangat energik, intens, tidak diarahkan pada suatu tujuan, dan kurang diterima oleh lingkungan. Kala anak tidur, biasanya memiliki aktivitas motorik lebih banyak daripada anak-anak lain dan terkadang anak tidak dapat menahan reaksi langsung atau berpikir sebelum bertindak. Terkadang berkomentar yang tidak pantas dan impulsif, menjawab salah, menginterupsi percakapan, mudah terdistraksi dengan gangguan, dan sering melakukan kecerobohan. Perilaku lain yang muncul seperti : menjawab sebelum pertanyaan selesai, sering mengganggu orang lain, kesulitan menunggu giliran, banyak berbicara, Gelisah, mengetuk-ngetuk, bergeliat, berdiri pada saat yang tidak seharusnya, berlari atau memanjat pada saat yang tidak seharusnya, dan tidak dapat bermain dengan tenang.

3. ADHD Gabungan

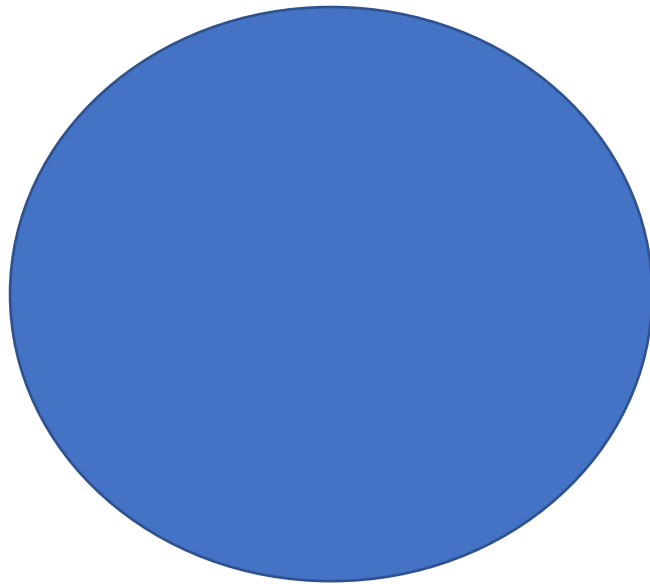
Anak dengan ADHD gabungan memiliki gejala tidak memperhatikan, hiperaktif, dan impulsif. Jika seorang anak memiliki enam atau lebih gejala dari masing-masing tipe ADHD secara bersamaan, dapat dikatakan anak tersebut memiliki ADHD gabungan. ADHD gabungan diketahui dapat terjadi akibat dipicu beberapa faktor risiko seperti berikut: faktor keturunan, paparan

racun saat masa kehamilan, cedera pada otak, konsumsi alkohol dan rokok selama masa kehamilan, bayi lahir dengan berat rendah Gender.

ADHD mempengaruhi 5% - 9% anak usia sekolah (SD) 2 - 3 x lebih banyak pada anak laki-laki, ditemukan di semua hampir di semua Negara, simtom berubah seiring perkembangan, seperti *difficult temperament* saat bayi akan diikuti simtom *hyperactive-impulsive* di usia 3 - 4 tahun, dan simtom *inattentive* (tidak dapat memusatkan perhatian) saat anak masuk sekolah, saat anak tumbuh dewasa simtom dapat berkurang, namun merupakan '*lifelong & painful disorder*'. Hingga saat ini belum ada satupun metode pemeriksaan yang dapat mendiagnosa ADHD secara spesifik. Namun, umumnya dokter akan memeriksa apakah ada enam atau lebih dari masing-masing jenis gejala kurang fokus, hiperaktif, dan impulsif yang dialami anak. Jadi, sebaiknya, untuk mendapatkan diagnosa jenis ADHD yang lebih tepat, bawalah anak ke dokter untuk berkonsultasi.

Daftar Pustaka

- Shriberg LD, Tomblin JB, McSweeny JL. Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *J Speech Language Hearing Res.* 1999;42(6):1461-81.
- Law J, Mensah F, Westrupp E, Reilly S. Social disadvantage and early language delay. Centre of Research Excellence in Child Language, Policy Brief 1, 2015.
- Dewanti A, Widjaja JA, Tjandrajani A, Burhany AA. Karakteristik keterlambatan bicara di klinik khusus tumbuh kembang Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita tahun 2008 – 2009. *Sari Pediatr.* 2012;14(4):230-4.
- Shetty P. Speech and language delay in children: A review and the role of a pediatric dentist. *J Indian Soc Pedodontics and Preventive Dentistry* 2012;30(2):103-8.
- Dufresne T, Masny D. Multiple literacies: Linking the research on bilingualism and biliteracies to the practical, *Paediatr Child Health* 2006;11(9):577-80.
- Safitri, Y. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perkembangan Bahasa Balita di UPTD Kesehatan Baserah Tahun 2016. *Jurnal Obsesi*, 1(2) 2-3.



Intervensi Dini Bagi Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus memiliki kebutuhan dan modalitas yang unik sehingga dibutuhkan penanganan/intervensi yang tepat agar kebutuhannya terpenuhi dan modalitasnya dapat berkembang optimal. Dalam menangani anak berkebutuhan khusus haruslah secara holistik dari berbagai multidisiplin ilmu dari berbagai ahli. Penanganan anak berkebutuhan khusus diberikan melalui intervensi dini, yang dimaksud dengan intervensi secara umum merupakan setiap tindakan yang bertujuan untuk menginterupsi, menghentikan atau memodifikasi suatu proses, berupa *treatment* yang dilakukan untuk menghentikan,

mengelola, atau mengubah jalannya proses patologis suatu penyakit atau gangguan (APA, 2020).

Intervensi dilakukan secara sistematis dan terencana berdasarkan hasil asesmen yang bertujuan untuk memperbaiki, mengembangkan dan menguatkan modalitas yang telah dimiliki oleh anak. Intervensi memiliki beberapa tujuan, yaitu: 1) meningkatkan dan mengoptimalkan perkembangan anak yang mengalami hambatan, 2) memberikan dukungan dan bantuan kepada orangtua serta keluarga dalam menangani anaknya, 3) memaksimalkan peran guru dan orangtua dalam memberikan stimulus sedini mungkin kepada anak berkebutuhan khusus.

Untuk memberikan intervensi dini bagi anak berkebutuhan khusus dapat menggunakan dua model, yaitu model medikal dan model sosial. Model medikal merupakan intervensi hambatan perkembangan yang dialami oleh anak menggunakan alat medis dan dilakukan oleh ahli dengan latar belakang medis. Sedangkan model media merupakan intervensi dengan menciptakan dan atau merekayasa lingkungan (baik lingkungan rumah maupun sekolah) dalam bentuk pembelajaran untuk membantu hambatan perkembangan yang dialami oleh anak. Kedua model ini harus dikolaborasikan, dan pemberian intervensi dapat dilakukan secara individual maupun berkelompok disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik anak.

Prinsip-prinsip intervensi untuk anak berkebutuhan khusus terdiri dari:

- a. Program intervensi diberikan sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik anak berkebutuhan khusus

- b. Intervensi bagi anak berkebutuhan khusus harus mengembangkan kemampuan adaptasi diri anak berkebutuhan khusus dan lingkungannya.
- c. Intervensi dini yang dilakukan mengikuti pada sistem pendidikan yang berlaku di Indonesia saat ini.
- d. Program intervensi dimulai dari modalitas belajar anak dari yang mudah menuju ke yang sulit.
- e. Intervensi menekankan pada pemberdayaan anak, keluarga, mobilisasi potensi, aset dan kekuatan yang ada untuk mengatasi hambatan.
- f. Tujuan intervensi disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik anak berkebutuhan khusus yang mempersiapkan kemandirian anak berkebutuhan khusus untuk bermasyarakat.

Intervensi dilakukan dengan berbagai pendekatan, metode dan teknik Pemberian Intervensi pada anak usia dini berkebutuhan khusus hendaknya terjadi juga pada ranah pendidikan dalam bentuk pendekatan pembelajaran yang mengacu pada kebutuhan anak. Pada bagian ini, dijelaskan beberapa **model pendekatan pembelajaran sebagai intervensi yang dapat dilakukan dalam proses pendidikan di sekolah**. Pendekatan intervensi pembelajaran mengacu pada hasil dari deteksi dan identifikasi hambatan pada anak yang didapatkan dari proses observasi, wawancara dan tes yang sistematis sesuai prosedur yang dibuat oleh sekolah. Pendekatan ini adalah bagian dari Pendekatan model sosial yang berfokus pada lingkungan sosial sehingga akan memperkaya pengalaman anak.

Pelaksanaan intervensi dapat dilakukan secara individual maupun berkelompok, hal ini disesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan anak. Setiap anak merupakan individu yang unik sehingga dalam memberikan intervensi tidak dapat disamakan antara anak yang satu dengan yang lainnya. Berikut kita simak intervensi pembelajaran sebagai pendekatan yang dapat diberikan pada anak berkebutuhan khusus sesuai dengan karakteristiknya masing-masing, diantaranya adalah:

a. *Universal Design for Learning (UDL)*

Salah satu cara untuk menciptakan sebuah kegiatan pembelajaran yang dapat memfasilitasi perbedaan karakteristik anak berkebutuhan khusus adalah *Universal Design for Learning (UDL)*. UDL adalah sebuah konsep pendidikan atau pendekatan untuk merancang metode pembelajaran, bahan ajar, kegiatan pembelajaran, dan prosedur evaluasi dalam upaya untuk membantu individu dengan “perbedaan besar dalam kemampuan mereka untuk melihat, mendengar, berbicara, bergerak, membaca, menulis, memahami bahasa, hadir, mengatur, terlibat, dan mengingat”(Orkwis, 2003).

Menurut Conn-Powers (2006) ada beberapa prinsip utama yang harus dipenuhi dalam *Universal Design for Learning* dalam usaha mengakomodasi kebutuhan anak yang beragam, yaitu: prinsip fisik dan prinsip fleksibilitas pada pengembangan kurikulum. Prinsip-prinsip UDL ini dapat diterapkan untuk tujuan pembelajaran, metode, materi, dan penilaian. UDL ini

bisa dilakukan dengan penggunaan konten digital, dengan pertimbangan bahwa teks digital dan media memberikan fleksibilitas yang lebih menarik dari pada penggunaan media tradisional. Penerapan *Universal Design for Learning* ini mencakup beberapa hal: aksesibilitas bahan cetak, aksesibilitas konten digital, aksesibilitas bahan ajar visual, dan aksesibilitas bahan ajar audio.

Penerapan UDL dalam pembelajaran di sekolah disesuaikan dengan kebutuhan belajar masing-masing anak berkebutuhan khusus, beberapa strategi penerapan yang dapat digunakan yaitu:

1. Menyampaikan materi pembelajaran dengan berbagai media baik secara visual maupun audio. **Seperti menonton tayangan video pembelajaran via youtube, penggunaan media powerpoint dll.**
2. Gunakan variasi media untuk berkomunikasi. **Seperti : media cetak, media elektronik dll**
3. Guru dapat memodifikasi bahan ajar cetak mau pun digital, sebagai contoh modifikasi ukuran, jenis, warna font yang disesuaikan dengan kebutuhan anak berkebutuhan khusus berkebutuhan khusus. Pada anak berkebutuhan khusus *low vision* (hambatan penglihatan) maka bahan ajar cetak dapat diperbesar dengan jenis dan warna font yang dapat terbaca dengan jelas. **Tambahkan ilustrasi contoh**
4. Memberikan pilihan kepada anak berkebutuhan khusus berbagai cara mereka dapat berpartisipasi dalam

- pembelajaran dan cara menyelesaikan tugasnya, misalnya secara lisan, dengan gambar, maupun dengan cara lainnya.
5. Menerapkan ruang kelas yang fleksibel, dimana anak berkebutuhan khusus dapat duduk di kursi atau duduk di karpet, dapat berkelompok maupun individual.
 6. Merencanakan penilaian dengan berbagai cara sesuai dengan kebutuhan belajar anak berkebutuhan khusus berkebutuhan khusus. **Contoh/seperti...(?)**

b. Treatment and Education of Autistic and Related Communication-handicapped Children (TEACCH)

TEACCH dikenal juga dengan pembelajaran terstruktur yang menitikberatkan pada kemampuan visual anak berkebutuhan khusus salah satunya anak dengan autisme oleh karena itu maka segala sesuatu yang berhubungan dengan pembelajaran lebih banyak divisualkan dengan menggunakan gambar-gambar, tulisan dan ikon yang berhubungan dengan minat anak. **Misalnya :.....** sehingga dalam pembelajarannya anak dengan autisme mendapatkan instruksi dan materi pembelajaran yang diindividualisasikan disesuaikan dengan karakteristiknya (Suprihatin & Leliana, 2019).

Prinsip-prinsip dalam metode TEACCH ini antara lain :

- 1) struktur fisik yaitu penataan lingkungan, 2) informasi diberikan secara visual salah satunya jadwal visual, 3) sistem kerja sistem kerja yang merupakan petunjuk bagi anak dengan autisme untuk mengerjakan tugas yang perlu diselesaikan dalam satu kali kegiatan. Ketertarikan anak digunakan sebagai

penguat, dan melakukan komunikasi yang bermakna. **TEACCH dapat diterapkan** sebagai berikut:

1. Struktur Fisik

Struktur fisik yang dimaksud adalah cara penyusunan furnitur atau perlengkapan kelas seperti bangku, meja, karpet dan materi pembelajaran yang akan digunakan di area atau lingkungan belajar. Penempatan meja, bangku dan karpet untuk **anak berkebutuhan khusus** berkebutuhan khusus haruslah melihat kekurangan atau kelemahan anak berkebutuhan khusus tersebut.

(ilustrasi: penataan lingkungan fisik)

2. Jadwal Visual

Jadwal visual merupakan petunjuk yang memberitahukan anak tentang kegiatan apa saja dan dalam urutan yang bagaimana yang akan mereka lakukan selama berada di sekolah yang tentu saja tempatnya akan berbeda-beda untuk mata pelajaran tertentu. Jadwal visual dibuat untuk membantu anak berkebutuhan khusus mengikuti jadwal pelajaran, melalui gambaran visual anak berkebutuhan khusus diharapkan mampu memiliki *visual image* tentang apa yang akan dipelajari dan memprediksi/memperkirakan apa yang akan terjadi kemudian. Guru dapat memvisualkan jadwal kegiatan dalam bentuk foto atau gambar yang jelas. Di dalam jadwal visual terdapat peraturan yang telah disepakati bersama. Jadwal visual ini dapat dikolaborasikan dengan teknik penerapan kontrak belajar.

3. Sistem Kerja

Struktur yang berikutnya adalah sistem kerja yang merupakan petunjuk bagi anak berkebutuhan khusus berkebutuhan khusus untuk mengerjakan tugas yang perlu diselesaikan dalam satu kali kegiatan. Sistem kerja ini merupakan strategi untuk mengajarkan anak berkebutuhan khusus mengerjakan tugasnya secara mandiri sehingga ketrampilan kemandirian yang dipelajari melalui sistem kerja bisa digeneralisasikan pada setiap kegiatan yang akan mereka lakukan pada berbagai situasi (Suprihatin & Leliana, 2019). Adapun tipe sistem kerjanya adalah dari kiri ke kanan, menyamakan dan tertulis. Menurut Mesibov dan Howley (2003) sistem kerja individual setidaknya memberitahukan empat informasi kepada anak berkebutuhan khusus yaitu:

- a. Tugas apa yang seharusnya mereka lakukan
- b. Jumlah kerja atau tugas yang akan dilakukan pada waktu tertentu
- c. Kemajuan yang telah dicapai dan kapan tugas berakhir
- d. Apa yang terjadi setelah tugas selesai.

c. *Applied Behavior Analysis (ABA)*

Berbeda dengan pembelajaran terstruktur/TEACCH, pendekatan pembelajaran berbasis *applied behavior analysis* sangat menekankan keaktifan guru dalam membelajarkan, mengarahkan dan membantu murid (Casey & Carter, 2016). Pendekatan pembelajaran dengan dasar metode belajar behavioristik/**prilaku** merupakan salah satu metode

pembelajaran yang masih banyak dipakai dalam pembelajaran bagi anak dengan autisme. Metode ABA diperkenalkan pertama kali oleh Ivar Lovaas yang sukses menggunakan metode ini.

Prinsip pembelajaran yang berdasarkan pada teori belajar behavioristik ini mengakui bahwa perilaku bisa dipelajari, pengabaian perilaku yang tidak sesuai dan pengapresiasian perilaku yang baik dengan menggunakan penguat atau *reinforcer*. Berikut ini adalah prinsip-prinsip dasar dalam strategi pembelajaran dengan basis ABA menurut Casey & Carter (2016):

1. Guru ditekankan untuk lebih aktif dalam berinteraksi dengan murid, membelajarkan, mengarahkan, membantu dan mengklasifikasi kegiatan murid.
2. ABA sangat menekankan penggunaan prinsip *operant* dan *classical conditioning* bahwa ada perilaku anak yang perlu dirubah dan dibentuk agar dapat diterima saat berinteraksi di lingkungan sosial. Guru perlu menganalisis perilaku mana yang akan diubah dan dibentuk baik itu perilaku yang sudah ada sebelumnya maupun perilaku baru.
3. *Reinforcement* merupakan sebuah tindakan yang diberikan/dilakukan oleh guru untuk memberikan penguatan terhadap perilaku positif yang sesuai dengan situasi. Penguatan dapat berupa verbal, tindakan atau sebuah benda, penguatan positif menunjukkan apakah sesuatu ditambahkan sedangkan penguatan negatif menunjukkan apakah sesuatu dihapus atau dihilangkan.

Penerapan ABA untuk anak berkebutuhan khusus berkebutuhan khusus di dalam kelas yaitu:

1. Guru dapat menyusun tahapan aktivitas dalam pembelajaran menuju pembiasaan secara sistematis, bahwa pembelajaran tidak dapat diberikan langsung secara keseluruhan namun diberikan secara bertahap. Guru harus memilah keterampilan mana yang menjadi prioritas untuk dikuasai oleh anak.
2. Guru merencanakan penguatan (*reinforcement*) yang akan digunakan dan diberikan untuk meningkatkan kemampuan anak berkebutuhan khusus berkebutuhan khusus.
3. Rencanakan bantuan (*prompt*) yang akan guru gunakan sesuai dengan kebutuhan belajar. Bantuan (*Prompt*) dapat berupa bantuan *verbal* dengan ucapan, bantuan fisik dengan *gesture*.
4. Menargetkan pembelajaran dari yang sederhana menuju ke yang kompleks terarah dan terukur. Terarah yaitu menggunakan kurikulum yang jelas dalam memberikan pengajaran, sedangkan terukur adalah adanya penilaian terkait perubahan perilaku yang dimunculkan, sehingga dapat diketahui perubahannya.

d. Program Son-Rise

Son-Rise Program adalah pendekatan yang dilakukan secara intensif pada anak berkebutuhan khusus untuk mengembangkan keterampilan interaksi sosial. Metode ini mengutamakan interaksi anak dengan lingkungan dan orang sekitarnya, sehingga terbentuk interaksi dua arah, dengan kata

kunci “*Joining*” adalah teknik yang digunakan dalam pendekatan Son-Rise Program (Thompson & Jenkins, 2016).

Kate (London, 2015) mengungkapkan; “*Joining*” adalah teknik yang digunakan untuk membantu guru agar bisa terhubung dengan anak saat anak melakukan perilaku berulang seperti *self-stimulation*/merangsang diri sendiri. Susan (2002) menyatakan bahwa teknik “*joining*” menemukan bahwa imitasi perilaku orang dewasa pada anak berkebutuhan khusus dapat meningkatkan perilaku sosial anak tersebut, yaitu perilaku sosial antara lain; (1) Melihat; (2) Suara; (3) Senyum; (4) Bermain timbal balik.

Son-Rise program memiliki prinsip utama dalam penerapannya, yaitu berpusat pada anak dan membangun interaksi sosial dengan memberikan motivasi kepada anak. Maka langkah-langkah penerapan program *Son-Rise* di sekolah yaitu:

1. Mengikuti anak mulai dengan memberikan motivasi pada anak, *Son-Rise* Program dilakukan dengan pendekatan bermain dan memberikan motivasi pada anak, orang dewasa bergabung “*join*” dalam permainan sampai anak secara spontan mengarahkan sosial atau interaksi kepada orang dewasa.
2. Membangun motivasi anak dengan melakukan apa yang anak sukai.
3. Menjalin hubungan dengan cara menerima kebutuhan belajar anak. Penerimaan, tidak menghakimi anak dengan tidak memberikan label pada anak atau kondisinya dengan

penilaian baik/ buruk atau benar/salah, dan mendorong anak untuk terlibat.

4. Membangun suasana dan mengekspresikan dengan gestur, mimik wajah dll
5. Melakukan kontak mata
6. Berilah tanggapan dan bergabung dengan apa yang diminati anak

e. Social Story

Social story adalah jenis cerita pendek dengan bantuan media gambar dan tulisan untuk mendeskripsikan mengenai aktivitas tertentu secara spesifik. Konten *social story* menjelaskan dimana situasi tersebut berlangsung, kapan peristiwa terjadi, siapa yang terlibat, serta dampak yang akan ditimbulkan (Crozier, 2007).

Social story yang dirancang untuk menggambarkan situasi di dalam kelas ketika guru sedang mengajar, apa yang anak berkebutuhan khusus sedang lakukan, dan apa yang seharusnya mereka lakukan sesuai dengan perilaku yang ingin ditingkatkan. Poin dalam *social story* sendiri ini adalah memberikan gambaran informasi mengenai situasi-situasi tertentu, misalnya situasi ketika berada di dalam kelas, kemungkinan reaksi dan respon yang akan muncul, maupun perilaku positif yang diharapkan muncul dari situasi tersebut, misalnya: individu menjadi tertib ketika di dalam kelas, bisa duduk tenang ketika belajar, dan sebagainya.

Social Story dapat berbentuk cerita sederhana dengan ilustrasi dan foto. Menurut Carol Gray, ada tiga hal yang harus diperhatikan, yaitu tujuan cerita, mengumpulkan informasi, serta membuat cerita (teks). Dalam menerapkan *social story* guru dapat menggunakan PECS (*Picture Exchange Communication System*) atau Compic (*Communication Pictures*).

f. PECS (*Picture Exchange Communication System*)

PECS adalah suatu pendekatan untuk melatih interaksi sosial dengan menggunakan simbol-simbol seperti gambar, dengan alat bantu berupa kartu. PECS tidak membatasi anak untuk berinteraksi dengan siapapun. Setiap orang dapat dengan mudah memahami simbol atau gambar yang terdapat dalam PECS sehingga anak berkebutuhan khusus dapat berinteraksi dengan orang lain tidak hanya dengan keluarganya sendiri.

Guru dapat membuat dan menggunakan PECS dengan menerapkan 6 fase:

- Fase I (Pertukaran fisik) mengajarkan anak bagaimana cara berkomunikasi
- Fase II (mengembangkan Spontanitas) mengajarkan "segitiga komunikasi" (yaitu, saya, buku komunikasi saya, dan mitra komunikasi saya).
- Fase III (diskriminasi gambar) mengajarkan memilih gambar yang benar dari banyak kemungkinan.
- Fase IV (Struktur kalimat) mengajarkan siswa untuk "mengucapkan" permintaan lagi.

- Fase V (Merespons "Apa yang kamu inginkan?") mengajarkan bagaimana untuk menjawab pertanyaan.
- Fase VI (Responsif dan berkomentar secara spontan) mengajarkan mengomentari apa yang terjadi di lingkungan sekitarnya.

Dalam penggunaan pendekatan PECS, material yang dibutuhkan cukup murah. Untuk pembuatan kartu simbol atau gambar guru dapat menggambar sendiri, menggunakan foto, atau mengambil gambar dari majalah, koran atau lainnya, yang kemudian kartu tersebut dapat dilaminating agar tahan lama. Alternatif lain dapat menggunakan material resmi milik PECS yang dirancang oleh *Pyramid Educational Consultants.Inc.*

g. Compic (Communication Pictures)

Media *compic* dikembangkan di Melbourne Australia tahun 1980 dan disempurnakan tahun 1994 oleh *COMPIC Development Assc*, yaitu pembelajaran dengan media *compic* dilakukan dengan menggunakan bantuan gambar-gambar atau foto untuk menunjukkan suatu benda, kata, kata sifat, dan lain sebagainya.

Media *compic* digunakan sebagai bantuan visual untuk pemahaman terhadap bahasa yang disampaikan secara verbal dapat lebih jelas, terutama untuk kata-kata atau perintah yang disampaikan secara verbal dapat lebih jelas, terutama untuk kata-kata atau perintah yang abstrak.

Penerapan media *compic* dalam pembelajaran yaitu untuk *labeling* (memberi nama), *matching* (mencocokkan), *sorting* (memilih), urutan menyatakan pilihan, permainan (domino), poster, jadwal, kalimat atau cerita, membuat peta, peraturan, dan lembar Latihan. Tujuan penggunaan *compic* adalah agar mempermudah anak berkebutuhan khusus dalam memahami pelajaran. Panduan membuat COMPIC:

- Gambar sederhana (hanya berupa outline)
- Tidak berwarna (hitam-putih)
- Boleh diberi kode warna berupa garis pada kartu, misal: hijau untuk kata benda, biru untuk kata kerja, dsb.

Compic memiliki beberapa tahapan antara lain yaitu pertama kontak mata, kemudian identifikasi gambar, menyamakan benda dan benda, menyamakan benda dengan foto, menyamakan benda dengan gambar, menyamakan benda dengan *compic*, kemudian baru siap memakai *compic*. Kelebihannya gambar sangat sederhana (simple), bervariasi dan rancangan dapat dibuat berulang-ulang.

Kelemahan *compic* tahapannya sangat banyak sehingga sangat sulit dilakukan pada anak berkebutuhan khusus yang belum bisa kontak mata dan gambar kurang spesifik karena hanya simbol sederhana. Sedangkan *PECS* memiliki tahapan yang jelas dan sesuai dengan tahapan komunikasi pada anak berkebutuhan khusus tanpa ada syarat tertentu dan gambarnya bebas, bisa menggunakan apa saja (Ginanjar 2002). Kelebihan *PECS* yang lain adalah memiliki beberapa tahapan

yang mudah untuk dilakukan dan tidak ada prasyarat khusus untuk melakukannya.

Intervensi ini selain dapat dilakukan dalam pendekatan pembelajaran proses pendidikan di sekolah, juga dapat dilakukan dengan **pendekatan keterampilan medik**, yaitu:

- a. **Terapi Fisik (Fisioterapi) : Fisioterapi** anak adalah penanganan terhadap pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini mulai dari lahir dengan memaksimalkan potensi fisik anak yang bekerja sama dengan orang tua, guru dan layanan keterampilan lainnya. Berupa upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan usia dan kebutuhannya. Anak yang mengalami keterbatasan fisik, mengalami hambatan ketika melakukan aktivitas dan relasi sosial dalam berpartisipasi berdasarkan kesamaan hak dengan anak-anak lainnya. Misalnya mengalami gangguan perkembangan dalam motorik kasarnya. Kadang-kadang tonus ototnya lembek sehingga jalannya kurang kuat. Keseimbangan tubuhnya kurang bagus. Fisioterapi akan sangat banyak menolong untuk menguatkan otot-ototnya dan memperbaiki keseimbangan tubuhnya.
- b. **Terapi Wicara** : beberapa keadaan kebutuhan khusus pada anak mempunyai kesulitan dalam bicara dan berbahasa. Kadang-kadang bicaranya cukup berkembang, namun tidak mampu menggunakannya untuk berkomunikasi/berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini terapi wicara dan berbahasa akan sangat menolong. Diharapkan dapat mengembangkan kemampuan berbicara, bahasa, komunikasi kognitif, dan keterampilan menelan. Seorang terapis wicara dapat mengidentifikasi jenis masalah

komunikasi dan cara terbaik untuk melatih kemampuan berbicara mereka.

- c. **Terapi Okupasi** : Terdapat juga anak yang mempunyai keterlambatan dalam perkembangan motorik halus. Gerak geriknya kaku dan kasar, mereka kesulitan untuk memegang pensil dengan cara yang benar, kesulitan untuk memegang sendok dan menyuap makanan ke mulutnya, dan menggosok gigi saat mandi. Dalam hal ini terapi okupasi sangat penting untuk melatih mempergunakan otot-otot halus dengan benar. Terapi okupasi merupakan salah satu bentuk pendekatan untuk meningkatkan atau mempertahankan kemampuan yang dimiliki (Buchain et al, 2003). Terapi okupasi (Occupational therapy) merupakan suatu ilmu dalam mengarahkan partisipasi seseorang untuk melaksanakan suatu tugas tertentu yang telah ditentukan dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan kemampuan dan mempermudah belajar keahlian atau fungsi yang dibutuhkan dalam tahap penyesuaian diri dengan lingkungan. Juga untuk meningkatkan derajat kesehatan (Budiman & Siahian, 2003).
- d. **Snoezelen** : Snoezelen adalah suatu aktifitas terapi yang dilakukan untuk memengaruhi CNS (Central Nervous System) atau Sistem Saraf Pusat melalui pemberian stimulasi pada sistem sensori primer seperti visual, auditori, taktil, taste, dan smell serta sistem sensori internal seperti vestibular dan proprioceptif dengan tujuan untuk mencapai relaksasi. Snoezelen merupakan metode terapi multisensories. Terapi ini diberikan pada anak yang mengalami gangguan perkembangan motorik, misalnya anak yang mengalami

keterlambatan berjalan. Ruang Snoezelen biasanya dilengkapi dengan Bubble Tube yang berisikan air untuk menstimulasikan anak melalui gelembung air dan permainan cahaya, lampu fiber optic yang aman dipegang, bean bag beraneka ukuran dan bentuk untuk menstimulasi system taktil pada anak, audio system dengan suara yang jernih serta aroma terapi.

- e. **Sensori Integrasi** : Terapi ini diberikan bagi anak yang mengalami gangguan pengintegrasian sensori, misalnya sensori visual, sensori taktil, sensori pendengaran, sensori keseimbangan, pengintegrasian antara otak kanan dan otak kiri, dan lain-lain. Anak di ajarkan berperilaku umum dengan pemberian sistem reward dan punishment. Bila anak melakukan apa yang di perintahkan dengan benar, maka diberikan pujian. Jika sebaliknya anak dapat hukuman jika anak melakukan hal yang tidak benar. Dengan perintah sederhana dan yang mudah di mengerti anak.
- f. **Terapi Perilaku** : merupakan suatu teknik terapi yang bertujuan untuk menghilangkan perilaku-perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial dan membangun perilaku-perilaku baru yang secara sosial bermanfaat dan dapat diterima. Terapi Perilaku juga bertujuan untuk menumbuhkan perilaku baru berupa komunikasi secara spontan dan kemampuan melakukan interaksi sosial dengan orang lain. Terapi perilaku biasanya dilakukan oleh seorang Terapis dengan sistem *one on one* (satu Terapis satu Anak) dengan memberikan instruksi-instruksi singkat yang spesifik, secara jelas dan terus menerus. Meskipun demikian, mengingat perilaku merupakan sesuatu yang ditunjukkan mulai dari seseorang bangun

tidur hingga ia tidur lagi di malam harinya, maka sebaiknya apa yang sedang dibangun oleh seorang Terapis terkomunikasikan kepada semua pihak yang berhubungan dengan anak, mulai dari orang tua, keluarga di rumah, hingga guru di sekolah agar setiap aktivitas yang dijalani anak dimanapun mendukung keberhasilan dari Terapi Perilaku yang dilakukan.

Referensi

- APA. (2020). *Dictionary*. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/intervention>. Casey, LB., dan Carter, SC. (2016) *Applied behavior analysis in early childhood : an introduction to evidence-based interventions and teaching strategies*. Oxon: Taylor & Francis
- Conn-Powers, Michael, dkk. (2006). *The Universal Design of Early Education Moving Forward for All Children*.<http://journal.naeyc.org/btj/200609/ConnPowersBTJ.pdf> (Diakses pada 17 Maret 2021).
- Orkwis. (2003). *Universally Designed Instruction*. ERIC/OSEP Digest. Arlington: ERIC Development Team.
- Suprihatin, Leliana, (2019). Modul 6 Pendidikan Peserta Didik Autis & Berkesulitan Belajar. Kemendikbud.
- Thomas K Cynthia, Jenkins Theodore (2016). *Training Parents to Promote Communication and Social Behavior in Children with Autism: The Son-Rise Program*. Journal of Communication Disorders, Deaf Studies & Hearing Aids, Volume 4 Issue 1.
- Jurnal Intervensi terhadap anak usia dini yang mengalami ADHD melalui pendekatan kognitif Perilaku dan Alderian Play Therapy

Jurnal Therapeutic intervention for children through play : an Overview

TENTANG PENULIS



Dr. Suharsiwi, M. Pd, lahir di Jakarta, 3 September 1969. Pendidikannya dimulai dari SDN 03 Wijaya, Jakarta, Lulus Tahun 1982, Sekolah Menengah Pertama 12 Wijaya Jakarta, Lulus Tahun 1985, Sekolah Menengah Atas 70 Bulungan, Jakarta, Lulus Tahun 1988.

S1 Fakultas Ilmu Pendidikan, IKIP Jakarta, 1993, dan S2 Pascasarjana Universitas Negeri Jakarta, Program Studi PAUD, Tahun 2008. Tahun 2015 lulus jenjang pendidikan S3 di Prodi PAUD Universitas Negeri Jakarta.

Ibu 3 putra dari Muhammad Fatih Al Khair, Muhammad Faiz Al Khair dan Muhammad Faza Al Khair. Dosen tetap di Program Studi Pendidikan Guru Madrasah Ibtidaiyah, Fakultas Agama Islam, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Ciputat, Jakarta. Karir pendidikannya diawali dari mengajar di Pendidikan Guru TK sejak lulus S1, pernah mengelola dan memimpin Sekolah di TK Az-Zahra, Citra Azzahra dan terakhir di TK/SD Muslim Cendekia. Kegiatan organisasi sosial dan kependidikan telah dilakukan sejak SMA, aktif di kegiatan Rohani Islam SMA 70 bulungan, dan tetap aktif dalam kegiatan keagamaan bersama alumni. Mengelola kegiatan yayasan Mukmin Cendekia. anggota Organisasi Muhammadiyah, anggota Asosiasi Ilmuwan Pendidikan Islam Indonesia (AIPII), Forum Ikatan Sarjana dan Mahasiswa Prodi PAUD (ISMAPAUDI), Anggota ADI (Asosiasi Dosen Indonesia), aktif di Forkomnas KPPPA dan Perhimpunan Dosen PGMI.

Aktifitas di kampus sekarang adalah Ketua Program Studi PGMI, Koordinator PIBK (Pusat Inkubator Bisnis Kewirausahaan). Mengajar mata kuliah Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus, Perkembangan Anak, Psikologi Pendidikan, dan Perkembangan Anak. Aktif sebagai peneliti di LPPM (lembaga Penelitian dan Pengembangan) Universitas Muhammadiyah Jakarta. Fokus pada riset tentang anak berkebutuhan khusus, pengembangan keterampilan sosial anak usia dini, dan anak berkebutuhan khusus. Keterterarikan dalam penanganan anak berkebutuhan khusus (ABK) dilakukan sejak mengelola sekolah TK/SD

dengan menyelenggarakan pendidikan inklusif di sekolah, mendirikan Lembaga Pendidikan dan Sosial Interpesona Bayanaka, mendirikan lembaga riset, pendidikan dan pengembangan “Rumahsiwi Institute”. Melakukan kerjasama dalam pengembangan pendidikan ABK di Politeknik Negeri Jakarta, UI Depok. Melakukan kegiatan menyelenggarakan *short course* untuk guru pendamping ABK di sekolah, dan pengembangan kemandirian ABK dewasa, juga parenting orangtua.

Pernah melakukan sharing orangtua anak autis bersama Kharisma di Pekanbaru (2009), Mengisi seminar Deteksi dini masalah tumbuh kembang anak (2012), kerjasama dengan Indotambang dalam peningkatan mutu pendidikan guru PAUD di Tangerang, Bogor, dan Depok (2010 – 2012), mengikuti Seminar International ABK kerjasama UKM – UPI (2012) mempresentasikan hasil penelitian kualitatif dengan judul Interaksi sosial anak autis di SD Kelas Awal, Riset DIKTI pengembangan model keterampilan sosial anak autis, mengembangkan model pembelajaran ‘ACT Me” rintisan bersama TELKOM dan DIKTI, dan media pembelajaran yang dapat di akses di web maritukan.com. Menulis beberapa buku ajar, untuk Guru dan orangtua.



Dr. Weny Savitry Sembiring Pandia, Psi., M.Si

Dosen Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya Jakarta. Konsultan dan psikolog sekolah inklusi dan SLB C Jakarta_Psikolog *associate* klinik penanganan Anak Berkebutuhan Khusus SD Pertamina Cilacap, SMPN 1 Cilacap, SMAN 78 Jakarta.

Jenjang SI_Psikologi Universitas Indonesia , Jenjang S2_ Psikologi Universitas Indonesia, dan Jenjang S3_ Psikologi Universitas Indonesia Mata kuliah yang diampu antara lain: Psikologi Pendidikan, Psikologi Perkembangan, Psikologi Pendidikan Anak Usia Dini, Psikologi Pendidikan bagi Anak Berkebutuhan Khusus, dan Psikologi Inklusi. Minat pada anak usia dini dan anak berkebutuhan khusus serta sekolah inklusi dituangkan melalui penelitian dan publikasi di berbagai jurnal maupun majalah ilmiah. Weny juga kerap memberikan berbagai pelatihan dan seminar terkait pembelajaran di sekolah maupun pengasuhan anak di berbagai sekolah maupun instansi lain. Weny juga aktif mengajar musik bidang piano di sebuah sekolah musik di Jakarta. Karya Ilmiah yang dihasilkan adalah : *Does Inclusive Program Affect School Climate*, Persepsi terhadap Iklim Sekolah Inklusi, Anak berkebutuhan khusus dan teknologi informasi, Well-Being Siswa di Sekolah Inklusi, Sikap Guru terhadap Penerapan Program Inklusif Ditinjau dari Aspek Guru, *Perception of inclusive school climate among students, teachers, and parents*, Teknologi dalam Pembelajaran pada anak Berkebutuhan Khusus, *Desk Review for Children with Disability*, Persepsi Siswa Berkebutuhan Khusus terhadap Iklim SMK Inklusi, Pengembangan Pendidikan Inklusi Melalui Iklim Sekolah yang Positif (Studi pada SMA/SMK di Indonesia) – Tahap 1 Iklim, Sekolah di SD Inklusi Pengembangan Pendidikan Inklusi Melalui Iklim Sekolah yang Positif (Studi pada SMA/SMK di Indonesia) – Tahap 2