

# TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA (STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)

Junita Sipahelut  
Insitut Agama Kristen Negeri Ambon

## *Abstract*

*Occupational therapy is therapy that is carried out through activities or work on children who have sensory-motor conditions disorders. Occupational therapy is a therapy that can improve the fine motor skills of mentally retarded children. The purpose of this study was to improve fine motor skills in students with moderate mental retardation. quantitative-qualitative and the type of experimental research using a Single Subject Research (SSR) research design. In this experimental study, the baseline A-B design was used. Because the A-B design is the basic design in single subject research. With a simple explanation, this baseline logic shows a repetition of behavioral measurements in at least two conditions, namely the baseline condition (A) and the intervention condition (B). The results showed that occupational therapy can improve fine motor skills in students with moderate mental retardation.*

***Keywords: Occupational Therapy, moderate mental retardation, fine motor skills***

## **PENDAHULUAN**

Tuna grahita merupakan kata lain dari Retardasi Mental (*mental retardation*) yang berarti keterbelakangan mental. Tuna berarti merugi sedangkan grahita berarti pikiran. Anak Tuna grahita adalah anak yang mengalami hambatan atau keterlambatan dalam perkembangan mental (fungsi intelektual di bawah teman-teman seusianya) disertai ketidakmampuan / kekuranganmampuan untuk belajar dan untuk meyesuaikan diri. Semuanya itu berlangsung atau terjadi pada masa perkembangannya. Seseorang dikatakan tuna grahita apabila memiliki keterlambatan fungsi kecerdasan secara umum atau dibawah rata-rata,

ketidakmampuan dalam perilaku adaptif dan terjadi selama perkembangan sampai usia 18 tahun.<sup>1</sup>

Anak penyandang tunagrahita harus belajar mengekspresikan diri, belajar berhubungan dengan lingkungan sosialnya, dan harus bisa mengendalikan emosinya, termasuk hal-hal sederhana seperti mandi, menyikat gigi, dan menyisir rambut. Anak tunagrahita bisa mendapatkan pelatihan meskipun sering menjawab dalam waktu lama, juga mendapat pelatihan berbicara, menulis dan membaca. Hal ini berarti anak tunagrahita tidak dapat mencapai kemandirian yang sesuai dengan ukuran standar kemandirian dan tanggung jawab social anak normal lainnya dan juga akan mengalami masalah dalam ketrampilan akademik dan berkomunikasi dengan kelompok usia sebaya sehingga anak tunagrahita membutuhkan bantuan atau bahkan terkadang mereka harus bergantung dengan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

*American Association on Mental Deficiency (AAMD)* mendefinisikan Tunagrahita sebagai suatu kelainan fungsi intelektual umumnya di bawah rata-rata, yaitu IQ 84 ke bawah. Biasanya anak-anak tunagrahita akan mengalami kesulitan dalam “*Adaptive Behavior*” atau penyesuaian perilaku. Hal ini dimungkinkan anak tunagrahita tidak dapat mencapai kemandirian yang sesuai dengan ukuran (*standard*) kemandirian dan tanggung jawab sosial anak normal yang lainnya dan juga akan mengalami masalah dalam keterampilan akademik dan komunikasi dengan kelompok usia sebaya. Para ahli Indonesia menggunakan klasifikasi: 1). Tunagrahita ringan memiliki IQ 50-70. 2). Tunagrahita sedang memiliki IQ 55-40. 3). Tunagrahita berat dan sangat berat memiliki IQ < 30.<sup>2</sup> Bukan hanya kemampuan kognitif saja yang bermasalah bagi anak tunagrahita tetapi juga kemampuan motorik yang perlu dikembangkan. Kekurangan motorik ini dapat terlihat pada cara berjalan, lari, lompat, melempar, menulis dan memotong dan pekerjaan lainnya. Kemampuan motorik terbagi dua yaitu motorik

<sup>1</sup> James S. Payne & James R. Patton, *Mental Retardation* (Ohio: Bell & Howel Company, 1981)

<sup>2</sup> Stella Stillson Slaughter, *The Mentally Retarded Child and His Parent* (New York : Harper and Brothers, 1960). h 22.

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

kasar dan motorik halus. Motorik kasar adalah aktivitas dengan menggunakan otot-otot besar yang meliputi gerak dasar lokomotor, non lokomotor, dan manipulatif, sedangkan yang dimaksud dengan motorik halus adalah kemampuan anak untuk beraktivitas menggunakan otot-otot halus (otot kecil) seperti menulis, menggambar dan lain-lain.<sup>3</sup>

Salah satu cara dalam mengatasi keterlambatan yang terjadi pada anak tunagrahita agar mereka secara optimal dapat mengembangkan ketrampilan yang dibutuhkan untuk menjalani kehidupan yang mandiri dengan melakukan terapi. Terapi okupasi adalah terapi yang dilakukan melalui kegiatan atau pekerjaan terhadap anak yang mengalami gangguan kondisi sensori motor.<sup>4</sup> Terapi okupasi umumnya menekan pada kemampuan motorik halus, selain itu terapi okupasi juga bertujuan untuk membantu seseorang agar dapat melakukan kegiatan keseharian, aktivitas produktifitas dan pemanfaatan waktu luang. Dilihat dari hasil observasi yang peneliti lakukan di SLB Yapenas Yogyakarta Subjek terbilang baru masuk ke sekolah ini, subjek adalah pindahan dari sekolah Negeri di Kudus. Subjek merupakan siswa kelas II SLB di Yogyakarta. Menurut guru kelas, subjek kurang mampu berkonsentrasi, belum mengenal banyak huruf dan angka, subjek belum mengenal warna. Dalam masalah kemandirian, subjek juga kurang mandiri, jika pergi ke sekolah, subjek sering terlambat, subjek juga belum mampu berkomunikasi verbal dengan baik. Jika diberi tugas untuk menulis atau menggambar, subjek belum mampu memahami intruksi, meskipun guru kelas telah memberikan contoh, agar subjek menirukan contoh tersebut. Terlihat juga pada saat guru memberikan ketrampilan meronce manik subjek mengalami kesulitan. Hasil observasi di atas selaras dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan guru-guru pengajar di SLB Yapenas. Wali kelas mengatakan bahwa subjek sulit berkonsentrasi, sulit memegang pensil saat menulis pada buku maupun

<sup>3</sup>Samsudin (2005). *Pengembangan Motorik di Taman Kanak-kanak*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Jakarta.

<sup>4</sup>E. Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. Bandung : Yrama Widya, 2012, h.13.

di papan tulis. Siswa tunagrahita dengan klasifikasi tunagahita ringan terlihat kaku dalam mengerjakan aktivitas tersebut. Berdasarkan permasalahan diatas,peneliti tertarik untuk mengkaji tentang : Terapi okupasi bagi anak tunagrahita di SLB Yapenas Yogyakarta.

### **METODE PENELITIAN**

Pada penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif-kualitatif dan jenis penelitian eksperimental dengan menggunakan rancangan penelitian *Single Subject Research (SSR)*. Pada penelitian eksperimen ini menggunakan desain baseline A-B. Karena desain A-B merupakan desain dasar dalam penelitian subjek tunggal. Dengan penjelasan sederhana, logika baseline ini menunjukkan suatu pengulangan pengukuran perilaku pada sekurang-kurangnya dua kondisi, yaitu kondisi baseline (A) dan kondisi intervensi (B).

Untuk mendapatkan validasi dalam suatu penelitian yang baik, dalam pola desain A-B perlu memperhatikan beberapa hal. Menurut Da”watul Islamiah menjelaskan beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pola desain A-B antara lain :

1. Melaksanakan fase baseline berkaitan dengan meronce manik-manik dan dilanjutkan pengumpulan data pada kondisi baseline (A) secara kontinyu sekurang-kurangnya 3 sampai 5 kali sampai trend level data menjadi stabil.
2. Fase baseline ini memberikan intervensi perubahan saat meronce manik-manik dan menyulam menggunakan media benang, manik-manik, dan jarum. Baseline A akan diukur disaat subjek menulis dan menggambar, dilihat durasi dan kestabilan motorik halus subjek. Kemudian memberikan pengukuran target behavior pada kondisi intervensi (B) secara kontinyu selama periode waktu tertentu sampai trend dan level data menjadi stabil.

Dalam penelitian SSR selalu ada pengukuran target behavior pada fase baseline dan pengurangannya sekurang- kurangnya satu fase intervensi.<sup>5</sup>

1. Baseline A Pengukuran pada fase baseline (A) dilakukan dengan mengamati tingkat perilaku anak tunagrahita sedang menulis dan menggambar Bagaimana cara subjek memegang pensil maupun kapur dengan benar disaat menulis dan menggambar. Kegiatan ini dilakukan untuk mengukur perilaku awal anak dan dilakukan selama 4 sesi, sampai di dapat kestabilan data yang diinginkan.
2. Intervensi (B) Pada intervensi (B) ini, peneliti mengintervensi subjek (anak tunagrahita sedang) dengan cara menjelaskan bentuk kegiatan meronce manik-manik dan menyulam yang akan diberikan pada anak.pemberian intervensi dilakukan selama 6 sesi dengan menggunakan media jarum, benang, dan manik-manik. Perilaku yang di ukur adalah perilaku anak tunagrahita sedang apakah subjek mampu memasukkan benang kedalam lubang manik-manik dan lubang jarum disaat menyulam dengan adanya intruksi dan rangsangan.

Berdasar uraian di atas, diharapkan muncul peningkatan kemampuan meronce dan menyulam anak tunagrahita sedang pada fase intervensi. Sehingga dapat diketahui bahwa penggunaan alat menyulam dan meronce dapat meningkatkan kemampuan motorik halus meronce dan menyulam pada anak tunagrahita sedang. Sehingga dapat memungkinkan untuk menarik kesimpulan bahwa adanya hubungan fungsional antara variabel bebas dan variabel terikat.<sup>6</sup>

## PROSEDUR ASSESMEN DAN PENGAMBILAN DATA

### 1. WAWANCARA

Metode wawancara yang digunakan adalah wawancara semi terstruktur. Wawancara semi terstruktur adalah proses wawancara yang menggunakan panduan wawancara yang berasal dari pengembangan topik. Penggunaan

<sup>5</sup>Sudjana. *Metoda Statistika*. 2005 . Bandung: PT Tarsito Bandung.

<sup>6</sup> Azwar, Saefudin. 2010. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

metode wawancara dipilih karena peneliti dapat menggali informasi secara mendalam kepada guru dan orang tua subjek. Selain itu peneliti juga bisa menggali informasi dari sumber-sumber yang sudah ditentukan seperti teman, guru ekstrakurikuler, dan terapis.<sup>7</sup>

Tabel. 1. Wawancara

<b>Subjek</b>	<b>Waktu</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Tempat</b>
Kepala sekolah	16 Januari 2012	Memperoleh informasi tentang keadaan SLB dan permasalahan yang terjadi pada siswa	Ruang BK
Guru kelas	17, 19, 25, 30, Januari dan 13, 16 Februari 2012	Menggali informasi tentang aktivitas subjek di kelas. Menggali informasi bagaimana pandangan guru kelas terhadap subjek	Ruang kelas
Guru pengajar di SLB	18 Januari 2012	Menggali informasi bagaimana aktivitas subjek di sekolah. Menggali informasi bagaimana pandangan guru subjek kepada subjek.	Di depan ruang kelas
Guru pengajar di SLB	18 Januari 2012	Menggali informasi bagaimana aktivitas subjek di sekolah.	Di depan ruang kelas

<sup>7</sup> Jamaris, M. "Anak Berkebutuhan Khusus: Profil, Asesmen, dan Pelayanan Pendidikan". Bogor: Ghalia Indonesia. (2018)

		Menggali informasi bagaimana pandangan guru subjek kepada subjek.	
Ibu Subjek	19 Feb 2012	Membangun rapport dengan orang tua dan keluarga. Menyampaikan maksud dan tujuan PKPP dan penanganan subjek. Menggali informasi tentang aktivitas subjek di rumah dengan keluarga.	Rumah subjek

## 2. OBSERVASI

Observasi (pengamatan) merupakan sebuah teknik pengumpulan data yang mengharuskan peneliti turun ke lapangan mengamati hal-hal yang berkaitan dengan ruang, tempat, pelaku, kegiatan, benda-benda, waktu, peristiwa, tujuan dan perasaan.<sup>8</sup> Dalam penelitian, penelitian menggunakan teknik observasi pasrtisipasi pasif, dimana peneliti datang ke tempat kegiatan orang yang akan diaamati, tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut.<sup>9</sup> Peneliti akan melakukan observasi hanya kepada anak tunagrahita NP. Observasi dalam hal ini bertujuan untuk melihat perilaku subjek baik di sekolah maupun di rumah. Jenis observasi yang digunakan adalah observasi partisipan dan non partisipan.

<sup>8</sup>M.Djunaidi Ghony dan Fauzan Almanshur, *Metedologi Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-ilmu Sosial*. Jakarta : Salemba Humanika. 2010. h 131

<sup>9</sup>Ibid

Tabel. 2. Observasi

<b>Objek</b>	<b>Waktu</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Tempat</b>
Siswa SLB	17, 18 Jan 2012	Observasi awal untuk menentukan subjek yang akan dijadikan sebagai subjek praktik profesi psikologi	Di sekolah
Subjek	19, 20, 23, 25, 26, 30, 31 Jan 2012 & 1, 2, 7, 13, 19 Feb 2012	Mengamati aktivitas subjek di kelas, di lingkungan sekolah. Mengamati perilaku subjek saat berinteraksi dengan teman-temannya dan guru. Mengamati perilaku subjek saat berada di rumah	Lingkungan sekolah Ruang kelas Rumah subjek

### 3. PSIKOTES

Tes Psikologi merupakan metode tes dapat membantu memperoleh gambaran diri subjek. Kelebihan dari tes adalah bentuknya yang sudah standar, sehingga mengurangi bias yang mungkin muncul selama proses pemeriksaan berlangsung. Proses yang diberikan diubah dalam bentuk skor dan dibuat analisis kuantitatif. Skor yang didapat kemudian diinterpretasi sesuai dengan norma yang ada.<sup>10</sup>

Pemeriksaan psikologis dilakukan untuk melihat kemampuan intelegensi subjek, melihat bagaimana diri subjek sebenarnya, melihat bagaimana hubungan subjek dengan orang-orang yang ada disekitarnya serta untuk melihat bagaimana kemandirian subjek.

Tabel. 3. Psikotes Binet, Grafis dan VSMS

<b>Jenis Tes</b>	<b>Waktu</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Tempat</b>
BINET	10 dan 13 februari 2012	Untuk mengetahui taraf kecerdasan	Univ Mercu Buana,

<sup>10</sup>Widiawati. D. Assesmen Psikologi. 2015. Malang : Licensi.

		subjek	gazebo sekolah
Grafis (HTP, DAP & BAUM)	02 Februari 2012	Untuk mengetahui bagaimana persepsi subjek terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan serta untuk melihat hubungan subjek dengan keluarganya	Ruang kelas
VSMS	08 Februari 2012	Untuk mengetahui taraf kemandirian dalam beraktivitas di kehidupan sehari-hari.	Di sekolah dan di rumah

## HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

### PENGERTIAN TUNAGRAHITA

Tunagrahita merupakan Istilah-istilah yang sering digunakan untuk mereka yang mengalami keterbelakangan mental atau dapat disebut juga dengan *feeble mindedness* (lemah pikiran), *mental subnormality*, cacat mental, defisit mental, bodoh, dungu (Ashman dalam Mangunsong, 2009). Apabila dilihat dari asal katanya, *tuna* berarti merugi sedangkan *grahita* berarti pikiran. Tunagrahita merupakan kata lain dari retardasi mental (*mental reterdation*) yang berarti terbelakang secara mental. Anak tunagrahita adalah bagian dari anak luar biasa. Anak luar biasa yaitu anak yang mempunyai kekurangan, keterbatasan dari anak normal. Sedemikian rupa dari segi: fisik, intelektual, sosial, emosi dan atau gabungan dari hal-hal tadi, sehingga mereka membutuhkan layanan pendidikan

## TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA (STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)

khusus untuk mengembangkan potensinya secara optimal. Jadi anak tunagrahita adalah anak yang mempunyai kekurangan atau keterbatasan disegi mental intelektualnya, dibawah rata-rata normal, sehingga mengalami kesulitan dalam tugas-tugas akademik, komunikasi, maupun sosial, dan karena memerlukan layanan pendidikan khusus.<sup>11</sup> Anak tunagrahita secara signifikan memiliki intelegensi dibawah intelegensi normal. Menurut *American Asociation on Mental Deficiency* (AAMD) dari Grossman mendefinisikan Tunagrahita sebagai suatu kelainan yang fungsi intelektual umumnya di bawah rata-rata, yaitu IQ 84 ke bawah. Biasanya anak-anak tunagrahita akan mengalami kesulitan dalam “*Adaptive Behavior*” atau penyesuaian perilaku. Sesuai dengan pernyataan di atas bahwa anak tunagrahita tidak dapat mencapai kemandirian yang sesuai dengan ukuran (*standard*) kemandirian dan tanggung jawab sosial anak normal yang lainnya dan juga akan mengalami masalah dalam keterampilan akademik dan menunjukkan beberapa kemajuan melalui dukungan atau bimbingan yang tepat. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa:

- a. Anak tunagrahita memiliki kecerdasan dibawah rata-rata sedemikian rupa dibandingkan dengan anak normal pada umumnya
- b. Adanya keterbatasan dalam perkembangan tingkah laku pada masa perkembangan
- c. Terlambat atau terbelakang dalam perkembangan mental dan sosial
- d. Mengalami kesulitan dalam mengingat apa yang dilihat, didengar sehingga menyebabkan kesulitan dalam berbicara dan berkomunikasi
- e. Mengalami masalah persepsi yang menyebabkan tunagrahita mengalami kesulitan dalam mengingat berbagai bentuk benda (*visual perception*) dan suara (*audiotary perception*)
- f. Keterlambatan atau keterbelakangan mental yang dialami tunagrahita menyebabkan mereka tidak dapat berperilaku sesuai dengan usianya

---

<sup>11</sup> Maramis. F. (2005). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Universitas Airlangga

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

**KLASIFIKASI TUNAGRAHITA**

Sebagaimana dengan ketentuan lainnya, kaum professional juga mengklasifikasikan anak dengan tunagrahita berdasarkan tingkat keparahan masalahnya, klasifikasi ini berdasarkan DSM IV yaitu sebagai berikut<sup>12</sup>:

Tabel 3. Klasifikasi Tunagrahita

<b>Nama</b>	<b>IQ</b>	<b>Tingkat</b>	<b>Karakteristik</b>
Debilitas	50/55-70	Retardasi mental ringan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat dilatih dan di didik dalam sekolah khusus</li> <li>2. Pemahaman dan penggunaan bahasa cenderung terlambat.</li> <li>3. Mengalami masalah kemampuan berbicara yang mempengaruhi perkembangan kemandirian (dapat menetap sampai dewasa).</li> <li>4. Dapat disertai autisme, epilepsi, gangguan tingkah laku.</li> </ol>
Imbesillitas	35-50/55	Retardasi mental sedang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak dapat di didik, akan tetapi dapat dilatih</li> <li>2. Tingkat perkembangan bahasa bervariasi (ada yang dapat mengikuti percakapan sederhana, sedangkan yang lain hanya dapat berkomunikasi seadanya untuk kebutuhan dasar mereka.</li> <li>3. Dapat juga ditemukan gangguan</li> </ol>

<sup>12</sup> DSM IV-TR. *Kriteria Diasgnostik*. Untuk Kalangan Sendiri

			lainnya yaitu epilepsi, disabilitas neurologik dan fisik. 4. Kadang-kadang didapatkan gangguan jiwa (harus didiagnosis secara tepat).
Retardasi mental berat	20-25 hingga 35-40	Retardasi mental berat	1. Tidak dapat di didik, tidak dapat dilatih 2. Pada umumnya mirip dengan retardasi mental sedang dalam hal gambaran klinis, kondisi yang menyertai, tingkat prestasi yang rendah. 3. Pada umumnya mengalami gangguan motorik yang mencolok. 4. Menunjukkan adanya kerusakan atau penyimpangan perkembangan yang bermakna secara klinis dari susunan saraf pusat.
Retardasi mental sangat berat	< 20	Retardasi mental sangat berat	1. Pemahaman dan penggunaan bahasa sangat terbatas (biasanya hanya mengerti perintah yang sederhana/dasar dan mengajukan permohonan sederhana). 2. Biasanya ada disabilitas neurologik dan fisik lain yang berat yang mempengaruhi mobilitas seperti epilepsi,

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

			<p>kurangnya daya dengar, gangguan daya lihat.</p> <p>3. Sering ada gangguan perkembangan pervasif dalam bentuk sangat berat khususnya autisme yang tidak khas (<i>atypical autism</i>), terutama pada penderita yang dapat bergerak.</p>
--	--	--	---

Dari klasifikasi di atas dapat dilihat batas-batas tunagrahita menurut tingkat intelegensi serta karakteristik anak dengan tunagrahita.

Selain klasifikasi di atas, masih ada beberapa karakteristik psikologis dan tingkah laku anak tunagrahita. Namun perlu diingat bahwa tidak semua karakteristik dan tingkah laku itu terdapat pada seorang penderita tunagrahita<sup>13</sup>. Banyak keragaman dalam tingkah laku penderita tunagrahita, dimana hal ini menunjukkan keunikan dirinya. Deficit yang dialami anak tunagrahita mencakup beberapa area utama<sup>14</sup>, yaitu:

- a. Atensi (perhatian) sangat diperlukan dalam proses belajar. Seseorang harus dapat memusatkan perhatiannya sebelum mempelajari sesuatu. Tomporowski dan Tinsley menyebutkan bahwa selama bertahun-tahun, banyak penelitian menunjukkan bahwa kesulitan belajar pada mereka yang mengalami keterbelakangan mental, lebih disebabkan karena masalah dalam memusatkan perhatiannya. Anak tunagrahita sering memusatkan perhatian pada benda yang salah, serta sulit mengalokasikan perhatian mereka dengan tepat.

<sup>13</sup> Mangungsong.F. (2009).*Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi UI.

<sup>14</sup> Efendi, D. (2017). ‘ Efektifitas pemberian terapi okupasi: kognitif (mengingat gambar) terhadap peningkatan kemampuan kognitif anak autis usia sekolah di slb autis permata bunda kota Bukittinggi tahun 2017’. Jurusan S1 Keperawatan STIKes PERINTIS Padang

- b. Daya ingat. Kebanyakan dari mereka yang menderita keterbelakangan mental mengalami kesulitan dalam mengingat suatu informasi. Seperti yang Bray, Fletcher, & Turner mengatakan, seringkali masalah ingatan yang dialami adalah berkaitan dengan *working memory*, yaitu kemampuan menyimpan informasi tertentu dalam pikiran sementara melakukan tugas kognitif lain.<sup>15</sup>
- c. Perkembangan bahasa. Warren & Yoder mengungkapkan bahwa secara umum, anak tunagrahita mengikuti tahap-tahap perkembangan bahasa mereka biasanya terlambat muncul, lambat mengalami kemajuan, dan berakhir pada tingkat perkembangan paling rendah. Mereka juga mengalami masalah dalam memahami dan menghasilkan bahasa.<sup>16</sup> Perkembangan bahasa yang buruk dan masalah dalam *self regulation* saling berhubungan. Karena banyak strategi *self regulation* berdasarkan pada dasar-dasar ilmu bahasa. Anak yang buruk keterampilan bahasanya akan terlambat dalam menggunakan taktik *self regulation*-nya.
- d. *Self regulation*. Salah satu alasan yang utama penderita keterbelakangan mental memiliki masalah dalam daya ingatnya adalah. Mereka mengalami kesulitan dalam *self regulation*nya, yaitu kemampuan seseorang untuk mengatur tingkah lakunya sendiri. Jadi bila seseorang diberikan sejumlah daftar kata-kata yang perlu diingat, kebanyakan orang mengulanginya dengan cara menghafal dan menyimpannya dalam ingatan. Keadaan ini menunjukkan bahwa mereka secara aktif mengatur tingkah laku mereka dengan menentukan strategi-nya, seperti mengulang suatu materi. Mereka mengalami kesulitan dalam metakognisi yang berhubungan erat dengan kemampuan tegulasi diri. Metakognisi berarti kesadaran seseorang akan strategi apa yang dibutuhkan untuk melakukan sebuah tugas, kemampuan merencanakan bagaimana menggunakan strategi tersebut, serta mengevaluasi seberapa baik strategi tersebut bekerja.

<sup>15</sup> Ibid

<sup>16</sup> Mangungsong. F. (2009). *Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi UI.

- e. Perkembangan sosial. Anak tunagrahita cenderung sulit mendapatkan teman dan mempertahankan pertemanan tersebut karena setidaknya dua alasan. Pertama, sebagaimana yang ditemukan oleh Kasari & Bauminger bahwa mulai usia pra sekolah, mereka tidak tahu bagaimana memulai interaksi sosial dengan orang lain.<sup>17</sup> Kedua, bahkan ketika mereka tidak sedang berusaha untuk berinteraksi dengan orang lain, mereka mungkin menampilkan tingkah laku yang membuat teman-teman mereka jauh, misalnya karena perhatian yang tidak fokus dan mengganggu. Selain itu, seperti telah disinggung sebelumnya, konsep diri anak tunagrahita buruk dan kemungkinan besar mereka tidak mendapat kesempatan untuk bersosialisasi dengan orang lain.
- f. Motivasi. Masalah-masalah di atas berisiko untuk mengembangkan masalah motivasi. Jika anak cacat mental selalu mengalami kegagalan, maka dapat beresiko untuk mengembangkan kondisi *learned helplessness*, dimana munculnya perasaan bahwa seberapa besarpun usaha mereka, pasti akan menunjukkan kegagalan. Akhirnya, mereka akan cenderung mudah putus asa ketika dihadapkan kepada tugas yang menantang.
- g. Prestasi akademis. Karena adanya hubungan yang erat antara intelegensi dengan prestasi seseorang, maka mereka yang cacat mental akan terhambat dalam semua prestasi akademisnya dibandingkan dengan mereka yang normal. Performa anak-anak cacat mental pada semua area kemampuan akademis berada dibawah rata-rata mereka yang seusia dengannya. Mereka yang cacat mental cenderung menjadi *underachiever* dalam kaitannya dengan harapan-harapan yang didasarkan pada tingkat kecerdasannya.

### **FAKTOR PENYEBAB TUNAGRAHITA**

Mengutip penelitian di Muangthai, maka penyebab keterbelakangan mental adalah: infeksi (17,63%), trauma dan sebab-sebab fisik (11,15%), gangguan atau hambatan metabolisme, pertumbuhan atau gizi (3,73%), *Post*

---

<sup>17</sup> Ibid

*natal*, kerusakan otak (0,51%), pengaruh prenatal yang tidak jelas (7,56%), kelainan kromosom (9,47%), kelahiran dini (3,64%), gangguan psikiatrik (1,87%), deprivasi sosial psikologi (8,95%) dan faktor lain (35,49%)<sup>18</sup>.

Berdasarkan terminologi etiologi dari pada cacat mental, maka dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor penyebab cacat mental atau tunagrahita dapat diklasifikasikan sebagai berikut<sup>19</sup>:

1. Sebab-sebab yang bersumber dari luar, meliputi:
  - a) Malnutrisi pada ibu yang tidak menjaga pola makan yang sehat
  - b) Keracunan atau efek substansi waktu ibu hamil yang bisa menimbulkan kerusakan pada plasma inti (misalnya penyakit sipilis, racun dari kokain, heroin, tembakau dan alkohol.
  - c) Radiasi, misalnya sinar X-ray atau nuklir
  - d) Kerusakan pada otak waktu kelahiran, misalnya lahir karena alat bantu/pertolongan, lahir prematur atau LBW (*Low Birth Weight*).
  - e) Panas yang terlalu tinggi, misalnya pernah sakit keras, typhus, cacar dan sebagainya.
  - f) Infeksi pada ibu, misalnya rubella (campak jerman) yang merupakan penyebab potensial dari keterbelakangan mental.
  - g) Gangguan pada otak, misalnya ada tumor otak, infeksi pada otak.
  - h) Pengaruh lingkungan dan kebudayaan, misalnya pada anak-anak yang dibesarkan di lingkungan yang buruk. Kasus-kasus penolakan atau kurang stimulus yang ekstrim dapat berakibat pada keterbelakangan mental.

<sup>18</sup> Astuti. Menuju Kemandirian Anak Tunagrahita, diakses tanggal 18 Oktober 2017, [http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR.\\_PEND.\\_LUAR\\_BIASA/1948080119740\\_32\\_ASTATI/BAHAN\\_AJARKEMANDIRIAN.pdf](http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_BIASA/1948080119740_32_ASTATI/BAHAN_AJARKEMANDIRIAN.pdf)

<sup>19</sup> Ibid

2. Sebab-sebab yang bersumber dari dalam

Penyebab tunagrahita yang berasal dari dalam adalah faktor keturunan. Sebab ini dapat berupa gangguan pada plasma inti atau *chromosome abnormality*, Mangungson mengemukakan bahwa selama beberapa tahun, terdapat asumsi bahwa faktor-faktor psikososial merupakan penyebab dari mayoritas kasus retardasi mental ringan (*mild*), sedangkan faktor-faktor biologis atau organis merupakan penyebab retardasi mental yang lebih parah (*severe*). Namun beberapa tahun belakangan ini, muncul kecurigaan bahwa banyak kasus tunagrahita/retardasi mental ringan (*mild*) ternyata disebabkan oleh sindrom-sindrom genetik tertentu. Oleh karena itu muncul spekulasi bahwa di masa yang akan datang sindrom-sindrom genetik baru akan ditemukan sebagai penyebab tunagrahita atau retardasi mental ringan (*mild*). Selaras dengan pendapat kartono anak dengan tunagrahita (retardasi mental/amentia) tidak berkembang secara wajar, mengalami hambatan-hambatan sehingga pertumbuhannya jadi abnormal, kondisi ini disebabkan oleh faktor keturunan, suatu penyakit atau akibat luka-luka<sup>20</sup>.

Salah satu pendidikan yang dapat diberikan pada anak tunagrahita adalah pendidikan keterampilan khusus yang berkaitan dengan kemampuan gerak koordinasi motorik dan kemampuan merawat diri sendiri, keterampilan vokasional yang berkaitan dengan bentuk keterampilan sebagai persiapan untuk bekal anak dalam bekerja di masyarakat. Terapi okupasi menurut Kusnanto adalah usaha penyembuhan terhadap seseorang yang mengalami kelainan mental, dan fisik dengan jalan memberikan suatu keaktifan kerja dimana keaktifan tersebut untuk mengurangi rasa penderitaan yang dialami oleh penderita. Menurut Soebadi Terapi okupasi adalah terapi yang melatih gerakan halus dari

<sup>20</sup> Kartono. K (1995). *Psikologi Anak (Psikologi Perkembangan)*. Bandung: CV. Mandar Maju

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

tangan dan integrasi dari gerakan dasar yang sudah dikuasai melalui permainan dan alat-alat yang sesuai.<sup>21</sup>

Tarmansyah menyatakan bahwa terapi okupasi memberikan peluang dan kesempatan bagi anak-anak untuk mengembangkan bakat, daya, inisiatif, daya kreatifitas, kemampuan bercita-cita, berkarsa dan berkarya.<sup>22</sup> Dengan memberikan suatu keaktifan kerja atau berupa kesibukan yang disesuaikan dengan kemampuan individu, khususnya anak tunagrahita dimana anak tunagrahita dapat melakukan tugasnya maka ia merasa mempunyai kebanggaan atau harga diri yang dapat menimbulkan rasa bahagia dan akan mengurangi rasa rendah dirinya, karena terapi okupasi di sini bukanlah usaha penyembuhan semata akan tetapi merupakan perpaduan dari beberapa ilmu diantaranya bidang seni dan pendidikan maupun ilmu dibidang lainnya sehingga dapat membantu anak tunagrahita bukan saja untuk pengobatan fisiknya melainkan perbaikan segi lain seperti sosial, emosi, yang pada akhirnya anak tunagrahita dapat berkembang sebagaimana mestinya.

## DIAGNOSIS

Berdasarkan gejala-gejala yang ditunjukkan oleh subjek selama observasi, wawancara dan pengesanan psikologis yang selanjutnya dihubungkan dengan kriteria diagnosis berdasarkan DSM-IV untuk Tunagrahita (Retardasi Mental), maka dapat didiagnosis bahwa subjek mengalami Tunagrahita Sedang, adapun gejala-gejala utamanya adalah sebagai berikut<sup>23</sup>

No.	Ciri-ciri Tunagrahita Sedang	Kondisi Subjek
1.	IQ 35-50/55	Subjek memiliki IQ 36

<sup>21</sup> Nurlina. (2008). *Terapi Okupasi untuk Keterampilan Pita Rambut Pada Anak Tunagrahita*. Jurnal Pendidikan Luar Biasa, Volume 4, Nomor 1. Hal 47-56.

<sup>22</sup> ibid

<sup>23</sup> DSM IV-TR. *Kriteria Diasgnostik*. Untuk Kalangan Sendiri

		Skala Binet
2.	Tidak dapat di didik, akan tetapi dapat dilatih	Subjek tidak dapat di didik, akan tetapi dapat dilatih, contohnya subjek dapat dilatih untuk pekerjaan-pekerjaan yang menyangkut kebutuhan pribadi subjek seperti mandi, makan, memakai baju, memakai kaos kaki, dan lain sebagainya.
3.	Tingkat perkembangan bahasa bervariasi (ada yang dapat mengikuti percakapan sederhana, sedangkan yang lain hanya dapat berkomunikasi seadanya untuk kebutuhan dasar mereka.	Subjek belum mampu berkomunikasi dengan baik. Apabila diajak berkomunikasi, terkadang subjek belum mengerti intruksi atau maksud dari lawan bicaranya, sehingga lawan bicara subjek masih harus mengulang perkataannya.
4.	Defisit gangguan yang terjadi secara bersama-sama dengan fungsi adaptif, (yaitu efektivitas orang tersebut memenuhi strandart yang diharapkan menurut umumnya berdasarkan kelompok kultural) pada paling kurang dua bidang berikut: komunikasi, perawatan	Subjek masih sulit berkomunikasi, belum mampu merawat diri sendiri, seperti mandi tanpa pengawasan, buang air besar., kontrol diri yang kurang baik, seperti sering keluar rumah tanpa pamit,

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

	diri, kehidupan di rumah, keterampilan interpersonal atau sosial, menggunakan sumber komunitas, mengatur diri sendiri, keterampilan akademik, fungsional, pekerjaan, liburan, kesehatan dan keselamatan. Onset ini sebelum usia 18 tahun.	kehujanan, jatuh dan hampir tertabrak dikarenakan subjek kurang hati-hati saat berjalan.
5.	Dapat juga ditemukan gangguan lainnya yaitu epilepsi, disabilitas neurologik dan fisik. Kadang-kadang didapatkan gangguan jiwa (harus didiagnosis secara tepat).	-

Penelitian ini merupakan penelitian yang dilakukan di kalangan mahasiswa. Hasil penelitian menggambarkan bahwa (1) dukungan sosial mahasiswa di Kota Ambon dalam prokrastinasi akademik penulisan skripsi termasuk kategori tinggi, yakni 66 mahasiswa, dan (2) hubungan antara dukungan sosial dan prokrastinasi akademik menunjukkan hubungan negatif sebesar  $-0,305$  atau  $30,5\%$ . Artinya,  $69,5\%$  mahasiswa mempunyai perilaku prokrastinasi karena belum mendapat dukungan sosial dari teman yang signifikan, bahkan ada faktor-faktor lain yang memengaruhi perilaku prokrastinasi dimaksud. Karenanya, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi bagi perguruan tinggi sebagai acuan dalam upaya membantu mahasiswa mengembangkan kemampuan di bidang akademik dan minimalisasi permasalahan yang ada akibat prokrastinasi akademik. Berdasarkan dari hasil penelitian diketahui bahwa pada fase Baseline (A), NP mengalami perilaku kemampuan yang kurang saat menulis dan menggambar. Pada saat proses belajar mengajar guru selalu membantu NP untuk dapat menggoreskan pensil maupun kapur dengan benar. Pada fase-fase intervensi ini dilaksanakan selama 13 kali pertemuan.

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

Perlakuan yang diberikan pada fase Intervensi (B) dimana peneliti memberikan perlakuan berupa latihan merangsang motorik halus subjek dengan media menyulam dan meronce manik-manik. Fase intervensi (B), ini peneliti memberikan perlakuan terapi okupasi meronce dan menyulam, dimana NP akan melatih motorik halusnya saat memasukkan benang ke dalam jarum maupun memasukkan manik-manik. Pemberian perlakuan terapi okupasi dilakukan selama 13 kali pertemuan, dimana subjek dilatih oleh terapis saat intervensi. Subjek pada hari pertama sampai hari ketiga, di ajarkan untuk memasukkan benang ke dalam jarum. Terkadang saat istirahat jari-jemari subjek direlaksasi, setelah relaksasi subjek akan belajar memasukkan benang ke dalam jarum. Perlakuan tersebut akan terus dilakukan subjek sampai subjek berhasil memasukkan benang ke dalam jarum, setelah berhasil akan dilanjutkan ke tahap kedua yaitu menusuk jarum ke kain yang sudah ada pola gambar garis. Tahap selanjutnya yaitu membuat pola gambar 1, 2 dan 3. 13 kali diintervensi subjek terlihat memiliki peningkatan yang baik dari sebelumnya walaupun tidak sempurna seperti anak normal lainnya.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Nurlina yaitu terapi okupasi yang dipraktekkan melalui kegiatan keterampilan pita rambut. Keterampilan pita rambut ini dapat membantu anak memaksimalkan fungsi gerak tangan dan daya konsentrasinya yang mana gerak yang digunakan adalah sendi dan otot-otot kecil.<sup>24</sup> Dalam hal ini menyulam mempunyai fungsi yang sama yaitu memaksimalkan fungsi gerak tangan dan daya konsentrasi subjek sehingga subjek dapat memainkan keterampilan tersebut dengan baik dan teliti.

Terapi okupasi menyulam ini bertujuan untuk melatih gerak motorik halus subjek melalui persendian, koordinasi antara mata dengan tangan. Menurut Soebadi terapi okupasi adalah terapi yang melatih gerakan halus dari tangan dan integrasi dari gerakan dasar yang sudah di kuasai melalui permainan dan alat-alat yang sesuai, selanjtnya menurut Smart tujuan proses pembelajaran pada terapi ini adalah untuk menumbuh kembangkan atau meningkatkan kompetensi dan

---

<sup>24</sup> Nurlina. (2008). *Terapi Okupasi untuk Keterampilan Pita Rambut Pada Anak Tunagrahita*. Jurnal Pendidikan Luar Biasa, Volume 4, Nomor 1. Hal 47-56.

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

koordinasi, kekuatan dan kecepatan, ketangkasan, keseimbangan, masalah gerak dan sikap anak-anak penyandang tunagrahita tersebut<sup>25</sup>.

Pada terapi okupasi menyulam, siswa diajarkan untuk melatih kemampuan motorik halusnya melalui kegiatan menyulam, dalam kegiatan menyulam tersebut siswa diminta untuk memasukkan jarum ke dalam benang, menjiplak motif, memasang pemindangan hingga menyulam kain yang sudah dijiplak. Aktivitas tersebut membutuhkan konsentrasi dan kelenturan lengan serta koordinasi yang baik antara keduanya. Apabila hal tersebut diulang berkali-kali, pada akhirnya terapi okupasi tersebut dapat meningkatkan kemampuan motorik halus siswa dan nantinya diharapkan terapi okupasi menyulam ini menjadi keterampilan siswa sehingga apabila nantinya siswa telah lulus dari SLB, siswa dapat mengembangkan kemampuan menyulamnya menjadi suatu keahlian yang dapat menopang kehidupan siswa di masa mendatang.<sup>26</sup>

Berdasarkan dari penemuan peneliti pada fase Baseline (A) dan pendapat ara ahli diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa anak tunagrahita sedang mengalami hambatan motorik halus sehingga anak tunagrahita sedang saat menulis dan menggambar memiliki keterbatasan sehingga memerlukan orang lain untuk menuliskan goresan pensil dengan benar. Oleh karena itu, berdasarkan temuan peneliti, peneliti memberikan perlakuan berupa terapi okupasi menyulam dan meronce manik-manik.

Fase Baseline (A) yang telah dilakukan selama 4 pertemuan ini hanya mengamati kemampuan subjek menulis dan menggambar tanpa perlakuan. Kemudian dari fase Baseline (A) ini didapat data yang menunjukkan bahwa subjek saat menulis dan menggambar masih memerlukan bantuan dari orang lain. Pertemuan ke 5-13 subjek diberikan perlakuan yaitu terapi okupasi menyulam dan meronce. Kegiatan meronce dan menyulam tidak diperlakukan pada hari yang

<sup>25</sup> Zuldi, M. H. (2017). 'Evaluasi hasil terapi okupasi bagi anak tunagrahita di yayasan

<sup>26</sup> Yuemi, C.P., (2015). 'Terapi okupasi: diorama gambar terhadap kemampuan motorik halus pada anak retasi mental ringan, vol 2(2), p. 54-60.

sama melainkan hari yang berbeda. Hal ini dilakukan agar subjek tidak mengalami kebosanan.

## INTEGRASI DATA

Berdasarkan data hasil assesmen, maka dapat diuraikan secara keseluruhan gambaran dalam diri subjek berdasarkan *Domain Oriented Model* di bawah ini:

### 1. Domain Perilaku

Dilihat dari hasil rapor, subjek mampu mengenal sopan santun dengan baik, akan tetapi masih perlu ada bimbingan dari guru maupun orangtua. Kemudian masih menurut hasil raport, subjek dapat membiasakan diri mematuhi tata tertib di sekolah, akan tetapi masih membutuhkan bimbingan. Hal tersebut selaras dengan pendapat guru pengajar subjek, bahwasanya subjek merupakan anak yang sopan, dan penurut kepada guru di sekolah. Kemudian dari hasil tes VSMS, subjek sudah mampu melakukan keperluannya sendiri seperti jajan atau belanja dengan ringan, mandi sendiri (dengan pengawasan), berpakaian tanpa perlu mengikat atau simpul, pergi ke tetangga tanpa perlu pengawasan, mencuci tangan tanpa dibantu, membantu pekerjaan rumah tangga yang ringan seperti menyapu, dan lain sebagainya.

### 2. Domain Kognitif

Secara kognitif, subjek memiliki IQ 36 skala Binet, dari tes ini diketahui bahwa subjek memiliki taraf intelegensi dibawah rata-rata anak seusia subjek yang dikategorikan imbesilitas atau tunagrahita sedang (retardasi mental sedang). Hasil tes tersebut selaras dengan hasil tes grafis yang mengindikasikan bahwa subjek belum memiliki kemampuan untuk memahami intruksi dari tester, hasil tersebut berkaitan dengan taraf intelegensi subjek yang berada di bawah rata-rata anak seusia subjek. Akan tetapi subjek sudah mulai mampu mengurutkan bilangan 1-10, mampu mengenal alat-alat di dalam kelas, dapat menyebutkan suber energi, mewarnai gambar, menata manik-manik serta dapat melakukan beberapa hal yang berkaitan dengan keperluan subjek pribadi seperti memakai

sepatu, kaos kaki, baju, kerudung, memasukkan dan mengeluarkan buku pelajaran. Menurut guru kelas, subjek merupakan anak yang sulit untuk berkonsentrasi, sehingga apa yang ditruksikan oleh guru tidak sesuai dengan apa yang subjek kerjakan. Walaupun beberapa aktivitas sudah dapat subjek lakukan sendiri, akan tetapi subjek masih sangat membutuhkan bimbingan dalam kehidupan sehari-hari.

### 3. Domain Sosial-Emosi

Secara sosial, dari hasil wawancara yang dilakukan kepada guru SLB, guru kelas subjek, observasi serta hasil tes VSMS, subjek merupakan anak yang memiliki sosial cukup baik, subjek merupakan anak yang baik hati, pemaaf dan sangat peduli terhadap teman. Menurut guru kelas subjek, subjek sering membagikan makanan kepada teman, sering mengelus dan merayu teman yang sedang sedih dan menagis, kemudian apabila subjek bertengkar atau diganggu oleh teman, tidak jarang subjek meminta maaf terlebih dahulu, padahal yang salah adalah teman subjek. kemudian dari hasil observasi yang dilakukan di rumah, pada saat ibu membeli bakso untuk subjek, subjek hendak memberikan bakso yang dia miliki untuk kakaknya. Hal tersebut selaras dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan guru kelas subjek. Secara emosi, menurut hasil wawancara yang dilakukan dengan ibu, subjek masih sering ngambek apabila hal yang subjek inginkan tidak dituruti. Pernyataan ibu tersebut selaras dengan pendapat guru di sekolah, akan tetapi menurut guru kelas, apabila diperingati oleh guru, subjek kembali duduk tenang.

### 4. Domain Kepribadian

Secara pribadi, subjek merupakan anak yang pemaaf dan baik hati, senang berbagi dengan teman dan memiliki empati yang tinggi. Hal tersebut terlihat saat subjek berinteraksi dengan teman di sekolah, subjek tidak segan meminta maaf terlebih dahulu pada teman yang telah mengganggu subjek, padahal teman subjek yang bersalah. Subjek juga sering membagikan makanan yang subjek bawa kepada teman. Hasil observasi tersebut selaras dengan pendapat guru di

## TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA (STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)

kelas, bahwasanya secara pribadi, subjek merupakan anak yang baik dan penurut. Walau terkadang subjek sering mencari perhatian terhadap guru atau orang baru yang datang.

### BAGAN DINAMIKA PSIKOLOGIS

#### POTENSI SUBJEK:

Subjek merupakan individu yang memiliki sosial yang tinggi dalam bergaul dengan teman-temannya, senang berbagi dengan orang lain, salah satu contohnya adalah sering berbagi makanan dengan temannya.

### SUBJEK

#### FAKTOR PENYEBAB :

1. kemampuan Intelektual subjek/ IQ 36 skala Binet.
2. Virus yang pernah menyerang subjek pada usia 1 tahun.
3. Pernah jatuh dari lantai 2 pada saat subjek berusia 4 tahun. Setelah jatuh, subjek yang awalnya mulai bisa berkomunikasi, menjadi sulit berkomunikasi
4. Pada saat ibu mengandung subjek, ibu susah untuk makan sehingga kurang asupan nutrisi pada janin.

#### PERILAKU SUBJEK:

1. Kurang konsentrasi
2. Belum mampu membaca, memahami huruf dan angka.
3. Belum lancar berkomunikasi.
4. Kurang rapi dan kurang bersih.
5. Sering terlambat datang ke sekolah .
6. Belum mandiri, seperti: mandi dengan pengawasan, masih dibantu buang air besar.

#### DIAGNOSA

##### Tunagrahita Sedang:

ciri-ciri menurut DSM-IV TR, IQ 35-50/55, fungsi intelektual di bawah rata-rata, defisit gangguan yang terjadi secara bersama-sama dengan fungsi adaptif, (yaitu efektivitas orang tersebut memenuhi standart yang diharapkan, pada paling kurang dua bidang berikut: komunikasi, perawatan diri, kehidupan di rumah, keterampilan interpersonal atau sosial, menggunakan sumber komunitas, mengatur diri sendiri, keterampilan akademik, fungsional, pekerjaan, liburan, kesehatan dan keselamatan.

#### INTERVENSI:

*Intervensi yang diberikan*  
subjek : terapi okupasi  
orangtua dan guru : konseling

*Intervensi yang disarankan*  
Orangtua : membawa subjek pada neurolog, menerima kondisi subjek, membimbing untuk lebih memahami tanggung jawab.

Guru : Melanjutkan intervensi yang telah diberikan kepada subjek, mengajarkan huruf dan angka, membuat pertemuan rutin antara guru dan orangtua.

Evaluasi intervensi : Mampu lebih berkonsentrasi, mampu mengenal beberapa huruf dan angka

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Intervensi Yang Disarankan

#### 1. Saran Untuk Pihak Sekolah

Adapun intervensi yang dapat disarankan bagi pihak sekolah khususnya wali kelas subjek berkaitan dengan permasalahan yang dihadapi oleh subjek adalah :

- a. Melanjutkan metode intervensi yang telah diberikan dalam membantu subjek meningkatkan konsentrasi yang dimiliki subjek. Metode intervensi yang telah diberikan tersebut berupa terapi okupasi. Guru dapat memberikan terapi okupasi dengan berbagai variasi atau jenis, seperti terapi okupasi membuat pita rambut, memasukkan benang ke dalam jarum, memasukkan kelereng ke dalam botol, bermain puzzle, berlatih menangkap dan melempar bola, meronce manik-manik, menggambar atau menulis menggunakan pencil atau pencil warna guna melatih motorik halus subjek atau yang berkaitan dengan kemandirian subjek seperti makan, minum, mandi, berpakaian dan lain sebagainya. Terapi okupasi ini ditekankan pada tujuannya yaitu mengasah kemampuan motorik kasar dan halus, kemampuan mengurus diri sendiri, kemampuan persepsi yang baik, kemampuan sosialisasi yang baik, serta kemampuan dalam bekerja yang berkaitan dengan skill sebagai bekal hidup. Terapi ini juga diharapkan dapat melatih konsentrasi subjek, agar subjek dapat berkonsentrasi lebih lama dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
- b. Mengenalkan angka dan huruf kepada subjek sehingga akhirnya subjek mampu mengenal huruf dan dapat menggabungkannya.
- c. Pihak sekolah diharapkan bisa secara rutin melakukan pertemuan formal dengan orangtua guna membicarakan kemajuan atau hambatan yang dialami oleh para siswa, sehingga orangtua dapat mengetahui kemajuan anak dan

mengetahui apa yang harus dilakukan orangtua agar dapat mengasah dan melatih kemampuan anak di rumah.

2. Bagi orangtua

- a. Intervensi yang disarankan berhubungan dengan komunikasi verbal subjek yang kurang baik, subjek disarankan untuk dibawa kepada ahli saraf atau neurolog. Hal ini bertujuan untuk melihat apakah ada gangguan pada bagian saraf yang berhubungan dengan kemampuan berbicara subjek.
- b. Orangtua dan keluarga diharapkan dapat memberikan perhatian lebih intens kepada subjek berkaitan dengan kemandirian subjek serta pola belajar subjek, sehingga apa yang diajarkan guru di sekolah dapat dilanjutkan oleh orangtua di rumah, dengan harapan subjek mampu mengingat pelajaran yang diajarkan di sekolah (mengingat kembali).
- c. Sebaiknya pihak keluarga atau orangtua juga mengetahui kondisi ideal subjek untuk belajar dan apa saja yang bisa membantu subjek belajar seperti buku gambar yang terdapat huruf dan unsur kata, alat tulis seperti pencil warna dan lain sebagainya.
- d. Selain guru pengajar di sekolah, orangtua hendaknya juga memberikan terapi okupasi di rumah, permainan-permainan untuk melatih motorik halus dan kasar, seperti menangkap bola, meronce manik-manik, membuat pita rambut, memasukkan benang ke dalam jarum, bermain puzzle, dan keterampilan yang berkaitan dengan kebutuhan pribadi seperti, mandi, buang air, makan, memakai baju, sepatu, merapikan tempat tidurnya sendiri tanpa bantuan orang lain. Hal tersebut diharapkan agar subjek mampu mandiri tanpa dibantu oleh orang lain.
- e. Berkaitan dengan kedisiplinan subjek saat berangkat ke sekolah. diharapkan orangtua dapat mengantar subjek lebih pagi (tidak terlambat) karena subjek merupakan individu yang kurang dapat berkonsentrasi, jadi diharapkan apabila subjek datang tepat waktu, guru dapat memaksimalkan proses pembelajaran di sekolah, karena apabila subjek sering terlambat, subjek

**TERAPI OKUPASI BAGI ANAK TUNAGRAHITA  
(STUDI KASUS DI SLB YOGYAKARTA)**

---

melewatkan saat-saat belajar yang efektif di sekolah (pagi sebelum istirahat). Hal ini diharapkan agar orangtua bisa bekerjasama membantu guru di sekolah guna mengantarkan subjek ke arah yang lebih baik sesuai dengan keinginan bersama.

**KEPUSTAKAAN**

2017, [http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR.PEND.\\_LUAR\\_BIASA/194808011974032-ASTATI/BAHAN\\_AJARKEMANDIRIAN.pdf](http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR.PEND._LUAR_BIASA/194808011974032-ASTATI/BAHAN_AJARKEMANDIRIAN.pdf)

Efendi, D. (2017). ‘ Efektifitas pemberian terapi okupasi: kognitif (mengingat gambar) terhadap peningkatan kemampuan kognitif anak autisme usia sekolah di slb autisme permata bunda kota Bukittinggi tahun 2017’. Jurusan S1 Keperawatan STIKes PERINTIS Padang.

DSM IV-TR. *Kriteria Diagnostik*. Untuk Kalangan Sendiri

Geldard, K. 2008. *Teknik Konseling*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Gustiana. A. D. (2011). *Pengaruh Permainan Modifikasi Terhadap Kemampuan Motorik Kasar dan Kognitif Anak Usia Dini*. (Studi kuasi eksperimen pada kelompok B TK Kartika dan TK Lab. UPI). Edisi khusus No. 2. ISSN 1412-565X.

Gusril. Dkk. (2006). *Model Pengembangan Motorik Siswa Sekolah Dasar*. *Jurnal Pembelajaran*. Diterbitkan Universitas Negeri Padang Vol. 29, No. 02 Agustus.

Haryani. P & Dewi. K. (2013). *Efektivitas Penerapan Terapi Bermain Bola Untuk Meningkatkan Kemampuan Motorik Kasar Pada Tunagrahita Ringan Kelas 1 SMPLB*. *Jurnal Penelitian Psikologi* Volume 1, Nomor 2. Hal 3-10.

Kartono. K (1995). *Psikologi Anak (Psikologi Perkembangan)*. Bandung: CV. Mandar Maju

Kartono. K. (2009). *Psikologi Abnormal Dan Abnormalitas Seksual*. Bandung: Mandar Maju

Maramis. F. (2005). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Universitas Airlangga

- Mangungsong.F. (2009).*Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi UI.
- Nurlina. Jurnal Pendidikan Anak Luar Biasa. *Terapi Okupasi Untuk Keterampilan Pita Rambut Pada Anak Tunagrahita*. April 2008. Volume 4. Nomor 1
- Samsudin. (2005). *Pengembangan Motorik di Taman Kanak-kanak*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Jakarta.
- Safaria. T & Saputra. E. (2009). *Managemen Emosi (Sebuah Panduan Cerdas Bagaimana Mengelola Emosi Positif Dalam Hidup Anda)*. Jakarta: Bumi Aksara
- Soetjiningih. (1994). *Tumbuh Kembang Anak*. Universitas Airlangga Surabaya: Surabaya
- Sudjana. 2005. *Metoda Statistika*. Bandung: PT Tarsito Bandung.
- Sukinah. (2012). *Terapi Okupasi. Pendidikan Luar Biasa FIP UNY. Power Point Bahan Ajar*
- Yuemi,C.P., (2015). ‘Terapi okupasi: diorama gambar terhadap kemampuan motorik halus pada anak retasi mental ringan, vol 2(2), p. 54-60.
- Zuldi,M. H. (2017). ‘Evaluasi hasil terapi okupasi bagi anak tunagrahita di yayasan