

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Anak Berkebutuhan Khusus

2.1.1 Definisi Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus merupakan sekumpulan anak- anak yang memiliki karakteristik yang berbeda dari individu lain yang dipandang normal oleh masyarakat pada umumnya. Secara khusus anak berkebutuhan khusus memiliki karakteristik berupa fisik, intelektual, dan emosional yang berbeda baik lebih rendah atau lebih tinggi dari anak normal sebayanya atau berada di luar standar normal yang ada di masyarakat. Hal itulah yang menyebabkan mereka menjadi kesulitan dalam meraih kesuksesan baik dalam segi sosial, personal, maupun aktivitas pendidikan (Bachri, 2010).

Menurut Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia (2013), menjelaskan bahwa anak berkebutuhan khusus merupakan anak yang memiliki keterbatasan dan keluarbiasaan baik pada segi fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibanding dengan anak-anak lain yang seumuran dengannya.

2.1.2 Faktor Penyebab

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya anak berkebutuhan khusus, dilihat dari waktu kejadiannya dapat dibagi menjadi 3 klasifikasi, yaitu Pre-Natal, Peri-Natal, dan Pasca-Natal (Desiningrum, 2016).

1. Pre-Natal

Kelainan anak ini terjadi pada masa dalam kandungan atau sebelum proses melahirkan. Kejadian tersebut dapat terjadi karena faktor internal yaitu faktor genetik dan keturunan, atau faktor eksternal yaitu ibu yang perdarahan karena mengalami kecelakaan seperti jatuh saat hamil atau karena terbentur kandungannya, atau memakan obat-obatan atau makanan yang dapat mencederai janin dan akibat dari janin yang kekurangan gizi.

2. Peri-Natal

Dapat disebut juga fase Natal, waktu terjadinya kelainan pada saat proses melahirkan atau menjelang serta sesaat setelah kelahiran. Misalnya kelahiran yang sulit, tindakan yang tidak tepat, lahir prematur, persalinan yang tidak spontan, BBL rendah, infeksi karena sang ibu mengidap Sifilis.

3. Pasca-Natal

Terjadi kelainan setelah anak dilahirkan sampai sebelum usia perkembangan selesai (kurang lebih pada usia 18 tahun). Ini

terjadi karena kecelakaan, keracunan, kejang, diare semasa bayi, dan tumor otak.

2.1.3 Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus

Pada anak berkebutuhan khusus, terdapat berbagai kelainan yang ada pada permasalahan ini. Semua jenis anak berkebutuhan khusus ini dapat diklasifikasikan menjadi beberapa macam.

Menurut IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act Amendments*) (1997) dan ditinjau kembali pada tahun 2004: secara umum, klasifikasi dari anak berkebutuhan khusus yaitu:

1. Anak dengan Gangguan Fisik:

- a. Tunanetra, merupakan anak yang memiliki masalah pada indera pengelihatannya (*blind/low vision*) sebagai saluran penerima informasi dalam kegiatan sehari-hari seperti orang awas.
- b. Tunarungu, merupakan anak yang kehilangan sebagian atau seluruh daya pendengarannya sehingga tidak atau kurang mampu berkomunikasi secara verbal.
- c. Tunadaksa, merupakan anak yang mengalami kelainan atau cacat yang menetap pada alat gerak (tulang, sendi dan otot).

2. Anak dengan Gangguan Emosi dan Perilaku:

- a. Tunalaras, yaitu anak yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri dan bertingkah laku tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku.

- b. Tunawicara, yaitu anak yang mengalami kelainan suara, artikulasi (pengucapan) atau kelancaran bicara, yang mengakibatkan terjadi penyimpangan bentuk bahasa, isi bahasa, atau fungsi bahasa.
- c. Hiperaktif, secara psikologis hiperaktif merupakan gangguan tingkah laku yang tidak normal, dikarenakan disfungsi neurologis dengan gejala utama tidak mampu mengendalikan gerakan dan memusatkan perhatian.

3. Anak dengan Gangguan Intelektual:

- a. Tunagrahita, yaitu anak yang secara nyata mengalami hambatan dan keterbelakangan perkembangan mental dengan nilai intelektual jauh dibawah rata-rata sehingga mengalami kesulitan dalam tugas-tugas akademik, komunikasi maupun sosial.
- b. Anak lamban belajar (*slow learner*), yaitu anak yang memiliki potensi intelektual sedikit di bawah normal tetapi belum termasuk tunagrahita (biasanya memiliki IQ sekitar 70-90).
- c. Anak berkesulitan belajar khusus, yaitu anak yang secara nyata mendapatkan kesulitan dalam tugas-tugas akademik khusus, terutama dalam hal kemampuan membaca, menulis dan berhitung atau matematika.
- d. Anak berbakat, adalah anak yang memiliki bakat atau kemampuan dan kecerdasan luar biasa yaitu anak yang memiliki

potensi kecerdasan (intelegensis), kreativitas, dan tanggung jawab terhadap tugas potensinya menjadi prestasi nyata, memerlukan pelayanan pendidikan khusus.

- e. Autisme, yaitu gangguan perkembangan anak yang disebabkan oleh adanya gangguan pada sistem syaraf pusat yang menyebabkan mereka mengalami gangguan dalam interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.
- f. Indigo merupakan manusia yang sejak lahir memiliki kelebihan khusus yang tidak dimiliki manusia pada umumnya.

2.1.4 Deteksi Dini Anak Berkebutuhan Khusus

Deteksi awal anak berkebutuhan khusus dibutuhkan agar penanganan dapat dilakukan sedini mungkin. Berikut adalah beberapa langkah deteksi yang dapat dilakukan (Desiningrum, 2016):

1. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan, yaitu untuk menemukan atau mengetahui status gizi apakah kurang atau buruk pada anak.
2. Deteksi dini penyimpangan mental emosional, yaitu untuk mengetahui apakah ada masalah pada mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian serta hiperaktivitas.
3. Deteksi dini penyimpangan perkembangan, yaitu untuk mengetahui gangguan pada perkembangan anak (keterlambatan bicara dan berjalan), gangguan daya lihat, dan gangguan daya dengar.

2.1.5 Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus

1. Anak disabilitas pengelihatan
 - a. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis.
 - b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.
 - c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
 - d. Orangtua, keluarga membantu anak di rumah dalam mengerjakan tugas sekolah yang diberikan atau mengulang pelajaran yang diterima.
2. Anak disabilitas pendengaran
 - a. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis.
 - b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.
 - c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
 - d. Biasakan untuk menarik perhatian anak terhadap bunyi-bunyi lingkungan yang sering terjadi seperti orang yang mengetuk pintu, suara telepon, suara motor, bunyi mesin mobil, dan sebagainya.

- e. Biasakan agar orangtua tetap mengajak bicara anak dengan berhadapan muka agar wajah dan gerak bibir orangtua terlihat jelas.

3. Anak disabilitas intelektual

- a. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis.
- b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.
- c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
- d. Mengajarkan sesuatu secara bertahap dan berulang ulang.
- e. Perlu diingat, bahwa kebutuhan biologis anak dengan disabilitas intelektual sama dengan anak lainnya, hanya saja mereka tidak mengerti bagaimana mengatasi bila rasa tersebut timbul dan apa yang harus mereka lakukan. Untuk itu orangtua, keluarga harus memberikan contoh tentang sikap dan nilai berperilaku yang baik.

4. Anak disabilitas fisik

- a. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis secara rutin, karena jika tidak maka tubuh anak bisa bertambah kecacatannya (bengkok, mengecil, kaku).
- b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.

- c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak. Saat ini banyak anak tunadaksa yang dapat berprestasi berhasil seperti anak lain sebayanya.
 - d. Memerlukan latihan rutin, dan menggunakan alat bantu untuk mencegah bertambahnya kecacatan dan memudahkan melakukan kegiatan sehari-hari.
5. Anak disabilitas sosial
- a. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis.
 - b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.
 - c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
 - d. Orangtua, keluarga harus memberikan contoh tentang sikap dan nilai, dan perilaku baik yang bisa menjadi tauladan bagi anak.
6. Anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif
- a. Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medis.
 - b. Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.
 - c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.

- d. Pemakaian obat tidak menjadi satu-satunya cara penanganan, bisa menggunakan pendekatan kejiwaan dalam upaya perbaikan kondisi anak.
 - e. Membangun suasana emosi positif dalam mendampingi anak, sehingga secara psikologis anak merasa dirinya lebih diterima.
 - f. Memberi perhatian positif dan mengajak anak berperilaku baik.
 - g. Memberi perintah yang efektif dan langsung ke tujuan.
7. Anak dengan gangguan spektrum autisme
- a. Konsultasikan kepada tenaga ahli (dokter, psikolog, tenaga pendidik) untuk mendapatkan informasi, diagnosa dan rekomendasi untuk penanganan lebih lanjut.
 - b. Mencari tahu kebutuhan anak sesuai dengan perkembangannya, tingkat sensitivitas terhadap rangsang gerak, penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.
 - c. Mencari tahu kebutuhan sensori, diet, biomedis, dan lain sebagainya yang bisa dilakukan di rumah.
 - d. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
 - e. Melibatkan anak dalam aktivitas sederhana di rumah seperti mencuci piring, menyiram tanaman, menyapu rumah, merapikan pakaian, dan lain sebagainya sesuai kemampuannya.

- f. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan, misalkan ruangan untuk bergerak secara bebas, alat bantu belajar, dan lain sebagainya.
 - g. Dalam menentukan pendidikan pada anak, harus melihat tingkat kecerdasan dan intensitas gejala autisnya, karena setiap anak autis berbeda.
8. Anak dengan gangguan ganda
- a. Berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, tenaga pendidik, tenaga sosial dan instruktur keterampilan.
 - b. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan anak, misalnya ruangan untuk bergerak secara bebas, alat bantu (kursi roda, tongkat dan lain-lain).
 - c. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
 - d. Memberikan rangsangan/stimulasi secara konsisten, agar anak dapat berkembang secara optimal, sesuai dengan kemampuannya.
 - e. Melatih kemandirian anak sesuai dengan kemampuannya.
 - f. Mengembangkan kekuatan dan memperbaiki kelemahan anak.
 - g. Mengendalikan dan mengarahkan perilaku anak.
 - h. Memberikan penguatan positif (motivasi, pujian, penghargaan) dan negatif (tidak memberikan hak istimewa).
 - i. Memberikan kegiatan-kegiatan yang nyata atau fungsional untuk kehidupan sehari-hari. Program dilakukan secara

terstruktur dan konsisten. Aktivitas pembelajaran dibagi menjadi beberapa tahapan dan dilakukan secara berulang-ulang. Pemberian program harus melalui tahapan yang dipecah/diurai, misalnya untuk mengajar cara menyikat gigi dimulai dari mengambil sikat gigi, mengambil pasta gigi, membuka tutup pasta gigi, menekan tube pasta gigi di penutup pasta gigi, menyikat gigi bagian depan, menyikat gigi bagian kiri, menyikat gigi bagian kanan, menyikat bagian dalam atas depan, dan seterusnya.

9. Anak lamban belajar

- a. Berkonsultasi ke psikolog.
- b. Mengikuti asesmen atau tes IQ untuk mengetahui kemampuan dan kelemahan anak.
- c. Orangtua, keluarga harus mengetahui apa saja yang sudah dipelajari anak di sekolah dengan cara berkonsultasi pada guru kelas.
- d. Orangtua atau keluarga membimbing dan mendampingi anak di rumah dalam belajar, baik mengulang materi pelajaran yang sudah dipelajari di sekolah, maupun menyiapkan anak pada materi pelajaran baru yang akan dipelajari anak pada hari berikutnya.
- e. Orangtua, keluarga harus selalu menghargai hasil belajar yang diperoleh anak dari sekolah.

- f. Orangtua, keluarga harus selalu memotivasi anak supaya anak rajin belajar baik di sekolah maupun di rumah.
 - g. Orangtua, keluarga harus memberikan contoh tentang sikap dan nilai berperilaku yang baik.
10. Anak dengan kesulitan belajar khusus
- a. Berkonsultasi pada psikolog.
 - b. Mengikuti asesmen atau tes IQ untuk mengetahui kemampuan dan kelemahan anak.
 - c. Membantu anak membuat strategi belajar, atau minta bantuan pengajar remedial untuk mengatasi kekurangannya dan membuat program cara pembelajaran di rumah.
 - d. Orangtua, keluarga harus selalu mendampingi dan membimbing anak dalam belajar di rumah, terutama mengoptimalkan kemampuan fisik motorik (perencanaan gerak, orientasi kanan dan kiri, serta pembelajaran kinestetik).
 - e. Memberikan alat-alat bantu dan peraga, sehingga anak mampu menyentuh, melihat, dan mendengar serta menghubungkan dengan konsep yang dipelajari seperti huruf-huruf (untuk anak dengan kesulitan belajar membaca), angka-angka, dan simbol-simbol +, -, :, dan x yang terbuat dari plastik (untuk anak dengan kesulitan belajar matematika), dan menebalkan huruf-huruf yang sudah diberi titik-titik (untuk anak dengan kesulitan belajar menulis).

- f. Mendampingi anak ketika belajar dan mengerjakan pekerjaan rumah.
 - g. Memberi pujian ketika anak berhasil menyelesaikan tugasnya dengan baik dan benar, guna meningkatkan kepercayaan diri dan kemandirian anak dalam belajar.
11. Anak dengan gangguan komunikasi/wicara
- a. Membawa anak kepada tenaga ahli yang berkaitan dengan kelainan si anak. Dari tenaga ahli tersebut, orangtua, keluarga dapat mengetahui anak mereka masuk kategori gangguan komunikasi/wicara jenis apa, apa penyebabnya, dan apa yang harus dilakukan.
 - b. Sesering mungkin mengajak anak untuk bercerita, berkomunikasi dua arah (paralel talk), memperbanyak latihan dengan menggunakan media visual/gambar.
 - c. Memberi kesempatan anak untuk melakukan sesuatu secara mandiri atau tidak segera dibantu.
 - d. Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
12. Anak dengan kecerdasan dan bakat istimewa
- a. Orangtua, keluarga berkonsultasi kepada tenaga pendidik atau psikolog.
 - b. Menentukan sekolah yang memiliki kurikulum yang sesuai dengan kebutuhan anak.

- c. Orangtua, keluarga tidak boleh membedakan anak yang lain dengan anak cerdas dan berbakat istimewa dalam memberikan perhatian dan kasih sayang.
- d. Memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada anak untuk mempelajari hal-hal baru, seperti mengembangkan potensi yang diminatinya, ide-ide yang digagasnya, dan lain sebagainya.
- e. Memberi kesempatan anak untuk bermain bersama teman sebayanya guna meningkatkan kemampuan sosial dan emosinya.
- f. Guna mengetahui perkembangan anak, orangtua, keluarga harus selalu berkomunikasi dan melakukan evaluasi bersama-sama dengan guru, konselor, dan pihak-pihak profesional yang menangani anak.

2.2 Autisme

2.2.1 Defisini Autisme

Autis berasal dari kata *autos* yang artinya segala sesuatu yang mengarah pada diri sendiri. Dalam kamus lengkap Psikologi, autisme atau juga disebut dengan *Autism Spectrum Disorders* (ASD) didefinisikan sebagai (1) cara berpikir yang dikendalikan oleh kebutuhan personal atau oleh diri sendiri, (2) menanggapi dunia berdasarkan penglihatan, harapan sendiri, dan menolak realitas (3) keasyikan ekstrim dengan pikiran dan fantasi sendiri (Chaplin, 2005 dalam Desiningrum, 2016).

2.2.2 Penyebab Autisme

Menurut Suryani dan Badi'ah (2017), gangguan spektrum autisme disebabkan oleh kombinasi yang salah atau lingkungan yang terkontaminasi zat-zat beracun. Dua hal tersebut mengakibatkan kerusakan pada usus besar yang menyebabkan masalah dalam tingkah laku dan fisik. Secara lebih terperinci, penyebab gangguan spektrum autisme adalah:

1. Faktor keturunan/genetik. Menurut penelitian 80% penderita gangguan spektrum autisme adalah kembar monozigot dan 20% lainnya untuk kembar dizigot. Faktor ini terutama terjadi pada keluarga anak autistik (mengalami abnormalitas kognitif dan kemampuan bicara).
2. Kelainan kromosom (sindrom x yang mudah pecah atau *fragile*).
3. Neurokimia (katekolamin, serotonin, dopamin belum pasti).
4. Cedera otak, kerentanan utama, aphasia, defisit pengaktif retikulum, keadaan tidak menguntungkan antara faktor psikogenik dan perkembangan syaraf, perubahan struktur cerebellum, lesi hipocampus otak depan.
5. Penyakit otak organik dengan adanya gangguan komunikasi dan gangguan sensoris serta kejang epilepsi.
6. Faktor lingkungan, terutama sikap orangtua dan kepribadian anak.

2.2.3 Klasifikasi Autism

Sejak tahun 1990 autisme sudah menjadi kategori terpisah dalam IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act*), dan dikumpulkan

dalam sebuah term yang lebih luas yaitu: *Autism Spectrum Disorders* (ASD) atau persamaannya adalah *Pervasive Developmental Disorders*. Kelainan-kelainan yang termasuk dalam ASD memiliki karakteristik gangguan dalam tiga area dengan tingkatan yang berbeda-beda. Ketiga area tersebut adalah kemampuan komunikasi, interaksi sosial, serta pola-pola perilaku yang repetitif dan stereotip (Strock, 2004 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Di bawah ini adalah lima kelainan yang termasuk ASD:

- a. Autisme, yaitu penarikan diri yang ekstrem dari lingkungan sosialnya, gangguan dalam berkomunikasi, serta tingkah laku yang terbatas dan berulang (stereotipik) yang muncul sebelum usia 3 tahun. Gangguan ini 3-4 kali lebih banyak pada anak lelaki daripada perempuan (Hallahan dan Kauffman, 2006).
- b. *Asperger Syndrome* (AS), yaitu abnormalitas yang secara kualitatif sama seperti autisme. Dapat disebut sebagai *mild autism*, tanpa gangguan yang signifikan dalam kognisi dan bahasa. 32 Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus.
- c. *Rett Syndrome*; sindrom ini umumnya dialami oleh anak perempuan. Muncul pada usia 7-24 bulan, dimana sebelumnya terlihat perkembangan yang normal, kemudian diikuti dengan kemunduran berupa hilangnya kemampuan gerakan tangan yang bertujuan serta ketrampilan motorik yang telah terlatih. Terjadi pula kehilangan atau hambatan pada seluruh atau sebagian

kemampuan berbahasa, gerakan seperti mencuci tangan yang stereotipik dengan fleksi lengan di depan lengan atau dagu, lalu membasahi tangan secara stereotipik dengan air liur, serta hambatan dalam fungsi mengunyah makanan (Widyawati, 2002).

- d. *Childhood Disintegrative Disorder*; perkembangan yang normal hingga usia 2 sampai 10 tahun, kemudian diikuti dengan kehilangan kemampuan yang signifikan. Terjadi kehilangan dalam ketrampilan terlatih pada beberapa bidang perkembangan. Terjadi pula gangguan yang khas dari fungsi sosial, komunikasi, dan perilaku. Pada beberapa kasus, kehilangan bersifat progresif dan menetap. Sebagian penderita akan mengalami retardasi mental berat. Kelainan ini umumnya dialami anak laki-laki (Hallahan & Kauffman, 2006).
- e. *Pervasive Developmental Disorders not Otherwise Specified* (PDD-NOS); individu yang menampilkan perilaku autisme, tetapi pada tingkat yang lebih rendah atau baru muncul setelah usia tiga tahun atau lebih.

2.2.4 Karakteristik Autisme

Terdapat tiga gejala utama individu dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD), yaitu gangguan dalam interaksi, komunikasi, dan perilaku. Selain itu, individu dengan ASD juga memiliki karakteristik-karakteristik tambahan, yaitu gangguan dalam kognisi, persepsi sensorik, motorik, afek atau mood, tingkah laku agresif dan impulsif, serta

gangguan tidur dan makan (Hallahan & Kauffman, 2006 dalam Desiningrum, 2016).

1. Gangguan Interaksi Sosial

Gejala anak dengan ASD ditunjukkan sejak bayi, adapun ciri-ciri terkait interaksi sosial yang biasanya muncul, yaitu:

- a. Bayi atau balita autis tidak berespon normal ketika diangkat atau dipeluk.
- b. Bayi autis ketika disusui ibu tidak mau menatap mata ibu dan tidak mau menjalin interaksi nonverbal dengan ibu.
- c. Anak-anak autis tidak menunjukkan perbedaan respon ketika berhadapan dengan orang tua, saudara kandung atau guru, dengan orang asing.
- d. Enggan berinteraksi secara aktif dengan orang lain. Ia tidak berminat pada orang, melainkan asyik sendiri dengan benda-benda dan lebih senang menyendiri.
- e. Tidak tersenyum pada situasi sosial, tetapi tersenyum atau tertawa ketika tidak ada sesuatu yang lucu menurutnya.
- f. Tatapan mata berbeda, terkadang menghindari kontak mata atau melihat sesuatu dari sudut matanya.
- g. Tidak bermain seperti sebayanya anak normal.

Perbedaan dalam interaksi sosial demikian membuat kelekatan (attachment) yang biasanya terbentuk dengan orang tua atau persahabatan dengan teman sebaya menjadi berbeda atau

bahkan tidak ada. Meskipun anak dengan ASD berminat untuk menjalin hubungan dengan teman, seringkali terdapat hambatan karena ketidak mampuan dalam memahami aturan-aturan yang berlaku di dalam interaksi sosial. Kurangnya kesadaran sosial ini mungkin menyebabkan mereka tidak mampu memahami ekspresi wajah orang lain maupun mengekspresikan perasaannya sendiri baik dalam bentuk vokal maupun ekspresi wajah. Kondisi tersebut menyebabkan anak autis tidak dapat berempati. Tingkah laku individu autis seperti itu terkadang membuat kesan seperti mereka tidak ingin berteman.

2. Gangguan Komunikasi

Anak dengan ASD memiliki keterbatasan kemampuan berkomunikasi dengan ciri, sebagai berikut:

- a. Tidak memiliki perhatian untuk berkomunikasi atau tidak ingin berkomunikasi untuk tujuan sosial. Bahkan, 50% berpikir untuk mute, atau tidak menggunakan bahasa sama sekali (Scheurmann & Webber, 2002 dalam Desiningrum D, 2016).
- b. Gumaman yang biasanya muncul sebelum anak dapat berkata-kata mungkin tidak nampak pada anak autis.
- c. Mereka yang berbicara mengalami abnormalitas dalam intonasi, rate, volume, dan isi bahasa. Misalnya berbicara seperti robot, echolalia, mengulang-ulang apa yang didengar;

reverse pronouns; sulit menggunakan bahasa dalam interaksi sosial karena mereka tidak sadar terhadap reaksi pendengarnya.

- d. Sering tidak memahami ucapan yang ditujukan kepada mereka.
- e. Sulit memahami bahwa satu kata mungkin memiliki banyak arti.
- f. Menggunakan kata-kata yang aneh atau kiasan, seperti seorang anak yang berkata "... sembilan" setiap kali melihat kereta api.
- g. Terus mengulangi pertanyaan biarpun telah mengetahui jawabannya atau memperpanjang pembicaraan mengenai topik yang ia sukai tanpa peduli dengan lawan bicaranya.
- h. Sering mengulangi kata-kata yang baru saja atau pernah mereka dengar, tanpa maksud berkomunikasi. Mereka sering berbicara pada diri sendiri atau mengulangi potongan kata atau cuplikan lagu dari iklan di televisi dan mengucapkannya di muka orang lain dalam suasana yang tidak sesuai.
- i. Gangguan dalam komunikasi non verbal, misalnya tidak menggunakan gerakan tubuh dalam berkomunikasi selayaknya orang lain ketika mengekspresikan perasaannya atau merasakan perasaan orang lain, seperti: menggelengkan kepala, melambaikan tangan, mengangkat alis.

- j. Tidak menunjuk atau memakai gerakan tubuh untuk menyampaikan keinginannya, melainkan mengambil tangan orang tuanya untuk mengambil objek yang dimaksud.

3. Gangguan Perilaku

Perilaku anak dengan ASD juga mengalami gangguan, yaitu dalam bentuk:

- a. Repetitif (pengulangan), misalnya: tingkah laku motorik ritual seperti berputar-putar dengan cepat (*twirling*), memutar-mutar objek, mengepak-ngepakkan tangan (*flapping*), bergerak maju mundur atau kiri kanan (*rocking*).
- b. Asyik sendiri atau preokupasi dengan objek dan memiliki rentang minat yang terbatas, misalnya berjam-jam bermain dengan satu objek saja.
- c. Sering memaksa orang tua untuk mengulang satu kata atau potongan kata.
- d. Mungkin sulit dipisahkan dari suatu benda yang tidak lazim dan menolak meninggalkan rumah tanpa benda tersebut, misalnya seorang anak laki-laki yang selalu membawa penghisap debu kemanapun.
- e. Tidak suka dengan perubahan yang ada di lingkungan atau perubahan rutinitas. Seperti tidak mau melalui jalan yang tidak biasa dilaluinya, tidak mau memakai baju baru atau tidak mau makanmakanan yang tidak biasa dimakannya.

2.2.5 Penanganan terhadap Autisme

1. Penanganan ASD di Rumah

a. Terapi Okupasi

Terapi (therapy) yang berarti penyembuhan, tidak hanya membahas masalah pengobatan jasmaniah, tetapi penyesuaian diri dan fungsi berpikir. Okupasi (occupation) artinya kesibukan atau pekerjaan. Terapi okupasi berarti usaha penyembuhan melalui kesibukan atau pekerjaan tertentu. Menurut Kusnanto (2002) “terapi okupasi adalah usaha penyembuhan terhadap anak yang mengalami kelainan mental dan fisik dengan jalan memberikan keaktifan kerja, keaktifan itu mengurangi penderitaan yang alami”.

Materi latihan dipilih dan ditentukan dengan memperhatikan karakteristik atau ciri khas anak autis. Nama dan bahan latihan bisa sama, tetapi kedalaman dan keluasan latihan antara anak autis satu dengan lainnya berbeda. Cara atau pendekatan latihan perlu memperhatikan karakteristik anak. Pendekatan ini bergantung pada tujuan latihan, mau memupuk kemampuan sosialisasi atau komunikasi anak. Latihan sebaiknya diberikan dalam waktu tidak terlalu lama, tetapi sering dan segera hentikan jika anak tampak bosan. Tempat yang digunakan, materi latihan, dan alat yang dibutuhkan disesuaikan dengan keadaan anak. Terapi okupasi tidak hanya sebatas aktivitas fisik, tetapi mencakup pengembangan intelektual, sosial, emosi dan kreativitas.

Terapi okupasi dapat digunakan untuk mengalihkan perhatian agar tidak terjadi neurosis (kegagalan individu memecahkan masalah atau tuntutan di masyarakat yang membuatnya terganggu dalam pemeliharaan maupun penyesuaian diri). Maksud memelihara mental adalah terapi okupasi digunakan untuk memelihara dan mengembangkan potensi kecerdasan, intelektual, motivasi dan semangat anak. Pemulihan yang dilakukan dengan membuat persendian, otot, dan kondisi tubuh dapat berfungsi sebagaimana mestinya dan dapat memenuhi kebutuhan hidup. Memberi anak peluang persiapan menghadapi tugas pekerjaan atau profesi yang sesuai dengan kondisinya.

Anak autis termasuk dalam kategori anak luar biasa, yaitu anak dengan gangguan sosial dan emosi. Secara fisik anak autis tidak berbeda dengan anak normal. Jika anak autis memiliki intelegensi normal, diharapkan anak dapat mencapai suatu pekerjaan tertentu. Hanya perlu penekanan pada latihan pemulihan fungsi tubuh, penyesuaian atau prevokasional. Sebaliknya jika anak autis memiliki intelegensi di bawah normal, kemungkinan anak kurang atau tidak dapat memiliki vokasional tingkat terampil.

Ragam latihan terapi okupasi, seperti:

- Latihan mereaksi; latihan memanggil nama terapis.
- Latihan kebiasaan gerak; latihan kebiasaan berjalan digaris lurus.

- Latihan motorik kasar; berjalan bebas tanpa bantuan.
- Latihan keseimbangan; berjalan perlahan di papan titian.

b. Terapi Perilaku (*Applied Behavioral Analysis - ABA*)

Terapi perilaku, berupaya untuk melakukan perubahan pada anak autistik dalam arti perilaku yang berlebihan dikurangi dan perilaku yang berkekurangan (belum ada) ditambahkan. Terapi perilaku yang dikenal di seluruh dunia adalah *Applied Behavioral Analysis* yang diciptakan oleh O.Ivar Lovaas PhD dari University of California Los Angeles (UCLA) pada tahun 1996 (Desiningrum, 2016).

Dalam terapi perilaku, fokus penanganan terletak pada pemberian reinforcement positif setiap kali anak berespons benar sesuai instruksi yang diberikan. Tidak ada hukuman (*punishment*) dalam terapi ini, akan tetapi bila anak berespons negatif (salah/tidak tepat) atau tidak berespons sama sekali maka ia tidak mendapatkan reinforcement positif yang ia sukai tersebut. Perlakuan ini diharapkan meningkatkan kemungkinan anak untuk berespons positif dan mengurangi kemungkinan ia berespons negatif (atau tidak berespons) terhadap instruksi yang diberikan.

Secara lebih teoritis, prinsip dasar terapi ini dapat dijabarkan sebagai A-B-C; yakni A (*antecedent*) yang diikuti dengan B (*behavior*) dan diikuti dengan C (*consequence*). *Antecedent* (hal yang mendahului terjadinya perilaku) berupa instruksi yang

diberikan oleh seseorang kepada anak autis. Melalui gaya pengajarannya yang terstruktur, anak autis kemudian memahami *Behavior* (perilaku) apa yang diharapkan dilakukan olehnya sesudah instruksi tersebut diberikan, dan perilaku tersebut diharapkan cenderung terjadi lagi bila anak memperoleh *Consequence* (konsekuensi perilaku, atau kadang berupa imbalan) yang menyenangkan.

Tujuan penanganan ini terutama adalah untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan anak terhadap aturan. Terapi ini umumnya mendapatkan hasil yang signifikan bila dilakukan secara intensif, teratur dan konsisten pada usia dini.

c. Terapi Bermain

Menurut Hurlock (2004), bermain adalah setiap kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir. Bagi anak, bermain dapat mencapai perkembangan fisik, intelektual, emosi dan sosial. Pertumbuhan dan perkembangan fisik anak juga dapat dilihat saat bermain, anak secara tidak sadar menemukan sikap tubuh yang baik, melatih kekuatan, keseimbangan dan melatih motoriknya. Ruang lingkup terapi bermain anak autis dirumuskan berdasarkan karakteristik anak, tujuan maupun sasaran, yaitu:

- Bermain yang berkaitan dengan latihan sensorik motorik; latihan pengembangan fungsi mata, telinga, dan latihan otot, seperti dokter-dokteran, plastisin.
- Bermain untuk mengembangkan imajinasi, kreasi, ekspresi, memupuk kekuatan otot, melatih memecahkan masalah, dan menimbulkan rasa percaya diri, seperti latihan memasang-bongkar puzzle, mewarnai gambar.
- Ragam latihan terapi bermain lainnya, yaitu
- Sensorik-motorik: berjalan pada tali, menendang bola, melempar bola, membuat menara dari balok, mendorong bola.
- Bermain Simbol: permainan mendaki, naik turun tangga, melukis jari.
- Pengembangan komunikasi dan sosialisasi: bermain di bak pasir.

d. Terapi Sensori Integrasi

Terapi sensori integrasi merupakan teori yang dikembangkan DR. Ayres dan rekan-rekannya (1995) melalui berbagai penelitian terhadap sejumlah anak di Amerika dan Kanada. Teori ini menjelaskan proses biologis pada otak untuk mengolah serta menggunakan berbagai informasi dengan baik dan sesuai situasi. Input sensori bermacam-macam, bisa dirasa dengan rabaan, didengar, dilihat dan dicium. Jika sensoriknya tidak bekerja dengan

baik maka anak kurang atau tidak mampu menerima input sensoris dengan baik, sehingga akan timbul gangguan ASD.

Terapi ini diberikan sesuai dengan kebutuhan anak. Dalam terapi diusahakan anak memberi reaksi yang baik terhadap perangsangan. Saat terapi, anak diharapkan berperan aktif agar muncul perubahan positif. Biasanya terapis akan mengarahkan kegiatan yang dapat memberikan tantangan secara bertahap. Teori sensori integrasi hanya sebagian dari pendekatan terapi okupasi. Jadi, anak tetap memerlukan terapi lain untuk mendukung terapi ini. Biasanya, kebutuhan tersebut dievaluasi oleh terapis okupasi.

Jika terapi sensori integrasi berhasil anak dapat memroses berbagai informasi sensoris yang kompleks dengan lebih baik. Ini memberi pengaruh bagi kemampuan anak melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu, gejala autistik yang selama ini melabelnya akan menjadi tipis atau kurang khas. Setelah anak mampu mengamati dan memahami lingkungannya, minatnya bersosialisasi pun akan timbul. Banyak anak menunjukkan perkembangan kemampuan berbahasa setelah menjalani terapi ini, sedangkan anak lain menunjukkan perbaikan dalam prestasi sekolah.

e. Terapi Biomedik

Terapi biomedik yaitu dengan cara mensuplay terhadap anak anak autis dengan pemberian obat dari dokter spesialis jiwa anak.

Jenis obat, food supplemant dan vitamin yang sering dipakai saat ini adalah *risperidone*, *ritalin*, *haloperidol*, *pyrodoksin*, *DMG*, *TMG*, *magnesium*, *Omega-3*, dan *Omega-6* dan sebagainya.

2. Pendidikan Inklusif Bagi Siswa ASD

Departemen Pendidikan Amerika Serikat melaporkan bahwa sekarang ini, penempatan siswa-siswa autis yang paling populer adalah di dalam kelas self-contained. Salah satu format yang menjanjikan adalah Autism Spectrum Disorder Inclusion Collaboration model (Simpson, deBoer-Ott, SmithMyles, 2003 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Kunci kesuksesan akademis dan sosial bagi anakanak autis adalah sebuah usaha integrasi dan kolaborasi di antara seluruh anggota tim. Dibutuhkan asesmen yang akurat, IEP (Individual Educational Program), dan implementasi dari strategi intervensi (Carasea, Vakil, & Welton, 2004). INKULSI memiliki peranan vital dalam menentukan kesuksesan integrasi kemampuan sosial di dalam kurikulum bagi anak-anak autis. Smith (2004) menyatakan bahwa IDEA (Individual with Disabilites Education Act) tahun 1990 melihat inklusi sebagai model yang terbaik untuk praktik serta meningkatnya setting inklusif bagi anak-anak dengan ketidakmampuan paling parah sekalipun (Carasea, Vakil, & Welton, 2004). Hasilnya, semakin banyak anak-anak autis mengakses kurikulum pendidikan umum, dengan akomodasi dan modifikasi yang disesuaikan. Kesuksesan inklusi disebabkan berbagai faktor, termasuk

keefektifan IEP (Smith, Slattey, & Knopp, 1993 dalam Carasea, Wakil, & Welton, 2004).

3. Penanganan Dini ASD

Supaya efektif, pendidikan dan intervensi lainnya bagi siswa autis harus dilakukan sejak dini, secara intensif, berstruktur tinggi, serta melibatkan keluarga (Hallahan & Kauffman, 2006). *The National Research Council* (2001) menemukan konsensus yang kuat bahwa hal-hal di bawah ini merupakan fitur esensial dari program pra sekolah yang efektif untuk anak ASD:

- 1) Masuk ke dalam program intervensi segera setelah didiagnosis ASD.
- 2) Keterlibatan aktif dalam program instruksional intensif selama minimal sama dengan hari sekolah, yaitu lima hari dalam satu minggu (minimal 25 jam), dengan program satu tahun penuh, disesuaikan dengan usia kronologi dan tingkat perkembangan anak.
- 3) Kesempatan belajar yang terencana dan berulang, diatur dalam tempo cepat untuk anak yang masih kecil (misalnya interval 15-20 menit), termasuk perhatian orang dewasa yang cukup setara satu persatu (one to one) dan instruksi dalam kelompok yang sangat kecil untuk mencapai tujuan individual.
- 4) Inklusi dari komponen keluarga, termasuk pelatihan orang tua.

- 5) Rasio guru-murid yang rendah (tidak lebih dari dua anak ASD dipegang oleh satu orang dewasa)
- 6) Mekanisme evaluasi program yang sedang berjalan serta asesmen kemajuan anak secara individual, yang hasilnya diwujudkan dalam penyesuaian pemrograman. (dalam Hallahan & Kauffman, 2006).

2.3 Kemampuan Motorik Motorik

2.3.1 Definisi Motorik

Perkembangan motorik diartikan sebagai perkembangan dari unsur kematangan pengendalian gerak tubuh dan otak sebagai pusat gerak. Gerak ini secara jelas dibedakan menjadi gerak kasar dan halus Elizabeth (B Hurlock, 1978 dalam Khadijah dan Amelia, 2020).

Gerak manusia dalam kesehariannya terbagi menjadi beberapa bentuk diantaranya *gross movements* (gerak motorik kasar), *fine movements* (gerak motorik halus), *discrete movements* (gerak diskrit), *serial movements* (gerak seri), *continuous movements* (gerak berkelanjutan), *open movements* (gerak terbuka), dan *closed movements* atau gerak tertutup (Gallahue, 1998 dalam Khadijah dan Amelia, 2020).

Dari beberapa pendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa motorik merupakan suatu proses gerakan yang terdiri dari gerakan kasar dan halus yang melibatkan otot dan syaraf yang menjadikan seseorang mampu menggerakkan tubuhnya dan otak menjadi pusat kontrol gerak.

2.3.2 Jenis-Jenis Keterampilan Motorik

Berdasarkan kecermatan dalam gerakan keterampilan dibagi menjadi dua yaitu keterampilan motorik kasar (*gross motor skill*) dan keterampilan motorik halus (*fine motor skill*) (Khadijah dan Amelia, 2020).

1. Keterampilan Motorik Kasar (*gross motor skill*)

Keterampilan motorik kasar (*gross motor skill*) merupakan keterampilan gerak yang menggunakan otot-otot besar, tujuan kecermatan gerakan bukan merupakan suatu hal yang penting akan tetapi koordinasi yang halus dalam gerakan adalah hal yang paling penting. Motorik kasar meliputi melompat, melempar, berjalan, dan meloncat.

2. Keterampilan Motorik Halus (*fine motor skill*)

Keterampilan motorik halus (*fine motor skill*) yaitu keterampilan motorik halus yang merupakan keterampilan yang memerlukan kontrol dari otot kecil dari tubuh untuk mencapai tujuan dari keterampilan. Secara umum keterampilan motorik halus meliputi koordinasi mata dan tangan keterampilan ini membutuhkan kecermatan yang tinggi. contoh motorik halus adalah: melukis, menjahit, dan mengancingkan baju.

2.4 Motorik Halus

2.4.1 Definisi Motorik Halus

Motorik halus anak merupakan pengendalian gerak tubuh melalui kegiatan yang terkoordinasi antara susunan saraf, otot, dan otak

(Khadijah dan Amelia, 2020). Gerakan motorik halus yaitu suatu gerakan yang hanya melibatkan otot-otot kecil dalam tubuh, yaitu seperti keterampilan dalam menggunakan jari-jari tangan dan gerakan yang dilakukan oleh pergelangan tangan dengan tepat (Sujiono, 2008 dalam Khadijah dan Amelia, 2020).

2.4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Motorik Halus

Endang (2007) mengemukakan ada beberapa faktor yang memengaruhi perkembangan motorik anak yang menyebabkan perbedaan individual antara anak yang satu dan yang lainnya diantaranya adalah:

1. Sifat dasar genetik (faktor bawaan).
2. Keaktifan janin dalam kandungan.
3. Kondisi prenatal yang menyenangkan khususnya kondisi ibu dan gizi makanan sang ibu.
4. Proses kelahiran, apabila ada kerusakan pada otak akan memperlambat perkembangan motoriknya.
5. Kondisi pasca lahir, berkaitan dengan kondisi lingkungan sekitar yang dapat menghambat/mempercepat laju perkembangan motoriknya.

2.4.3 Tujuan Pengembangan Motorik Halus

Tujuan pengembangan motorik halus yaitu agar anak mampu (Khadijah dan Amelia, 2020):

1. Menggerakkan anggota tubuh yang berhubungan dengan gerak jari jemari seperti kesiapan menggambar, menulis, memanipulasi benda-benda.
2. Mengoordinasikan indra mata dan aktivitas tangan.
3. Mengendalikan emosi dalam beraktivitas motorik halus.
4. Mengembangkan kemampuan motorik halus yang berhubungan dengan keterampilan gerak kedua tangan.

2.4.4 Fungsi Perkembangan Motorik Halus

Elizabeth B. Hurlock (1978 dalam Khadijah dan Amelia, 2020) mencatat beberapa alasan tentang fungsi perkembangan motorik halus bagi konstetrasi perkembangan individu, yaitu :

1. Melalui keterampilan motorik anak dapat menghibur dirinya dan memperoleh perasaan senang, seperti anak merasa senang dengan memiliki keterampilan memainkan boneka, melempar dan menangkap bola, atau memainkan alat-alat mainan lainnya.
2. Melalui keterampilan motorik anak dapat beranjak dari kondisi *helpessness* (tidak berbahaya), pada bulan-bulan pertama kehidupannya, ke kondisi yang *indepence* (bebas dan tidak bergantung) anak dapat bergerak dari satu tempat ke tempat yang lainnya dan dapat berbuat sendiri untuk dirinya, kondisi ini akan dapat menunjang perkembangan *self confidence* (rasa percaya diri).
3. Melalui keterampilan motorik anak dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sekolah (*school adjustment*), pada usia pra sekolah

(taman kanak-kanak) atau usia kelas awal sekolah dasar, anak sudah dapat dilatih menggambar, melukis, baris-berbaris, dan persiapan menulis.

2.5 Terapi Okupasi

2.5.1 Definisi Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah satu proses atau perlakuan pengobatan yang di tujukan kepada penyembuhan satu kondisi patologis. Terapi okupasi suatu bentuk terapi non-farmakologis yang dilakukan untuk memperbaiki dan menjaga kondisi kejiwaan pasien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan berhubungan baik dengan keluarga, teman dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi. Terapi okupasi asal dari kata *Occupastional Theraphy*. *Occupational* berarti suatu pekerjaan, *theraphy* berarti pengobatan.

Jadi terapi Okupasi adalah paduan antara seni dan ilmu pengetahuan untuk mengarahkan penderita kepada aktivitas selektif, supaya kesehatannya dapat ditingkatkan dan dipertahankan. Manakala kurnanto berpendapat terapi okupasi sebagai usaha penyembuhan individu terhadap yang mengalami kelainan mental, fisik dengan jalan memberikan suatu keaktifan kerja, dimana keaktifan kerja tersebut untuk mengurangi rasa.Terapi okupasi membantu individu yang mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas perawatan diri, aktivitas produktif, dan aktivitas mengisi waktu luang.

2.5.2 Jenis Terapi Okupasi

Terapi Okupasi bergerak pada tiga area, atau yang biasa disebut dengan *occupational of daily living* (perawatan diri), *productivity* (kerja), dan *leisure* (pemanfaatan waktu luang). Bagaimana setiap individu yang hidup memerlukan ketiga komponen tersebut. Individu-individu tersebut perlu melakukan perawatan diri seperti aktivitas makan, mandi, berpakaian, berhias, dan sebagainya tanpa memerlukan bantuan dari orang lain. Individu juga perlu bekerja untuk bisa mempertahankan hidup dan mendapat kepuasan atau makna dalam hidupnya. Selain itu, perlu juga dalam kegiatan refreking, penyaluran hobi dan pemanfaatan waktu luang untuk melakukan aktivitas yang bermanfaat disela-sela kepenatan bekerja. Semua itu terangkum dalam terapi okupasi yang bertujuan mengembalikan fungsi individu agar menemukan kembali makna atau arti hidup meski telah individu agar menemukan kembali makna atau arti hidup meski telah mengalami gangguan fisik atau mental. Okupasi terapi pada anak membantu anak untuk menghadapi tantangan yang membangun kemampuan seperti menulis, kemampuan proses sensori dan keterampilan motorik kasar.

2.5.3 Tujuan Terapi Okupasi

Tujuan Terapi Okupasi secara umum menurut Astati adalah mengembalikan fungsi fisik, mental, sosial, dan emosi dengan mengembangkannya seoptimal mungkin serta memelihara fungsi yang

masih baik dan mengarahkannya sesuai dengan keadaan individu agar dapat hidup layak di masyarakat.

Untuk SOP terapi okupasi menurut Menurut *World Federation of Occupational Therapists* (2019), yaitu :

a) Penilaian

Proses Terapi okupasi didasarkan pada penilaian awal dan berulang. Terapis kerja bersama-sama dengan orang yang mereka bekerja dengan fokus pada kemampuan individu dan lingkungan dan masalah yang berkaitan dengan kegiatan dalam kehidupan sehari-hari seseorang.

Penilaian mencakup penggunaan prosedur standar, wawancara, pengamatan dalam berbagai pengaturan dan konsultasi dengan orang-orang yang signifikan dalam kehidupan seseorang.

b) Perencanaan

Hasil penilaian adalah dasar dari rencana yang meliputi tujuan jangka pendek dan panjang pengobatan. Rencana harus relevan dengan tahap pengembangan seseorang, kebiasaan, peran, gaya hidup preferensi dan lingkungan.

c) Intervensi

Intervensi berfokus pada program yang berorientasi pada orang dan lingkungan. Ini dirancang untuk memfasilitasi kinerja tugas sehari-hari dan adaptasi dari pengaturan di mana orang bekerja, hidup dan bersosialisasi. Contohnya termasuk mengajarkan teknik baru dan

menyediakan peralatan yang memfasilitasi kemandirian dalam perawatan pribadi, mengurangi hambatan lingkungan dan menyediakan sumber daya untuk mengurangi stres.

d) Kerjasama

Terapis okupasi mengakui pentingnya kerja sama tim. Kerjasama dan koordinasi dengan profesional lain, Keluarga, pengasuh dan relawan adalah penting dalam realisasi pendekatan holistik.

Untuk penilaian dari terapi dilihat dari kehadiran siswa pada kegiatan belajar mengajar dengan kriteria kehadiran 0%-49% tidak dapat diambil dan 50%-100% dapat diambil.

2.6 Analisa Jurnal Mengenai Hubungan Terapi Okupasi Dengan Pengembangan Motorik Halus Pada Anak Autisme

Dari hasil analisa jurnal penelitian yang dilakukan oleh Evi Hasnita dan Tri Riska Hidayati pada tahun 2015 yang berjudul “Terapi Okupasi Perkembangan Motorik Halus Anak Autisme” dengan metode penelitian quasi eksperimen, pada penerapan terapi okupasi terhadap perkembangan motorik halus pada anak dengan autisme dengan desain penelitian *One Group Pretest Posttest* didapatkan hasil bahwa penerapan terapi okupasi efektif dalam meningkatkan motorik halus pada anak autisme.

Selanjutnya dari hasil analisa jurnal penelitian yang dilakukan oleh Selvia Candra Widia Wati, Sri Hartini, dan Ulfa Nurullita pada tahun 2015 yang berjudul “Pengaruh Terapi Okupasi Mengancingkan Baju Terhadap Kemampuan Motorik Halus Pada Anak Autisme Di Sekolah Luar Biasa Negeri Semarang” dengan metode penelitian quasi eksperimen, dengan desain

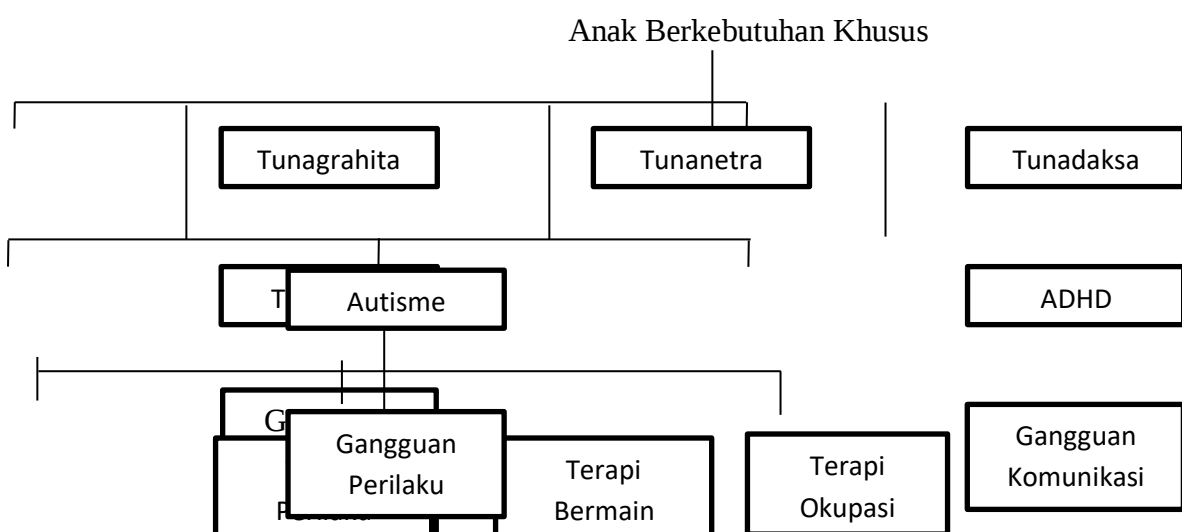
penelitian *pre and post test without control* didapatkan hasil bahwa penerapan terapi okupasi efektif dalam peningkatan motorik halus pada anak autisme.

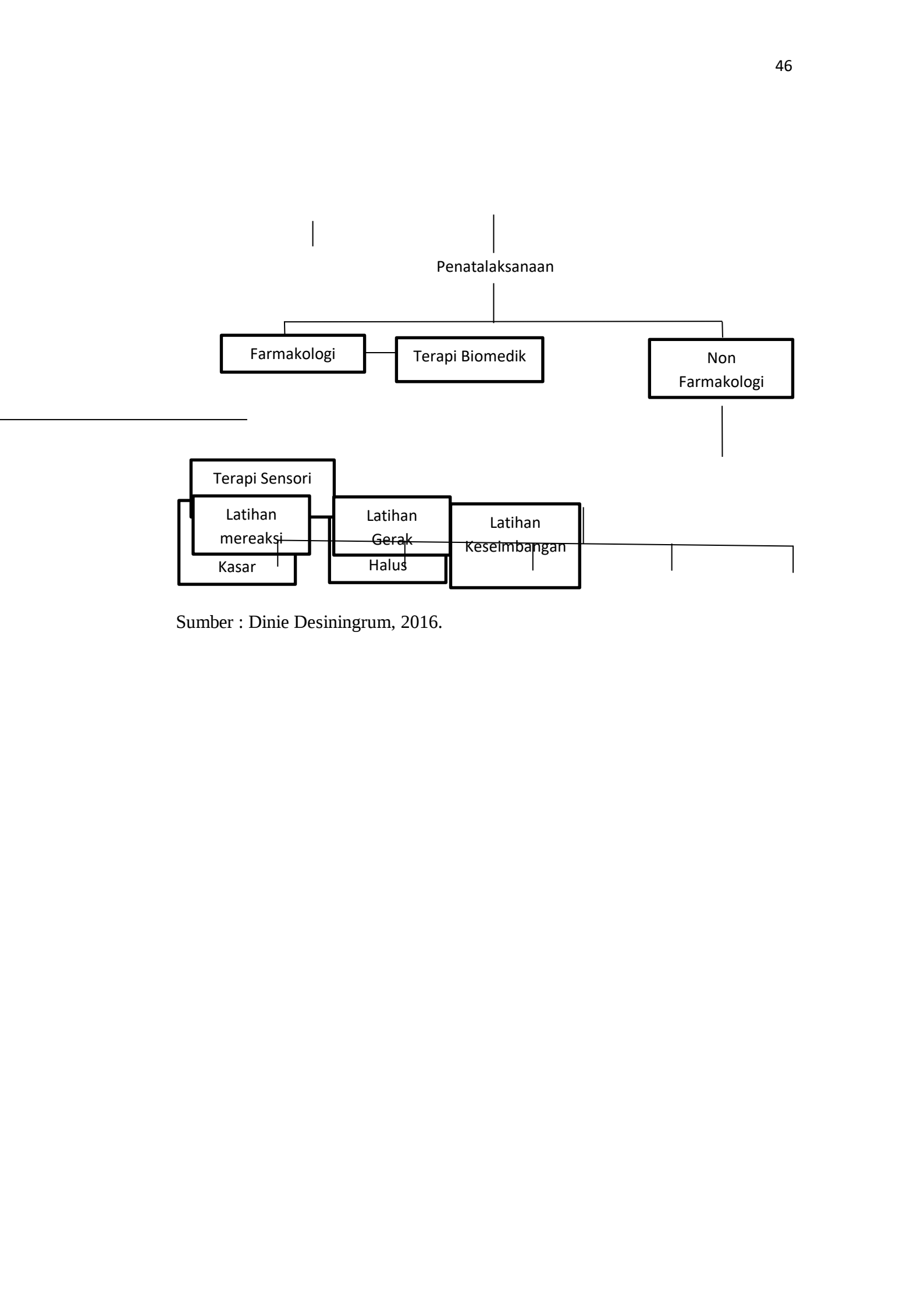
Hasil dari analisa jurnal penelitian yang dilakukan oleh Jordiono, Ns. Titik Suerni, S.Kep.,Sp.Kep.J, dan Ns. Sawab, M.Kep pada tahun 2016 yang berjudul “Pengaruh Terapi Okupasi Menggambar Terhadap Kemampuan Motorik Halus Anak Autis Di SLB Negeri Semarang” dengan metode penelitian pre eksperimen dengan desain penelitian *one group pre-test post-test* didapatkan hasil bahwa mayoritas responden mengalami peningkatan motorik halus pada aspek melipat jari, menggambar dan mewarnai.

Selanjutnya hasil analisa jurnal penelitian yang dilakukan oleh Sindy Agustina pada tahun 2017 yang berjudul “Peningkatan Kemampuan Motorik Halus Dengan Menggunakan Media Playdough Pada Anak Autis” dengan jenis penelitian tindakan kelas (PTK) dengan desain penelitian dari Kemmis dan Taggart yang mempunyai 4 tahapan dalam setiap siklusnya yaitu (1) perencanaan, (2) pelaksanaan, (3) pengamatan dan (4) refleksi dan teknik pengumpulan data menggunakan teknik tes dan observasi didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan motorik halus pada siswa autisme.

2.7 Kerangka Konseptual

Bagan 2.1
Kerangka Konseptual Anak Autisme





46

```
graph TD; A[Penatalaksanaan] --> B[Farmakologi]; A --> C[Terapi Biomedik]; A --> D[Non Farmakologi]; D --> E[Terapi Sensori]; E --> F[Latihan mereaksi]; F --> G[Kasar]; E --> H[Latihan Gerak]; H --> I[Halus]; E --> J[Latihan Keseimbangan];
```

Sumber : Dinie Desiningrum, 2016.