

MENGENALI ANAK DENGAN KETERLAMBATAN MENTAL

Yulia Ayriza

Istilah Keterlambatan Mental (Mental Retardation) Vs Ketidakmampuan Intelektual dan Perkembangan (Intellectual and Developmental Disabilities)

Pada bulan Januari 2007, organisasi profesi yang utama untuk orang-orang dengan ketidakmampuan intelektual atau kognitif yang serius, yaitu the American Association on Mental Retardation (AAMR) – mengubah namanya menjadi the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Alasan pengubahan tersebut agar orang lebih menghargai orang-orang dengan kemampuan intelektual di bawah rata-rata yang dalam sejarahnya telah menjadi sasaran ejekan dan cemoohan. Nama apapun yang telah diterapkan oleh para professional berakibat pada sikap masyarakat yang merendahkan. Sebagai contoh, pada wal tahun 1900 an, istilah seperti “idiot”, “imbecile” dan “moron” digunakan untuk menamai mereka yang saat ini disebut ketidakmampuan intelektual yang berat, sedang, dan ringan. Hal yang hampir sama terjadi dengan istilah “retardasi mental” yang sering disingkat dengan istilah “retardasi”, selama bertahun-tahun telah digunakan dengan mengandung makna penghinaan.

Istilah ketidakmampuan menggambarkan berbagai keterbatasan; “ketidakmampuan intelektual” mengandung arti “keterbatasan dalam berpikir”, dan “ketidakmampuan perkembangan” mengandung arti “keterbatasan yang mengganggu perkembangan fungsi yang normal”. Di samping itu, istilah intelektual dalam “ketidakmampuan intelektual” lebih tepat daripada “retardasi mental”, karena istilah mental sering merujuk pada arti “emosi” seperti “gangguan mental”.

Di Indonesia, istilah yang digunakan untuk mewakili golongan ini ialah “Tunagrahita”, oleh karena itu penyebutan selanjutnya untuk anak-anak yang mengalami ketidakmampuan intelektual dan perkembangan dalam makalah ini akan digunakan istilah “Tunagrahita”.

Definisi

Persoalan membatasi istilah ketidakmampuan intelektual atau keterbelakangan mental sampai saat ini masih terus berlanjut. Dibandingkan masa lalu, beberapa tahun terakhir ini, para professional menjadi enggan dan merasa sulit memberikan label ketidakmampuan intelektual atau keterbelakangan mental pada seseorang, hal ini dilatari oleh tiga hal;

1. Para professional menaruh perhatian mengenai diagnosis yang salah tentang anak-anak dari kelompok minoritas sebagai penyandang ketidakmampuan intelektual. Kurang lebih 20-30 tahun yang lalu, sering anak-anak dari kelompok minoritas, terutama siswa-siswa Amerika keturunan Afrika dan Spanyol dinyatakan mengalami mental terbelakang karena mereka tidak berprestasi baik di sekolah, dan mendapat skor jelek pada tes inteligensi.
2. Beberapa orang berkeyakinan bahwa diagnosis keterbelakangan mental atau ketidakmampuan intelektual berakibat pada stigma/cap yang menyebabkan anak-anak tersebut memiliki konsep diri rendah dan dipandang negative oleh orang lain.
3. Beberapa professional saat ini yakin bahwa dalam batas tertentu, ketidakmampuan mental merupakan kondisi yang dibangun secara social. Sebagai contoh, AAIDD memandang bahwa ketidakmampuan mental bukan semata-mata ciri pembawaan yang ada pada seseorang, tetapi merupakan hasil dari interaksi antara seorang individu dengan lingkungannya.

Setelah tujuh kali menghasilkan definisi resmi tentang ketidakmampuan mental sejak tahun 1950, AAIDD saat ini membatasi **ketidakmampuan intelektual** sebagai ketidakmampuan yang ditandai dengan keterbatasan serius baik dalam berfungsinya intelektual maupun dalam perilaku adaptasi

(penyesuaian) sebagaimana terwujud dalam keterampilan konseptual (pemahaman), social, dan penyesuaian praktis sehari-hari.

AAIDD menggaris bawahi dua hal penting yaitu bahwa: (1) ketidakmampuan intelektual meliputi permasalahan tidak hanya dalam hal berfungsinya intelektual, tetapi juga pada perilaku adaptasi, (2) berfungsinya intelektual dan perilaku adaptasi pada seorang penyandang ketidakmampuan intelektual dapat ditingkatkan dengan dukungan memadai yang disesuaikan jenis hambatannya.

Perilaku Adaptasi

Suatu waktu di masa lalu, sudah umum professional mendiagnosis orang yang mengalami keterbelakangan mental semata-mata didasarkan pada skor IQ. Sekarang, kita mengetahui bahwa tes IQ itu jauh dari sempurna sebagai satu-satunya indikasi kemampuan seseorang dalam berfingsi. Para professional mulai mempertimbangkan perilaku adaptasi sebagai tambahan dari tes IQ untuk menentukan ketidakmampuan intelektual, karena mereka mulai mengenali beberapa siswa dapat memiliki skor jelek pada tes IQ, tetapi mereka masih mampu mengatasi kesulitan hidup di kota besar, seperti mengenal system kereta bawah tanah, dapat melakukan pekerjaan setelah pulang sekolah, dan juga dapat bergaul dengan teman-teman sebaya.

Tidak ada definisi tentang perilaku adaptif yang dapat diterima secara universal. Secara teori ada yang menyatakan bahwa perilaku adaptif terdiri dari inteligensi social dan inteligensi praktikal (Greenspan, 1999, 2006b, dalam Hallahan, Kauffman, dan Pullen, 2009). **Inteligensi sosial** meliputi memahami dan menginterpretasikan interaksi orang-orang dengan sosial, seperti dapat “membaca” ketika seseorang sedang marah, dan tidak mudah tertipu atau mudah dimanipulasi orang. **Inteligensi praktikal** meliputi kemampuan menyelesaikan permasalahan sehari-hari, seperti menyiapkan makan, menggunakan sistem transportasi, memberikan uang kembalian, menggunakan

internet, serta menyelesaikan masalah-masalah yang berasosiasi dengan situasi pekerjaan tertentu.

Orang-Orang Dengan Ketidakmampuan Intelektual Dapat Ditingkatkan Kemampuannya. Di masa lalu, banyak ahli pesimis bahwa kemampuan berfungsi dari orang-orang tunagrahita dapat ditingkatkan secara signifikan. Namun saat ini, pendapat yang berlaku ialah hampir semua orang-orang tunagrahita dapat ditingkatkan kemampuannya, sehingga sangat banyak di antara mereka, khususnya yang mengalami tunagrahita ringan, dapat ditingkatkan kemampuannya sampai pada tingkat di mana mereka tidak digolongkan tunagrahita lagi.

Setuju dengan pendapat bahwa tunagrahita dapat ditingkatkan, pengembang dari definisi AAIDD sekarang menyatakan bahwa seberapa baik seorang tunagrahita dapat berfungsi secara langsung berhubungan dengan jumlah dukungan yang dia terima dari lingkungannya.

Yang dimaksud dengan dukungan ialah: sumber dan strategi yang bertujuan meningkatkan perkembangan, pendidikan, minat dan wellbeing pribadi seseorang, sehingga dapat meningkatkan fungsinya seseorang (AAMR Ad Hoc Committee on Terminology and Classification, 2002, P. 151).

Menurut AAIDD, sumber-sumber dukungan dapat diklasifikasikan alami dan berbasis layanan. Dukungan alami diperoleh dari lingkungan seseorang seperti dirinya sendiri, keluarganya, atau teman-temannya. Dukungan berbasis layanan ialah dukungan yang diberikan para profesional seperti guru, konselor, atau psikolog.

KLASIFIKASI TUNAGRAHITA

Kebanyakan Sekolah mengklasifikasikan siswa tunagrahita menurut berat ringannya kondisi ketunaannya. Kebanyakan sistem sekolah klasifikasi dari APA (American Psychologist Association), yaitu:

1. Tunagrahita Ringan (IQ berkisar 50 – 70),
2. Tunagrahita Sedang (IQ berkisar 35 – 50),
3. Tunagrahita Berat (IQ berkisar 20 – 35), dan
4. Tunagrahita Sangat berat (IQ di bawah 20).

PREVALENSI

Angka rata-rata IQ ialah 100. Menurut kurve normal, seharusnya yang termasuk IQ 55-70 ada 2,14%, dan yang termasuk di bawah IQ55 ada 0,13%, sehingga yang termasuk antara 0-70 seharusnya 2,27%.

Dalam kenyataannya, jumlah siswa yang diidentifikasi tunagrahita jauh lebih rendah jumlahnya dari 2,27%. Pada tahun-tahun terakhir, diidentifikasi jumlah siswa tunagrahita sekitar 1%. Para ahli menduga menurunnya prevalensi ini berkaitan dengan pertimbangan personel sekolah yang mendasarkan pada kriteria perilaku adaptif dan menggunakan definisi lebih luas untuk mendiagnosis tunagrahita sebagai pengganti diagnosis yang hanya menggunakan kriteria skor IQ saja. Juga terdapat bukti-bukti bahwa pada kasus siswa yang memiliki IQ sekitar 70 an, pengurus sekolah lebih cenderung menggolongkan mereka sebagai anak yang mengalami kesulitan belajar, karena istilah tersebut tidak begitu memberikan label cap yang merendahkan (MacMillan, Gresham, Bocian, & Lamboros, 1998).

SEBAB-SEBAB TUNAGRAHITA

Cara umum untuk mengklasifikasikan penyebab tunagrahita ialah menurut waktu kapan terjadinya penyebab tersebut, yaitu:

1. Pranatal (sebelum lahir)
2. Perinatal (pada saat lahir)
3. Postnatal (setelah lahir)

1. Sebab-sebab Pranatal

Sebab-sebab prenatal dari tunagrahita dapat dikelompokkan lagi menjadi:

a. Kelainan kromosom

Banyak ilmuwan yang mengidentifikasi penyebab tunagrahita ialah penyebab genetic, dan yang paling banyak dan paling umum dari sindrom genetik ini ialah:

a.1. Down Syndrome

Banyak sindrom genetic bersifat keturunan, namun tidak semuanya, termasuk sindrom down, umumnya tidak diturunkan. Sindrom down merupakan kelainan kromosom pada pasangan ke-21. Manusia umumnya terdiri dari 23 pasang kromosom, pada sindrom down, pasangan ke-21 bukanlah terdiri dari sepasang (dua) kromosom, melainkan terdiri dari tiga kromosom. Oleh karenanya sindrom down juga disebut **Trisomy 21**. Sindrom down merupakan bentuk tunagrahita yang paling umum.

Ciri fisiknya: ada lipatan yang tebal di seputar mata, sehingga terlihat mata agak tertarik ke bawah, pendek, hypotonia (decreased muscle tone, meningkatnya tekanan pada otot yang berakibat kekencangan otot berkeurang), fleksibilitas yang berlebihan pada persendian, rongga bicara yang kecil yang berakibat lidah menonjol keluar, tangan pendek dan lebar dengan garis tangan tunggal, gangguan jantung dan rentan pada infeksi saluran pernapasan bagian atas (Taylor, Richards, & Brady, 2005).

Tingkat ketidakmampuan intelektual pada sindrom down sangat bervariasi, namun kebanyakan termasuk pada rentangan “sedang” (35-50). Tahun-tahun terakhir ini, lebih banyak anak dengan sindrom down telah mencapai skor IQ pada kategori tunagrahita “ringan” (50-70) daripada sebelumnya, hal ini barangkali disebabkan oleh program pendidikan khusus yang intensif.

Kemungkinan memiliki anak dengan sindrom down berkorelasi positif dengan penambahan usia ibu (Beirne-Smith dkk, 2006). Kemungkinan penyebab lain ialah usia ayah, terkena radiasi, dan terkena virus. Penelitian dalam hal ini masih bersifat penelitian permulaan.

a.4. Prader-Willi syndrome

Orang dengan syndrome Prader-Willi merupakan kelainan keturunan yang diperoleh dari ayah karena kekurangan material genetik pada pasangan kromosom ke-15 (Dykens dkk., 2000).

Ada dua fase berbeda pada sindrom Prader-Willi, pertama pada fase bayi, mereka lemah dan mengalami sulit makan, biasa dimulai pada usia satu tahun. Akan tetapi kemudian mereka menjadi terobsesi dengan makanan. Memang prader-Willi secara genetic merupakan penyebab terjadinya obesitas (kegemukan). Meskipun kerentanan dari akibat obesitas kebanyakan ialah problem medis, namun orang dengan obesitas juga beresiko pada problem kesehatan yang lain, termasuk bentuk tubuh cebol karena kekurangan hormone pertumbuhan, gangguan jantung, gangguan tidur, seperti keadaan mengantuk yang berlebihan pada siang hari, dan berhentinya bernapas ketika tidur (sleep apnea); serta scoliosis (pembengkokan tulang belakang). Tingkat ketidakmampuan intelektual bervariasi, tetapi mayoritas tergolong pada rentang “ringan” (50-70), dan beberapa memiliki IQ pada rentang normal (Taylor dkk., 2005).

b. Kesalahan metabolisme yang dibawa sejak lahir

Diakibatkan faktor keturunan dari kekurangan enzyme yang digunakan untuk metabolisme zat-zat dasar dalam tubuh seperti asam amino, karbohidrat, vitamin, atau bahan mineral (Thomas, 1985). Salah satu yang paling umum ialah phenylketonuria (PKU), yaitu ketidakmampuan tubuh mengubah zat makanan umum – phenylalanine menjadi tyrosine; akibatnya, terjadi tumpukan phenylalanine yang mengakibatkan perkembangan otak yang abnormal. Di Amerika, semua Negara bagian secara rutin memeriksa bayi atas gejala PKU sebelum mereka meninggalkan rumah sakit. Bayi dengan gejala PKU segera diberikan diet khusus yang dapat mencegah terjadinya tunagrahita. Ada yang berpikir bahwa diet dapat dihentikan pada suatu waktu dalam masa kanak-kanak menengah. Akan tetapi para ilmuwan sekarang merekomendasikan diet

diteruskan untuk waktu yang tak terbatas, karena mereka yang berhenti diet khusus beresiko mengalami ketidakmampuan belajar atau problem perilaku yang lain, dan perempuan dengan PKU yang berhenti diet sangat beresiko tinggi melahirkan anak dengan gejala PKU.

c. Gangguan perkembangan yang mempengaruhi pembentukan otak.

Ada sejumlah kondisi yang sebagian merupakan factor keturunan dengan disertai sindrom genetik dan sebagian lain disebabkan kondisi seperti infeksi yang dapat mempengaruhi perkembangan struktur otak dan mengakibatkan ketidakmampuan intelektual. Sebagai contoh, microcephalus dan hydrocephalus. Pada microcephalus, kepala menjadi sangat kecil dan berbentuk kerucut. Akibat tunagrahita yang diakibatkan biasa tergolong pada rentang “berat” hingga “sangat berat”. Tidak ada penanganan khusus untuk microcephalus, dan harapan hidupnya sangat kecil (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2007).

Hydrocephalus diakibatkan dari kumpulan cairan cerebrospinal di dalam dan di luar otak. Kepungan cairan yang melingkar pada otak menimbulkan tekanan luar biasa pada otak dan pembesaran tengkorak. Tingkat ketidakmampuan intelektual tergantung pada seberapa dini kondisi tersebut terdiagnosis dan tertangani. Dua penanganan yang dapat dilakukan, yaitu pembedahan untuk menempatkan tube guna mengalirkan cairan yang berlebihan dari otak ke dalam perut, atau menyisipkan alat yang menyebabkan cairan mengalir melalui jalur lain dari area yang merintang otak.

d. Pengaruh-pengaruh lingkungan.

Ada banyak factor lingkungan yang dapat mempengaruhi wanita hamil sehingga berpengaruh pada bayi yang dikandungnya. Salah satu contoh ialah kekurangan gizi pada ibu yang sedang mengandung, apabila ibu tidak menjaga diet yang sehat, maka perkembangan otak janin dapat terpengaruh.

Banyak aspek bahaya lingkungan yang lain dari zat-zat bahaya yang sangat merugikan, dari zat-zat yang jelas beracun, seperti kokain dan

heroin, hingga zat-zat yang potensial menimbulkan racun, seperti tembakau dan alkohol. Secara khusus, gangguan spectrum alcohol pada janin/Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) termasuk gangguan pada anak yang dilahirkan wanita yang mengkonsumsi alcohol berlebihan ketika hamil. Salah satu gangguan paling berat dari gangguan itu ialah fetal alcohol syndrome (FAS). Anak-anak dengan FAS ditandai dengan berbagai cirri wajah yang abnormal dan keterbelakangan perkembangan, termasuk ketidakmampuan intelektual (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

Bahaya radiasi juga sangat dikenal berpengaruh pada janin. Para dokter berusaha menghindarkan wanita hamil dari radiasi sinar X kecuali secara mutlak sangat diperlukan.

Infeksi yang dialami ibu mengandung juga dapat berpengaruh pada janin yang dikandungnya. Rubella (cacar Jerman) secara potensial dapat menimbulkan kebuataan pada bayi yang dilahirkan, serta dapat berakibat pada ketidakmampuan intelektual. Rubella paling berbahaya apabila terjadi pada kehamilan trimester pertama pada kehamilan ibu.

2. Sebab-sebab Perinatal

Banyak permasalahan yang terjadi pada saat persalinan yang dapat berakibat pada luka di otak dan menjadikan ketidakmampuan intelektual. Satu masalah yang kadang-kadang terjadi sewaktu persalinan ialah anoxia, yaitu kekurangan oksigen secara total.

Berat badan rendah (LBW: Low Birthweight) dapat berakibat pada sejumlah problem perilaku dan medis, termasuk ketidakmampuan intelektual (Taylor, Klein, Minich, & Hack, 2000). Berhubung kebanyakan bayi yang lahir prematur itu memiliki berat badan rendah, maka istilah prematur dan berat badan rendah sering digunakan sebagai sinonim. LBW umumnya dibatasi 5,5 pounds (2,75 Kg) atau lebih rendah dari itu. Terjadinya LBW dihubungkan dengan sejumlah factor, antara lain: nutrisi jelek, kehamilan pada usia muda (anak usia belasan tahun), penyalahgunaan obat, dan merokok berlebihan. LBW lebih sering terjadi pada ibu yang tinggal di daerah miskin.

Infeksi seperti syphilis dan herpes simplex dapat ditularkan dari ibu ke anak pada waktu proses kelahiran/persalinan. Penyakit kelamin ini secara potensial dapat mengakibatkan ketidakmampuan intelektual anak.

3. Sebab-sebab Postnatal

Penyebab ketidakmampuan intelektual yang terjadi setelah lahir dapat diklasifikasikan menjadi dua kelompok besar, yaitu penyebab yang bersifat biologis dan penyebab yang bersifat psikologis.

3.a. Penyebab Postnatal Biologis.

Contoh penyebab postnatal biologis ialah Traumatic Brain Injury (TBI), nutrisi kurang, infeksi, dan keracunan. TBI merujuk pada pukulan di kepala, kecelakaan lalu lintas, guncangan yang keras/hebat. Meningitis dan encephalitis adalah dua contoh infeksi yang dapat berakibat ketidakmampuan intelektual. Meningitis ialah suatu infeksi yang meliputi otak yang disebabkan oleh bakteri atau virus. Encephalitis, suatu peradangan otak, lebih sering berakibat pada ketidakmampuan intelektual, dan umumnya sangat mempengaruhi inteligensi. Salah satu bisa atau racun yang dihubungkan dengan ketidakmampuan intelektual ialah timah. Meskipun timah pada cat sekarang sudah dilarang, anak-anak kecil masih terkena racun pada makanan kecil berwarna yang berasal dari timah. Tingkat timah yang tinggi dapat mengakibatkan kematian.

3.b. Penyebab Postnatal Psikologis

Anak-anak yang dibesarkan di lingkungan miskin beresiko mengalami tunagrahita. Yang menjadi penyebab dapat berupa kasus-kasus ekstrim penyalahgunaan anak, penolakan dan kurangnya pemberian stimulasi. Namun demikian, para ahli yakin bahwa factor lingkungan seperti tidak memadainya interaksi orang dewasa-anak yang bersifat menstimulasi, pengajaran yang jelek, dan kurangnya bahan bacaan dapat juga mengakibatkan ketidakmampuan intelektual, terutama tunagrahita ringan. Sebagai contoh, pada salah satu penelitian berskala besar yaitu dengan 267.277 anak, ditemukan mereka yang

lahir dari ibu yang berusia belasan tahun dan memiliki pengalaman pendidikan kurang dari 12 tahun beresiko untuk mengalami ketidakmampuan intelektual tingkat ringan dan sedang (Chapman, Scott, & Mason, 2002).

Meskipun faktor lingkungan sebagai penyebab ketidakmampuan intelektual ringan tak dapat ditolak, factor keturunan dapat juga memainkan peranan. Sebagai contoh, pada penelitian tentang peranan keturunan pada kembar identik dan kembar dizygotic yang mengalami tunagrahita ringan, ditemukan lebih banyak kesamaan di antara mereka yang berasal dari kembar identik daripada kembar dizygotic, hal ini membuktikan bahwa peranan keturunan lebih tinggi daripada factor lingkungan pada orang yang mengalami tunagrahita ringan.

Penting untuk mempertanyakan seberapa banyak peranan pengaruh keturunan dan lingkungan pada inteligensi seseorang, hampir tidak mungkin memisahkan pengaruh satu dari yang lain dalam hal tersebut.

Selama beberapa tahun, telah diasumsikan bahwa penyebab kebanyakan kasus tunagrahita ringan ialah factor psikologis, sedang factor organic atau biologis menjadi penyebab dari kasus tunagrahita yang lebih berat. Namun pada tahun-tahun terakhir ini, para ilmuwan mulai menduga bahwa banyak kasus tunagrahita ringan disebabkan oleh sindrom genetic khusus (Dykens dkk., 2000; Hodapp & Dyckens, 2007). Mereka berspekulasi bahwa dalam waktu tidak lama lagi akan ditemukan sindrom genetic baru sebagai penyebab tunagrahita ringan.

CARA MENGIDENTIFIKASI KETIDAKMAMPUAN INTELEKTUAL:

Ada dua area yang digunakan untuk menentukan orang yang mengalami tunagrahita, yaitu tes inteligensi dan perilaku adaptif.

1. Tes Inteligensi

Ada banyak sekali jenis tes untuk mengukur IQ, namun para praktisi lebih memilih tes individual disbanding tes kelompok karena ketelitian dan kemampuan prediktifnya. Salah satu tes yang paling umum digunakan untuk mengukur IQ anak ialah WISC-IV(Wechsler Intelligence Scale for Children-IV). Tes ini terdiri dari skor IQ penuh, tetapi juga mengandung empat

komposit skor, yaitu, skor pemahaman verbal, penalaran perceptual, memori kerja, dan kecepatan memroses.

Dibanding banyak tes psikologis yang lain, tes IQ seperti WISC-IV adalah yang paling valid di antaranya, yaitu mengukur apa yang hendak diukur. Suatu indikator baik dari validitas tes IQ ialah kenyataan bahwa hasil tes itu dapat menjadi index tunggal terbaik yang memprediksi sebaik apa seorang siswa berprestasi di sekolah.

2. Perilaku Adaptif

Format dasar dari instrumen yang digunakan untuk mengukur perilaku adaptif menuntut orang tua, guru, atau professional yang lain menjawab pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mewujudkan keterampilan adaptif.

KARAKTERISTIK PSIKOLOGIS DAN PERILAKU

Orang-orang tunagrahita kemungkinan mengalami kekrangan dalam hal perhatian, ingatan, bahasa, regulasi-diri, motivasi, dan perkembangan social. Individu yang mengalami tunagrahita tidak harus mengalami semua gejala psikologis dan perilaku tersebut.

Perlunya **perhatian** untuk belajar tak dapat disangkal. Seseorang harus dapat mencurahkan perhatian pada tugas yang ada sebelum ia dapat mempelajarinya. Selama bertahun-tahun, peneliti menyatakan bahwa masalah belajar dari orang tunagrahita dapat diatribusikan pada masalah perhatian (tomporowski & Tinsley, 1997). Seringkali mereka mencurahkan perhatian pada hal yang salah, mereka mengalami kesulitan mengalokasikan perhatian mereka secara tepat.

Salah satu dari penemuan penelitian yang paling konsisten ialah orang tunagrahita memiliki kesulitan mengingat informasi. Mereka sering memiliki problem khusus dengan **memori kerja** (Connors, 2003; Rosenquist, Connors, & Roskos-Ewoldsen, 2003). Memori kerja meliputi kemampuan untuk menyimpan informasi dalam pikiran sementara pada saat yang bersamaan secara simultan mengerjakan tugas kognitif yang lain. Sebagai contoh, mencoba mengingat suatu

alamat sambil mendengarkan instruksi tentang bagaimana caranya menuju ke alamat tersebut.

Hampir semua orang tunagrahita memiliki keterbatasan dalam **pemahaman dan produksi bahasa**. Jenis masalah bahasa yang dialami tergantung pada sebab ketidakmampuan intelektual mereka (Abbeduto, Kellerbell, Richmond, & Murphy, 2006).

Regulasi-diri adalah istilah luas yang merujuk pada kemampuan seseorang untuk mengatur perilakunya sendiri. Orang tunagrahita juga memiliki kesulitan dengan metakognisi yang terkait secara dekat dengan kemampuan regulasi-diri (Bebko & Luhaorg, 1998). **Metakognisi** merujuk pada kesadaran seseorang tentang strategi apa yang perlu dilakukan untuk menyelesaikan suatu tugas, kemampuan untuk merencanakan bagaimana menggunakan strategi yang sudah disusun, serta mengevaluasi seberapa baik strategi itu dijalankan. Dengan demikian, regulasi-diri merupakan suatu komponen dari metakognisi.

Salah satu kunci memahami perilaku orang tunagrahita ialah dengan menghargai problem mereka dengan **motivasi** (Swisky, 2006). Berhujung sudah biasa mengalami pengalaman kegagalan, mereka kemungkinan mengembangkan keyakinan bahwa mereka tidak memiliki kendali terhadap apa yang terjadi pada diri mereka. Oleh karenanya mereka cenderung mencari sumber motivasi dari eksternal daripada sumber internal.

Orang tunagrahita memiliki bermacam-macam problem social. Mereka bermasalah pada perilaku adaptif, memiliki inteligensi social terbatas, sehingga sulit bagi mereka untuk menginterpretasikan interaksi-interaksi social. Sebagai contoh, mereka memiliki kesulitan menjalin dan mempertahankan teman karena dua alasan: Pertama, mereka memiliki kesulitan terlibat dalam interaksi social dengan teman-teman yang lain, hal ini sudah terjadi sejak mereka duduk di prasekolah (Kasari & Bauminger, 1998). Kedua, bahkan ketika mereka tidak sedang berinteraksi dengan orang lain, perilaku-perilaku yang mereka tunjukkan dapat membuat teman-teman sebayanya menjauh. Misal, mereka mepertontonkan tidak adanya perhatian yang sangat tinggi serta perilaku kacau dibandingkan teman-teman sekolah mereka yang tidak tunagrahita.

Beberapa peneliti telah menunjukkan jenis problem social khusus yang menjadi karakteristik khusus orang tunagrahita, terutama mereka yang mengalami tunagrahita ringan, yaitu **sifat mudah ditipu**. Sifat mudah ditipu dapat dibatasi sebagai kecenderungan mempercayai sesuatu, biasanya pernyataan atau klain yang perlu dipertanyakan,

Intervensi Awal

Program prasekolah untuk anak tunagrahita dibagi dua kelompok, yaitu: (1) program usia dini yang didisain untuk pencegahan, program ini di Indonesia belum ada. Di Negara maju, pemerintah menyediakan dana untuk bayi dan anak-anak yang diidentifikasi **beresiko** mengalami tunagrahita, umumnya mereka menerima program yang memberikan pengalaman untuk meningkatkan perkembangan persepsi motorik, intelektual, bahasa, dan social. Keluarga dari anak-anak ini juga menerima sejumlah layanan social dan medis. (2) Program usia dini yang didisain untuk perkembangan lanjut; program ini diperuntukkan bagi anak-anak yang diidentifikasi **sudah mengalami** tunagrahita. Programnya memberikan tekanan besar pada perkembangan bahasa dan pengertian (konseptual). Berhubung mereka sering mengalami hambatan multipel, maka professional yang lain seperti terapis bicara, terapis fisik sering dilibatkan pada pendidikan mereka. Selain itu, program yang baik juga memberikan kesempatan untuk keterlibatan orangtua. Sebagai contoh, orang tua dari anak yang mengalami ketidakmampuan fisik seperti cerebral palsy, dapat belajar dari terapis fisik cara yang memadai untuk melatih lebih lanjut tentang perkembangan fisik anak. Demikian juga, orang tua dapat belajar teknik yang memadai untuk menyuapi anak dari terapis bicara (anak yang mengalami kesulitan bicara diberi terapi yang antara lain dari cara menyuapi anak, missal menjilati coklat di sekitar mulut untuk menggrakkan organ bicaranya).

Ada program pendidikan untuk siswa tunagrahita Sekolah Dasar yang beberapa di antaranya dapat diterapkan juga untuk anak prasekolah. Seabgai contoh: (1) Pengajaran sistemik. Pada program ini, digunakan pengajaran dorongan, konsekuensi dari perbuatan/performansi, dan strategi untuk

mentransfer pengendalian stimulus (Davis & Cuvo, 1997). Siswa tunagrahita sering perlu didorong atau diberi aba-aba tentang bagaimana merespon dengan cara yang benar. Dorongan ini dapat berupa verbal, isyarat, fisik, atau dapat juga digunakan modeling (Davis & Cuvo, 1997). Dorongan verbal dapat berupa pertanyaan “Apa yang perlu kamu lakukan berikutnya?” atau perintah seperti “Letakkan kaos kakimu di laci pakaian paking atas”. Dorongan isyarat dapat berupa penunjukkan kaos kaki dan laci pakaian sementara memberikan pertanyaan atau perintah. Dengan memegang tangan anak dan meletakkannya pada kaos kaki dan laci pakaian merupakan contoh dorongan fisik. Orang dewasa dapat juga memberikan model dengan meletakkan kaos kaki ke dalam laci pakaian yang kemudian menyuruh siswa melakukan hal yang sama. Siswa yang diberi penguatan (reinforcement) pada responnya yang benar akan belajar lebih cepat. Penguatan dapat berupa verbal (misal pujian “Bagus”) atau isyarat (Diacungi “Ibu jari”), yang menjadi hadiah bagi anak. Makin langsung hadiah diberikan setelah respon yang benar dilakukan, makin efektif hasilnya. Untuk mentransfer pengendalian stimuli dari dorongan ke stimuli yang lebih alami, maka dilakukan **penundaan waktu konstan**, yaitu suatu teknik yang member jarak antara permohonan dengan dorongan (Kaiser & Grim, 2006). Sebagai contoh, pada tahap awal, siswa diberi permintaan: “Silahkan masukkan kaos kakimu di laci pakaian” dan pada waktu bersamaan secara simultan diberi dorongan: “ Ayo masukkan kaos kakimu ke dalam laci pakaian”. Pada tahap berikutnya, setelah permintaan diajukan, diberi tenggang waktu tertentu (misal selama 5 detik) baru diberi dorongan. Dengan makin meningkatkan penundaan waktu antara permintaan dan pemberian dorongan secara bertahap, maka pada akhirnya anak akan makin mandiri tanpa membutuhkan dorongan lagi untuk melaksanakan permintaan dari lingkungannya. (2) Pengajaran dalam setting kehidupan nyata dengan material nyata. Pengajaran dapat dilaksanakan pada keadaan/setting kelas, di bawah kondisi simulasi, atau pada kehidupan nyata. Secara umum tentu lebih baik mengajar siswa tunagrahita tentang keterampilan hidup sehari-hari pada setting nyata sesuai dengan setting di mana anak akan menggunakan keterampilan tersebut. Berhubung lebih mudah melaksanakan

pengajaran di kelas daripada dalam kehidupan nyata, maka guru akan memulai pengajarannya dari kelas, kemudian melengkapinya dengan pengajaran pada situasi kehidupan nyata. Misalnya, guru mengajar kegiatan belanja dengan foto-foto atau gambar tentang supermarket di kelas atau membangun toko-toko secara simulasi dengan rak-rak dan produk-produk tertentu, serta sebuah cash register (Morse & Schuster, 2000). Pada kegiatan di kelas, memang dianjurkan lebih baik menggunakan kaleng-kaleng makanan yang nyata untuk mengenalkan produk-produk tertentu, dan juga menggunakan uang nyata sebagai alat bayarnya. Aktivitas dalam kelas ini kemudian dilengkapi dengan kunjungan periodik pada supermarket yang nyata. Tujuannya agar siswa mengenal cara belanja dan bagaimana harus membayarnya.

Sumber Utama:

Hallahan, D.P., Kauffman, J.M., & Pullen, P.C. (2009). *Exceptional learners*. 5th Ed. Boston: Pearson Education, Inc.

Kaiser, A.P., & Grim, J.C. (2006). Teaching functional communication skills. In M.E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (6th ed., pp. 447-488). Upper Saddle River, New York: Prebtice-Hall.

Taylor, R.L., Richards, S.B., & Brady, M.P. (2005). *Mental retardation: Historical perspectives, current practices, and future directions*. Boston: Allyn & Bacon.