

BAB II

DESKRIPSI ANAK *DOWN SYNDROME* KELAS TERAPI BICARA

SDLB/ CI ALPA KUMARA WARDHANA I

2.1 Anak *Down Syndrome*

Sejarah mengenai *down syndrome* sangat samar-samar karena dahulu antara fisik bawaan (cacat tubuh), seperti *cripple* dan kerdil dengan *down syndrome* tidak begitu dibedakan, begitu juga dengan tuna rungu-wicara, dan sebagainya sering dicampuradukkan dengan mereka yang mempunyai gangguan kognitif. Hal tersebut menyulitkan untuk membuat diagnosa klinik. Zaman Romawi kuno dan nazi Jerman dibenarkan adanya pembunuhan anak-anak cacat (Prasadio, 1976:3). Sejarah *down syndrome* di Indonesia dimulai tahun 1904 saat Belanda berkuasa, sehingga dana dari pemerintah Hindia Belanda untuk keturunan kulit putih tiap anak tiap harinya sebesar f.0,50 dan f.0,35 untuk anak pribumi (Prasadio, 1976:5).

Sebelum ditemukan istilah *down syndrome* dikenal dengan istilah yang kasar yaitu *idiot, stupid, immature, defective, subnormal, incompetent, dan dull*. Istilah *idiot* sendiri berasal dari bahasa Yunani *idiotos*, berarti individu atau manusia yang tidak mempunyai bagian dalam kehidupan di dunia (*public life*), digunakan sampai abad ke-17.

Down syndrome berasal dari nama ahli fisik (*physician*) Inggris, Lang Down, orang yang mendeskripsikan tanda-tanda klinis tahun 1866 (Davison dan Neale, 1994:466).

Down syndrome merupakan suatu bentuk kelainan kromosom. Kromosom disusun oleh gen (pembawa sifat), sedangkan gen disusun oleh DNA. Kromosom terdapat di inti tiap sel tubuh individu. Tiap sel mempunyai 23 pasang, 22 pasang disebut kromosom otosomal (*autosomes chromosomes/* pembawa sifat jasmani). Sepasang yang lain adalah kromosom seks (*sex chromosomes/* pembawa sifat seks).

Kelainan kromosom pada anak *down syndrome* yaitu karena kromosom otosomal nomor 21 berjumlah 3, yang seharusnya 2 atau sepasang (1 dari kromosom ayah dan 1 dari ibu). Sehingga kelainan kromosom pada *down syndrome* disebut *trisomy 21*, maka jumlah keseluruhan kromosom anak *down syndrome* adalah 47 sedangkan pada anak normal adalah 46.

Anak *down syndrome* mempunyai tanda-tanda klinis, yaitu:

1. Matanya sipit serupa dengan buah almond dengan lateral (tepi) mata condong naik.
2. Kulit kelopak mata cenderung tebal dan terlihat sangat berbeda dengan normal yang lain.
3. Hidung kecil dan tulangnya tidak berkembang.

4. Lidahnya berukuran lebih besar dari ukuran rongga mulut (biasanya disebut *scrotal*) sehingga lidahnya sedikit keluar dari mulut (*protrude*) dan membuatnya sulit untuk berbicara dengan jelas.
5. Matanya berbintik-bintik.
6. Leher cenderung pendek dan besar.
7. Jari-jari terlihat pendek dan gemuk. Jari kelingking membentuk kurva lebih jelas dibandingkan jari-jari lain.
8. Kaki, pada jari pertama dan kedua terdapat ruang yang lebih besar dari normal.
9. Pola kromosomnya tidak normal, pada pemeriksaan mikroskopis pada sel tubuhnya (Nelson, 1964:1239).
10. Kecerdasannya di bawah rata-rata sehingga perkembangan bahasanya lebih lambat dibanding anak normal (Dodd dan Leahy (1989), Katz dan Kravetz (1989) dalam Carson dan Butcher, 1992:509-510).

Down syndrome merupakan salah satu gangguan berbahasa dengan gangguan kognitif. Sehingga bukan hanya sulit dalam berbicara, tetapi juga dalam berbahasa, misalnya pemahaman bahasa (*comprehensive of language*). Anak *down syndrome* mempunyai ciri-ciri gangguan berbahasa sebagai berikut:

1. Kelemahan menggunakan alat-alat bicara (untuk mengeluarkan bunyi-bunyi bahasa).

2. Penggunaan kalimat lebih pendek dan sederhana (kurang kompleks) dengan bentuk primitif dan dapat disertai dengan gangguan artikulasi.
3. Penggunaan arti kata lebih konkret.
4. Penggunaan lebih sedikit dari beberapa fungsi semantik seperti keterangan tempat dan waktu (Bernstein dan Tiegermann (1985) Sidiarto dalam Dardjowidjojo, 1991:139).

Anak *down syndrome* terlihat mempunyai ciri-ciri berbahasa yang berbeda dengan anak normal. Struktur kalimat yang digunakan lebih sederhana karena keterbatasannya dalam berbahasa, yaitu lemah dalam mengingat, memahami, dan terkadang pendengaran yang kurang membuatnya sulit menangkap bunyi-bunyi yang diterima.

Anak *down syndrome* itu merupakan anak yang sangat membutuhkan penanganan dan perawatan. Jika anak *down syndrome* itu sendiri mengalami gangguan berbicara, berbahasa, dan kognitif ataupun gangguan motorik yang lebih parah dibandingkan anak *down syndrome* setingkatnya maka ia lebih diwajibkan mendapatkan perawatan dan penanganan lebih, misalnya dengan terapi.

Secara motorik contohnya, mereka tidak dapat memegang pensil dengan baik, tidak dapat menggunakan pensil atau benda-benda yang lain, koordinasi mata dan tangan yang kurang. Berbicara dan berbahasa, misalnya untuk anak *down syndrome* setingkatnya, mereka seharusnya sudah dapat menggunakan bahasa lisan setidaknya kata dan kalimat-kalimat sederhana tetapi

sebagian besar dari mereka yang wajib masuk terapi bicara hanya mampu memahami kalimat yang diterima tetapi tidak mampu mengekspresikannya.

Ada beberapa definisi dan tingkatan mengenai *down syndrome* sesuai kecerdasannya. Pembagian tingkatan-tingkatan *down syndrome* sebetulnya ada beberapa pendapat, dari Inggris dan Amerika, misalnya *British Glossery of Mental Disorders* dalam I.C.D.8 dan *American Association on Mental Deficiency* (AAMD). Pembagian tingkatan AAMD dengan *8th Revision of International Classification Diseases* (I.C.D.8) hampir sama. I.C.D.8 membagi menjadi 6 tingkat, yaitu: *mild, moderate, severe, profound, unspecified mental retardation* (retardasi mental yang tidak dapat diidentifikasi kelompoknya), *borderline mental retardation* (Prasadio, 1976:13).

Unspecified mental retardation harus digunakan dengan hati-hati karena ditujukan pada individu (seperti anak bayi) yang fungsi intelektualnya pada waktu itu tidak dapat diukur menurut test yang berlaku dan tidak dapat dinilai secara klinis. *Borderline mental retardation* (garis batas retardasi mental) termasuk *backwardness* (keterbelakangan), *borderline intelligence* (keterbelakangan intelegensi), *borderline mental deficiency* (garis batas keterbelakangan mental), *subnormality* (di bawah normal) dengan IQ 68-85. dalam I.C.D.9 diusulkan diganti dengan *normal variations in intelligence*. WHO *Expert Committee on Mental Healths in the Organization of Services for Mentally Retardates* tidak setuju dengan nama *borderline* karena dengan demikian 16% dari penduduk dapat dianggap sebagai terbelakang.

Berbeda halnya dengan AAMD, *down syndrome* terbagi menjadi 4 bagian, yaitu: *down syndrome* ringan (*mild mental retardation*), sedang (*moderate mental retardation*), berat (*severe mental retardation*), dan sangat berat (*profound mental retardation*).

Mild mental retardation/ retardasi mental ringan (IQ 50-55 sampai 70), sekitar 85% dari semua mereka yang mempunyai IQ di bawah 70. Anak tersebut tidak selalu dapat dibedakan dengan anak muda normal sampai mereka masuk sekolah. Belajar ketrampilan akademis pada sekolah dasar kelas VI, dan sebagian besar mereka tidak memberikan tanda adanya penyakit otak (*brain pathology*).

Ketika dewasa mereka memungkinkan untuk dapat mengurus diri, menikah, dan mempunyai anak tetapi dengan tingkat sosial ekonomi dan kepandaian yang rendah. Mereka mampu mengucapkan kalimat-kalimat dengan jelas dibandingkan dengan anak-anak pada tingkatan yang lain. Kemampuan berbicara, memahami, mengulang, menulis, dan membaca dengan lebih baik. Sebagian besar mereka masih mempunyai kesulitan membaca dan menulis.

Moderate mental retardation/ retardasi mental sedang (IQ 35-40 sampai 50-55), sekitar 10% dari mereka yang mempunyai IQ di bawah 70. Kerusakan otak dan penyakit lain sering terjadi, misalnya kerusakan fisik dan kerusakan-kerusakan saraf (*neurological disfunctions*) yang menghalangi ketrampilan motorik, seperti meraih dan mewarna mengikuti garis, dan sebagainya. Selama masa anak-anak, mereka memenuhi syarat untuk masuk kelas khusus yang menekankan perkembangan ketrampilan perawatan diri (*self-care*

skills) dan kemampuan berkomunikasi (*communication ability*) dari pada prestasi akademis (*academic achievement*).

Kemampuan koordinasi sensorik dan motoriknya lemah sehingga sebagian besar dari mereka kehidupannya ditopang oleh keluarga atau grupnya. Mereka mampu berbicara dan memahami dengan cukup baik jika didukung bantuan orang tua, guru, dan latihan-latihan yang intensif. Karena sensorik dan motorik yang lemah, sebagian dari mereka tidak dapat menulis, menggambar atau mewarnai sesuai garis batas. Tetapi beberapa lainnya mampu menulis, mewarna, atau menggambar. Kemampuan menggambar hanya sebatas garis atau lingkaran.

Severe mental retardation retardasi mental berat (IQ 20-25 sampai 35-40), sekitar 3%-4% dari mereka yang mempunyai IQ di bawah 70. Mereka mempunyai fisik abnormal bawaan dan keterbatasan kontrol sensorik-motorik. Berbicara dan menjaga diri sendiri memerlukan latihan lebih lama. Mereka cukup ramah tetapi hanya dapat berkomunikasi secara singkat pada tingkat yang lebih konkrit. Memahami ucapan-ucapan orang lain dibutuhkan waktu yang lama, dan sebagian besar mereka tidak memahami kalimat-kalimat yang terlalu panjang atau rumit.

Profound mental retardation retardasi mental sangat berat (IQ di bawah 20-25), sekitar 1%-2% dari mereka yang mempunyai IQ di bawah 70. Mereka memerlukan pengawasan total di seluruh hidupnya. Latihan harus intensif dan maksimal untuk meningkatkan perkembangan motorik, perawatan diri, dan ketrampilan berkomunikasi. Angka kematian sangat tinggi selama masa anak-anak (Grossman, 1973 dalam Payne dan Patton, 1981:46). Klasifikasi tersebut

berdasarkan *American Association on Mental Deficiency* (AAMD) oleh Heber dan Grossman.

Perkembangan berbicara dan berbahasa anak *down syndrome* berbeda dengan anak normal, karena mempunyai kelainan berbicara, berbahasa, dan kognitif. Secara umum perkembangan berbicara (kemampuan ekspresif) anak *down syndrome* sebagai berikut: sebelum umur 3 tahun mereka tidak dapat memproduksi atau mengucapkan bunyi-bunyi konsonan (misalnya /m/, /n/, /p/, /t/, /d/, dan sebagainya), tidak dapat menggabungkan fonem (misalnya /ma/, /ba/, atau /mamama/), bunyi-bunyi yang diucapkan tidak dapat dikenali.

Setelah umur 3 tahun mereka baru mengucapkan bunyi-bunyi konsonan yang mudah dan hanya sebatas kata (misalnya, /mata/ menjadi [c^]), ucapannya sulit dimengerti. Umur 4 tahun mereka tidak dapat mengucapkan konsonan di akhir kata (misalnya, /udan/ menjadi [d^]).

Umur 4 tahun dan selanjutnya, mereka mulai berkomunikasi dengan bentuk kalimat-kalimat pendek sekaligus dengan bahasa isyarat yang tidak jelas dan sulit dimengerti (misalnya, "*pergi sekolah*" menjadi "*sekolah pergi*"). Mereka mulai menggunakan bunyi-bunyi bahasa lainnya untuk situasi yang lebih kompleks pada umur 5 tahun. Umur-umur selanjutnya lebih pada perkembangan perasaan, yaitu merasakan perasaan malu karena ucapan-ucapan orang lain atau ucapannya sendiri (Syder, 1992:60-61).

Perkembangan berbahasa khususnya pemahaman (komprehensif) juga berbeda dengan anak normal. Umur 6-12 bulan, mereka belum dapat merespon suara-suara anggota keluarganya terutama jika berkomunikasi tanpa sentuhan fisik atau tidak bertemu secara teratur. Terkadang mereka tidak merespon bunyi-bunyi di sekitarnya karena kemampuan mendengar yang lemah atau bahkan tuli. Sekitar 12-14 bulan mereka belum mampu menunjukkan beberapa objek atau orang yang dikenal walaupun objek tersebut dinamai atau disimbolkan dengan bahasa tubuh.

Beranjak 18 bulan mereka masih belum mengerti perintah-perintah yang sederhana atau kata-kata umum. Ketika umur 24-30 bulan mulai dapat menunjukkan objek dan orang yang dikenal dengan dan antara 24-36 bulan mereka dapat mulai mengerti dan menerima kata-kata orang lain walaupun membutuhkan waktu yang lama (Syder, 1992:62).

Perkembangan berbicara dan berbahasa tersebut diambil secara umum tanpa memperhitungkan tingkat kecerdasannya. Perkembangan tersebut hanya sampai tahap prasekolah. Mereka justru mempunyai perkembangan yang berbeda-beda sesuai kemampuannya pada masa sekolah dasar dan mulai dapat dibedakan tingkat kecerdasannya. Di antara sekian banyak anak *down syndrome* dengan perkembangan berbicara dan berbahasa yang telah dijelaskan, ada sebagian anak yang tidak mempunyai kemampuan yang sama ataupun mendekati dan mereka lebih membutuhkan terapi bicara.

Permasalahan tersebut banyak terjadi di Indonesia karena lingkungan yang tidak mendukung. Misalnya, kurangnya kesadaran orang tua terhadap perawatan anak baik di sekolah dan di rumah, fasilitas untuk anak *down syndrome* yang cukup mahal, dan tingkat perekonomian mereka yang rendah. Kondisi tersebut tidak dapat memaksimalkan kemampuan berbicara, berbahasa, dan gerakan motorik.

Jika anak *down syndrome* sedang (*moderate*) diberi pendidikan dan terapi-terapi secara intensif maka setidaknya ia dapat berdiri sendiri untuk berkomunikasi. Mereka juga akan mampu melakukan beberapa pekerjaan sehari-hari yang tidak terlalu mengandalkan kecerdasan, misalnya memotong rumput, menyetir mobil atau sepeda, membersihkan rumah, dan sebagainya. Prestasi akademis memang tidak dipentingkan, yang paling dipentingkan dan banyak diterapkan yaitu ketrampilan mengurus diri, berbicara, dan berbahasa. Mengurus diri, berbicara, dan berbahasa dipelajari secara langsung dari terapi, yaitu terapi fisik dan koordinasi, dan terapi bicara. Jika mereka tidak mendapat pendidikan formal ataupun terapi-terapi tersebut, terutama bagi yang sangat membutuhkan, maka anak tersebut tidak dapat berkomunikasi dan mengurus diri. Ia akan bergantung seluruhnya pada keluarga atau kelompok yang bertanggung jawab atas kelangsungan hidupnya.

Keadaan tersebut yang sedang dialami oleh anak-anak *down syndrome* sedang di SLB/ C1 Alpa Kumara Wardhana I, terutama mereka yang membutuhkan terapi. Orang tua kurang menyadari pentingnya pendidikan dan terapi bagi masa depan dan kelangsungan hidupnya.

2.2 Kemampuan Berbicara dan Berbahasa Murid SDLB/ CI Kelas Terapi Bicara

Enam aspek kemampuan berbahasa, yaitu berbicara, pemahaman, repetisi, menamai, membaca, dan menulis. Kemampuan berbicara dan berbahasa murid-murid tersebut berbeda-beda, mulai dari berbicara, pemahaman, repetisi, dan seterusnya. Hal tersebut karena pemerolehan bahasa didapat dari aspek yang berbeda-beda. Misalnya kemampuan motorik tubuh, kemampuan motorik bicara, dan kemampuan sensorik berkembang berdasarkan perkembangan alamiah dan juga proses belajar. Proses belajar ini juga didapat dari lingkungan yang bermacam-macam, misalnya dari lingkungan sekolah, keluarga, tetangga, dan sebagainya. Setiap lingkungan sekolah juga mendapatkan proses belajar yang berbeda-beda, misalnya, kelas umum, kelas terapi motorik, kelas terapi bicara.

Terapi bicara SDLB/ CI Alpa Kumara Wardhana I lebih memprioritaskan pada murid-murid yang mengalami gangguan yang lebih parah (misalnya, tidak mampu mengucapkan bunyi vokal dan konsonan) karena kurangnya tenaga pengajar. Murid-murid dengan *down syndrome* tersebut seharusnya mendapat terapi mulai pra sekolah sampai SMLB. Murid SDLB kelas terapi bicara berjumlah 16 murid, 17 murid lainnya adalah murid TKLB, SLTPLB, dan SMLB. Kemampuan berbicara dan berbahasa yang berbeda-beda membuat guru terapi menggunakan cara pengajaran per individu bukan kolektif seperti pada kelas umum.

Kemampuan berbicara mereka bermacam-macam. Ada sekitar tiga kemampuan berbicara di kelas tersebut, yang berkemampuan baik, sedang, kurang. Beberapa murid mempunyai mempunyai kemampuan berbicara lebih baik tetapi belum tentu dengan berbahasanya. Mereka sudah mampu mengucapkan kata dengan lebih baik, misalnya mereka ingin mengatakan bahwa sekarang waktunya istirahat, dengan *bel... bel, teng... teng, istirahat*, atau *ma'em* walaupun tidak dengan ucapan yang sempurna. Mereka mampu mengucapkan fonem-fonem secara terpisah tetapi jika dimasukkan dalam tataran kata, fonem-fonem tersebut akan hilang. Misalnya, mereka mampu mengucapkan fonem /s/ dengan jelas tetapi jika mengucapkan /s/ menjadi [c^te]. Fonem /s/ pada posisi depan tidak terdengar sama sekali, tetapi jika fonem /s/ dalam /es/ sebagian dari mereka mampu mengucapkan [es] dan lainnya mengucapkan [et] dengan bunyi apiko-alveolar.

Murid-murid lebih menonjolkan kemampuan ekspresi dengan bahasa lisan. Pemahaman mereka terhadap benda-benda atau kalimat yang diterima sangat kurang. Mereka memahami benda-benda dan kegunaannya jika mereka sering melihat atau menggunakan benda-benda tersebut. Kalimat yang dapat dimengerti hanya kalimat-kalimat pendek dan kalimat-kalimat sederhana tanpa menggunakan kosakata yang rumit, misalnya kalimat "*besok anak-anak harus membawa enam buku tulis baru yang sudah disampul*". Mereka tidak mampu mengerti secara keseluruhan informasi tersebut. Melainkan hanya ingat besok membawa buku tulis, sehingga solusinyanya guru harus menuliskan catatan untuk tiap-tiap anak dan dimasukkan dalam buku tugas mereka masing-masing.

Ciri-ciri yang terlihat terutama murid-murid yang mempunyai kemampuan berbicara lebih baik, yaitu mereka suka “*membeo*”, yaitu meniru apa yang dikatakan guru secara spontan. Ketika guru menunjuk papan dan berkata /a/, maka mereka ikut menunjuk papan dan berkata /a/ sehingga secara tidak langsung mereka mengulang (repetisi) apa yang dilakukan dan diucapkan guru tersebut. Hal tersebut sering terjadi walaupun mereka tidak mengerti informasi yang diterima.

Di antara mereka ada yang mampu mengenali, dan membaca angka. Ia termasuk katagori sedang. Ia mampu dalam bidang berhitung dan membaca alfabet tetapi tidak mampu membaca kata atau suku kata. Misalnya, penambahan $12+13$ dengan cara susun ke bawah atau dengan alat bantu hitung (sipoa/sempos). Ia mampu membaca sebagian besar alfabet, dari /a/ sampai /z/ dengan huruf kapital dan huruf kecil tetapi tidak mampu membaca /ibu/.

Menulis tergantung dari motorik tangannya. Sebagian dari mereka dapat menulis tanpa mengerti maksud dari apa yang ditulisnya. Mereka tidak dituntut untuk mengerti apa yang ditulis karena sebagian dari mereka mempunyai motorik tangan yang lemah sehingga tidak mampu memegang pensil dengan baik. Kemampuan menulis lebih cenderung menjiplak tulisan yang ditulis guru.

Murid yang tidak mampu berbicara tidak dapat mengucapkan fonem /a/ sampai /z/. Beberapa dari mereka tidak dapat memfokuskan diri, hal tersebut karena beberapa diantara mereka cenderung mempunyai *double handicaps*, yaitu *down syndrome* dan *autisme*.

Murid-murid tersebut dapat memahami benda-benda sekitar, kegunaannya, dan kata atau kalimat-kalimat yang diucapkan lawan bicara. Mereka tidak dapat mengucapkan fonem ataupun angka. Kesulitannya yang utama yaitu alat artikulatorinya yang sulit digunakan sehingga guru terapi menggunakan teknik repetisi untuk melatihnya mengeluarkan bunyi-bunyi bahasa. Teknik repetisi untuk murid ini lebih ke fonem dan kosakata yang mudah. Pemahamannya cukup bagus walaupun kemampuan berbicaranya sangat kurang.

Secara umum, murid-murid tersebut mempunyai gangguan berbicara, menamai, membaca, dan menulis tetapi beberapa dari mereka dapat memahami kata atau kalimat yang diucapkan guru terapi dan benda-benda di sekitarnya yang sering ditemui. Untuk penamaan, dibutuhkan kemampuan memahami dan berbicara tetapi mereka hanya mampu memahami, maka hanya dalam taraf sensorik saja, yaitu otak bagian *Wernicke*. Mereka tidak mampu mengeluarkan bunyi-bunyi bahasa karena kesulitan pada alat artikulasinya.

2.3 Kemampuan Berbicara dan Berbahasa

Kelompok A dan B merupakan kelompok yang wajib mendapatkan terapi bicara. Kelompok A mempunyai kemampuan berbicara dan berbahasa yang minim dibandingkan anak-anak lainnya. Sedangkan kelompok B mempunyai kemampuan berbicara dan berbahasa minim juga dibandingkan yang lain. Tetapi karena sudah mendapatkan terapi bicara maka mereka mengalami perkembangan berbicara dan berbahasa yang lebih dibandingkan kelompok A. Pembagian kelompok berdasarkan kuantitas terapi bicara yang diberikan.

2.3.1 Kemampuan Berbicara dan Berbahasa Kelompok A

Kelompok A terdiri atas empat anak, yaitu A1, A2, A3, dan A4. Secara umum mereka tidak mampu berbicara, bahkan untuk mengucapkan bunyi vokal (dengan cara repetisi). Mereka hanya mampu mengeluarkan suara-suara yang tidak beraturan, misalnya [ʌ:h] diucapkan pada setiap suku kata atau kata yang harus diulanginya. A1 mempunyai ucapan-ucapan khusus setiap ia berbicara, misalnya saat guru terapi memintanya mengucapkan kucing, mata, batu, atau benda-benda yang lain, selalu ada bunyi [dʒi], [ʌ:], atau [yʌ] pada setiap kata. Dalam hal pemahaman, ia dapat memahami isyarat dan kalimat-kalimat sederhana yang diucapkan oleh lawan bicaranya. A1 cenderung hiperaktif dan suka memukul temannya sehingga sulit untuk bersikap tenang dan berkonsentrasi.

A2 dan A3 belum dapat mengucapkan bunyi-bunyi vokal atau konsonan. Mereka hanya mengeluarkan suara-suara untuk menyatakan keinginannya. Mereka memahami kalimat perintah yang lebih sederhana dan sulit untuk memfokuskan pada satu objek yang dituju orang lain. A2 sering mengalami kejang-kejang jika stress karena hal-hal yang disampaikan tidak dimengerti orang lain sehingga dalam berkomunikasi lawan bicara sering berpura-pura mengerti. A3 sama halnya dengan A1, mempunyai sifat hiperaktif.

A4 belum dapat mengucapkan bunyi-bunyi vokal dan konsonan. Pengecualian pada A4 yang mempunyai kemampuan memahami lebih baik dibanding lainnya. Ia dapat memahami kalimat-kalimat yang lebih kompleks, misalnya kalimat perintah, "*Hitung angka ini dengan alat hitung!*" Maka ia langsung mengambil alat hitungnya dan mulai menghitung. Hanya saja ia

mempunyai pendengaran yang lemah sehingga guru terapi harus mengucapkan kalimat-kalimat dengan nada yang keras. A4 sudah dapat menghitung bilangan dengan alat bantu hitung (sipoa/ sempoa). Saat di kelas A4 cenderung tertinggal dalam hal bahasa. A4 cenderung pasif jika pelajaran saat itu merupakan pelajaran bahasa, misalnya pengenalan huruf.

A1 dan A4 sudah pernah mendapat terapi bicara dalam beberapa bulan tetapi tidak menghasilkan apapun karena tidak teratur. Sedangkan A2 dan A3 baru saja mendapatkan terapi bicara dan masih dalam tahap memfokuskan mata pada satu benda karena mempunyai sifat hiperaktif. Masing-masing terjadwal dalam kelas terapi bicara dengan waktu terapi 30 menit sekali seminggu.

2.3.2 Kemampuan Berbicara dan Berbahasa Kelompok B

Kelompok B juga terdiri atas empat anak, yaitu: B1, B2, B3, dan B4. B1 mempunyai sifat yang pemalu dan cenderung pasif, berbeda dengan yang lain. B2 dan B4 lebih mempunyai sifat ingin tahu. Sedangkan B3 mempunyai sifat yang biasa saja, tidak terlalu aktif ataupun pasif. Masing-masing sudah mendapatkan terapi bicara selama 3-4 tahun dengan jadwal terapi 30 menit sekali seminggu. Terapi ini dilakukan secara teratur dan diambil di sela-sela jam belajar anak tersebut.

B1 mempunyai kemampuan berbicara yang cukup, hanya saja ia sulit mengucapkan beberapa fonem tertentu. Kemampuannya mendengar sama dengan A4, yaitu kurang sehingga guru terapi atau lawan bicaranya harus berbicara lebih keras. Kemampuannya memahami benda, gambar, atau kalimat-kalimat sama dengan B3 dan B4. Sedangkan B2 lebih pandai dalam hal berbicara ataupun

pemahaman tetapi karena lebih muda umurnya maka sifatnya lebih agresif, egois, dan aktif. Hal ini ditunjang dengan latihan-latihannya di rumah.

Kemampuan berbicara dan berbahasa mereka lebih baik dibandingkan kelompok A. Mereka mampu mengucapkan bunyi-bunyi bahasa dalam tataran kata dan kalimat-kalimat yang sangat sederhana, misalnya ia ingin bertanya apakah papannya perlu dihapus, dengan “*Bu, hapus*” walaupun kalimat yang diucapkan tidak terlalu jelas. Mereka masih sulit mengucapkan beberapa fonem yang diletakkan pada tataran kata.

Mereka mampu menamai benda, mengulang fonem dan kata, dan mampu menulis. Memahami benda dan kata terutama pada hal-hal yang umum, yang sering digunakan, didengar atau ditemui. Menulis lebih difokuskan pada latihan gerakannya bukan pada apa yang dituliskannya.

2.4 Terapi Bicara

Anak *down syndrome* mempunyai gangguan berbicara dan berbahasa sehingga memerlukan terapi bicara untuk meningkatkan kemampuan berbicara khususnya dan berbahasanya. Terapi bicara sering juga dikenal dengan terapi wicara atau terapi bina wicara. Terapi bicara merupakan terapi yang khusus melatih kemampuan berbicara dan secara tidak langsung juga memerlukan kemampuan berbahasa, misalnya kemampuan untuk memahami benda, gambar, atau perintah-perintah yang diberikan guru terapi. Meningkatkan kemampuan berbicara merupakan langkah utama untuk melatih alat artikulasi.

SLB/ CI Alpa Kumara Wardhana I menyediakan satu ruangan terapi bicara dan satu guru terapi. Jumlah murid kelas terapi yang berjumlah 32 murid dengan satu murid luar yang dibagi menjadi beberapa bagian waktu belajar. Tiap waktu belajar berjumlah satu sampai maksimal dua orang, dengan waktu belajar 30 menit. Dari 32 murid hanya 3-5 murid yang benar-benar aktif menjalankan terapi bicara dengan peran aktif orang tua.

Kelas terapi bicara menyediakan fasilitas terapi, misalnya kaca, lampu, tempat duduk, alat latihan pernafasan (lilin, harmonika), balok-balok huruf, gambar-gambar, boneka, mobil miniatur, pesawat miniatur, dan alat-alat yang lain. Terapi bicara mempunyai metode baku sebagai pedoman, yaitu:

1. Latihan peregangan alat-alat artikulasi, misalnya menggerakkan bibir (membentuk lingkaran, melebarkannya, dan sebagainya sesuai posisi dalam membentuk bunyi vokal atau konsonan), lidah (sesuai posisi dalam membentuk bunyi vokal atau konsonan), rahang (dengan membuka dan menutup mulut), pipi, menggetarkan pita suara.
2. Latihan pernafasan. Bermanfaat untuk mengatur suara yang dikeluarkan, dengan tiga cara (untuk pernafasan hidung dan mulut):
 - meniup: keras, lembut, panjang, pendek.
 - Menghisap: harmonika, bau minyak, bunga.
 - Bernafas campuran, meniup dan menghisap.

3. Latihan mengeluarkan bunyi atau suara yang stabil. Suara yang dikeluarkan dengan ukuran-ukuran tertentu, misalnya nada rendah, keras, dan berteriak secara stabil.
4. Vokalisasi (mengucapkan bunyi vokal). Vokal /a/, /i/, /u/, /e/, /o/ diucapkan berulang-ulang. Misalnya, /a/ mempunyai posisi lidah rendah bawah, bentuk bibir tidak bulat.
5. Pengucapan bunyi konsonan. Latihan dimulai dengan mengucapkan bunyi konsonan yang mudah hingga yang sulit, dan disesuaikan dengan kemampuan anak tersebut.
6. Pengucapan satu suku kata, misalnya /ma/, /pa/. Suku kata tersebut diambil dari kata-kata yang umum sehingga mudah untuk dikenali dan diucapkan.
7. Pengucapan dua suku kata (sudah pada tataran kata). Fonem mulai dimasukkan dengan posisi yang bervariasi dalam sebuah kata, misalnya /a/ di depan, di tengah, dan di belakang. Kata yang dikenalkan merupakan kata-kata yang umum dan ada di sekitarnya, termasuk juga mulai belajar memahami benda (menamai).
8. Pengucapan tiga suku kata.
9. Latihan merangkai kata atau mengucapkan kalimat yang terdiri atas dua kata.
10. Latihan merangkai kalimat yang terdiri atas tiga kata, dan seterusnya. Latihan ini juga diberikan pada orang tua untuk membiasakan anak tersebut untuk mengenal kosakata-kosakata



baru, dan melanjutkan materi-materi dari kelas terapi bicara untuk diteruskan di rumah. Misalnya, pengenalan warna, membilang angka, mengenal hari, mengenal bulan, dan sebagainya.

11. Penggunaan kalimat tanya, pengertian, dan penerimaan pertanyaan dari lawan bicara. Misalnya, kemampuan merangkai kata dan keberaniannya dalam mengungkapkannya.
12. Latihan menggunakan dan mengerti macam-macam kalimat, misalnya kalimat perintah, kalimat larangan, kalimat ajakan, dan sebagainya.
13. Latihan menceritakan gambar. Gambar hanya berupa objek sederhana. Misalnya gambar kucing, anjing, mobil, dan gambar lain yang menarik untuk dilihat, terutama gambar tersebut berwarna. Dapat juga menggunakan benda sebenarnya, misalnya kucing hidup.
14. Latihan mengeluarkan ide-ide atau pendapatnya. Melatih keberanian berbicara dan mencoba menemukan kata-kata yang tepat untuk mengungkapkan keinginannya.
15. Mengenalkan dengan komunikasi yang lebih kompleks, jika mampu.

Metode ini dapat diterapkan secara individu ataupun kolektif. Dalam kelas terapi bicara SDLB diterapkan secara perseorangan dan maksimal untuk dua orang. Pelaksanaan metode ini disesuaikan dengan kondisi dan situasi tiap-tiap murid, misalnya beberapa anak hanya mampu mengucapkan /mata/ dengan

[mʌtcʌ], maka latihan pengucapan kata cukup sampai tahap tersebut. Ia tidak dapat memaksimalkan dengan mengucapkan [mʌtʌ] dengan jelas. Tetapi jika ia mengucapkan /mata/ dengan [ʌ:] atau [cʌ] maka latihan mengucapkan kata masih harus dilakukan sebelum melangkah pada tahap yang lebih kompleks.

Latihan ini tidak diklasifikasikan secara terpisah dengan aspek lain.. Kemampuan berbicara merupakan misi utama terapi bicara, tetapi tidak terlepas dari kemampuan anak tersebut, kemampuan berbahasanya, kemauan anak dan orang tua, lingkungan keluarga dan sosialnya, serta aspek psikologis anak. Aspek-aspek tersebut juga mempengaruhi perkembangan kemampuan berbicara dan berbahasa anak tersebut.

Kelompok B sudah mencapai tahap mengucapkan kata. Walaupun beberapa anak dalam kelompok B masih perlu dibantu. Mereka juga sudah dalam tahap pengenalan benda-benda (memahami untuk menamai). Untuk mengetahui perkembangan kemampuan berbicara, guru terapi tidak mendeskripsikannya dalam bentuk laporan pada setiap perkembangannya tetapi mengadakan pertemuan orang tua murid. Latihan berjalan seperti apa adanya tanpa tindakan lebih lanjut, yaitu kerja sama antara orang tua dengan guru mengenai kesulitan dan kemudahan yang dihadapi anak. Penanggung jawab atas perkembangan berbicara, berbahasa, dan pendidikan anak dilimpahkan semuanya pada pihak sekolah, yaitu guru-guru tersebut.

Kemampuan yang bermacam-macam membuat metode tersebut diterapkan bermacam-macam pula. Sebagian anak dengan tujuh kali pertemuan mampu mengeluarkan beberapa bunyi-bunyi vokal tetapi ada juga yang masih belajar mengeluarkan suara, bahkan ada yang masih belum dapat memfokuskan diri. Keberhasilan dalam mengembangkan kemampuan berbicara ataupun berbahasa tidak hanya dengan dukungan terapi, melainkan juga dukungan guru kelas, orang tua, dan lingkungan sekitarnya sehingga orang tua juga perlu dibekali mengenai cara melatih anak dalam berkomunikasi lisan. Unsur psikologi juga perlu diperhatikan karena berpengaruh pada cara bersosialisasi dan berkomunikasi anak.

BAB III
DESKRIPSI FONETIS UJARAN ANAK *DOWN SYNDROME*
SEBELUM DAN SESUDAH TERAPI BICARA
SDLB/ C1 ALPA KUMARA WARDHANA I SUARABAYA