

CASE STUDY OF EARLY CHILDHOOD SPECIAL NEEDS IN SIDOHARJO VILLAGE

Prima Suci Rohmadheny

PG PAUD FIP IKIP PGRI MADIUN/ Jl. Setiabudi no. 85 Madiun, Jawa Timur, Indonesia

E-mail: prima.suci@gmail.com

ABSTRACT. *This study aimed to describe: (1) the growing number of early childhood with special needs, (2) special need in early childhood, (3) intervention that received by early childhood special needs, and (4) the potential ability of early childhood with special needs in Sidoharjo Village, District Jambon, Ponorogo. Using qualitative approach with case study multicase method. Data were collected through observation, interviews, and documentation supported by field notes. The analysis used Spradley model analysis with an examination of the validity of the data through the credibility test, transferability test, dependability test, and confirmability test. The results showed that (1) the amount of the existence of early childhood with special needs in Sidoharjo, Jambon, Ponorogo has decreased. It is because of the caring of government by health service, education, and parents awareness was increasing, (2) the special needs of early childhood are identified: down syndrome, withdrawal, learning disability, and multiple disability, (3) intervention that received by special needs of early childhood: physical interventions, health, and education, (4) the potential capabilities from early childhood with special need include: gross motor skills and independence, memorization of listening, gross motor skills, singing and recitation through listening, and ability to see and hear as a basic modality to have social interaction with others.*

Keywords : *early childhood with special needs, potential ability, case study*

PENDAHULUAN

Ponorogo merupakan sebuah kabupaten yang dikenal memiliki banyak pondok pesantren sebagai lembaga pendidikan Islam. Di samping memiliki banyak pesantren, Ponorogo memiliki sisi fenomenal dengan munculnya pemberitaan dari berbagai media yang meliputi keberadaan kampung dengan penduduk terbesar mengalami hambatan perkembangan. Kemudian, mereka membuat stigma terhadap kampung tersebut dengan sebutan kampung idiot.

Berdasarkan data jumlah penduduk Desa Sidoharjo per 2007 jumlah penduduknya sebanyak 6.259. Jika disebutkan dalam data Sensus Nasional Biro Pusat Statistik tahun 2003 jumlah penyandang cacat di Indonesia sebesar 0,7% dari jumlah penduduk sebesar 211.428.572 atau sebanyak 1.480.000 jiwa, maka besar kemungkinan sebagian dari jumlah data penduduk per tahun 2003 yang ada di Desa Sidoharjo telah masuk dalam hitungan sensus dari BPS. Per tahun 2007 tercatat sejumlah 295 jiwa

penduduk Desa Sidoharjo memiliki kelainan. Dari sejumlah data tersebut, ditemukan setidaknya ada 8 anak yang mengalami hambatan dan berada pada rentang usia dini.

Hasil penelitian Dinas Kesehatan Ponorogo bekerjasama dengan mitra diperoleh informasi bahwa kadar air di tiga daerah salah satunya di daerah Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo memiliki kandungan yodium yang rendah bahkan nol persen, sedangkan kandungan logam beratnya tinggi. Kemudian, Kadinkes (Kepala Dinas Kesehatan) Ponorogo menyebutkan dampak GAKY tidak hanya pada pembesaran kelenjar gondok. Hal yang lebih penting adalah terhambatnya perkembangan tingkat kecerdasan otak pada janin dan anak akibat kekurangan yodium. Kerusakan saraf otak bisa mengakibatkan rendahnya nilai IQ (*intelligent quotient*) pada penderita GAKY. Beliau juga menyebutkan bahwa air dengan kadar yodium rendah juga membuatnya sulit menyimpan nutrisi. Meskipun banyak yang menduga adanya akibat dari perkawinan sedarah, namun hasil penelitian terhadap para penderita GAKY tidak ditemukan hasil yang menyatakan adanya perkawinan sedarah. Hasil penelitian ini, bisa menjadi faktor awal yang mengakibatkan terjadinya kelainan pada beberapa warga di Desa Sidoharjo.

Tidak menutup kemungkinan bahwa pemicu-pemicu kelainan yang dialami oleh para penduduk tersebut telah mulai mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhannya sejak mereka berusia dini bahkan sejak dalam kandungan. Anak usia dini (AUD) menurut NAEYC adalah anak-anak yang berada pada rentang usia sejak lahir hingga usia 8 tahun. Berbeda halnya dengan Undang-undang Sistem Pendidikan Nasional Nomor 20 tahun 2003 BAB I pasal 1 ayat 14 yang menegaskan bahwa “Pendidikan Anak Usia Dini adalah suatu upaya pembinaan yang ditujukan kepada anak sejak lahir sampai dengan usia enam tahun yang dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut”. Pada prinsipnya, anak usia sejak lahir hingga 8 tahun adalah anak yang berada pada masa perkembangan yang pesat dan fundamental. Masa-masa tersebut tidak dapat diulang, sehingga memberikan stimulasi pada anak usia dini sama dengan membangun pondasi bagi kesiapan mereka lebih lanjut.

Sejumlah delapan anak usia dini yang terdata dalam dokumen kantor Desa Sidoahrjo belum diketahui apakah telah mendapat intervensi yang tepat atau belum, karena belum pernah dilakukan asesmen. Padahal, amanat Undang-undang Sistem Pendidikan Nasional Nomor 20 Tahun 2003 Pasal 5 Ayat 1 telah menyebutkan bahwa, “Setiap warga negara mempunyai hak yang sama untuk memperoleh pendidikan yang bermutu”. Pemberian pendidikan yang bermutu untuk semua warga negara termasuk anak berkebutuhan khusus berarti memberikan intervensi yang tepat bagi mereka. Intervensi yang tepat, tentu berdasarkan pada hasil asesmen yang dilakukan dengan prosedur yang benar. Asesmen menurut Taylor (2000) mengacu pada pengumpulan informasi yang relevan untuk membantu dalam membuat keputusan mengenai tujuan dan sasaran yang tepat, strategi mengajar, dan penempatan program. Asesmen dapat dilakukan dengan berbagai tujuan, seperti yang telah disebutkan oleh Sue C. Wortham (2005: 1 – 3) bahwa tujuan asesmen meliputi: *screening* atau *diagnosis*, *determining eligibility*, *program planning*, *monitoring student progress*, *evaluating program*. Berdasarkan pendapat Taylor tersebut, sangat jelas bahwa untuk menetapkan program intervensi yang tepat, tujuan, sasaran dan strategi yang digunakan perlu didasari dari informasi yang dikumpulkan melalui upaya asesmen. Didukung oleh pendapat Wortham, tujuan untuk dilakukannya asesmen dalam penelitian ini adalah sebagai langkah untuk mendiagnosis jenis kekhususan, menetapkan kategori kebutuhan khusus dari obyek penelitian, dan menjadikannya sebagai dasar untuk menyusun program layanan yang tepat. Oleh karena itu, asesmen adalah langkah awal yang sangat penting.

Pentingnya dilakukan asesmen dan kaitannya dengan intervensi diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andrew Downs & Paul S. Strand (2006: 678 - 679), disebutkan dalam hasil penelitian tersebut bahwa efektivitas intervensi dipengaruhi oleh asesmen dan yang paling penting adalah prosedur asesmen yang dilakukan dengan cara yang benar sehingga memberikan informasi yang sesuai dengan kebutuhan yang digunakan sebagai dasar melakukan intervensi. Di samping itu, Marisa Macy and Kristie Hoyt-Gonzales juga mengungkapkan dalam karya tulisnya pada jurnal *TEACHING Exceptional Children* bahwa: “*Professionals need information from eligibility assessments, they can use to develop quality goals and intervention content*”(2007: 40). Hal ini dapat diartikan bahwa para profesional (pendidik, terapis,

psikolog, konselor, dokter) membutuhkan informasi melalui asesmen yang layak, mereka dapat menggunakannya untuk mengembangkan tujuan dan materi intervensi yang berkualitas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan (1) pertumbuhan jumlah anak usia dini berkebutuhan khusus, (2) gambaran ketidakmampuan anak-anak usia dini berkebutuhan khusus, (3) intervensi yang diterima anak-anak usia dini berkebutuhan khusus, dan (4) potensi kemampuan anak-anak usia dini berkebutuhan khusus di Desa Sidoharjo, Kecamatan Jambon, Kabupaten Ponorogo.

METODE PENELITIAN

Pendekatan yang digunakan adalah kualitatif dengan metode studi kasus jenis *multicase*. Data dikumpulkan melalui pengamatan, wawancara, dan dokumentasi yang didukung dengan catatan lapangan. Pemeriksaan keabsahan data dilakukan melalui uji kredibilitas berupa triangulasi, uji transferabilitas, uji dependabilitas, dan uji konfirmabilitas yang bersama-sama dilakukan dengan *membercheck*. Selama dan setelah pengumpulan data, data dianalisis menggunakan analisis model Spradley melalui beberapa tahap analisis yang meliputi: analisis domain, analisis taksonomi, analisis komponensial, dan analisis tema.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah melalui proses pengumpulan data berupa pengamatan, wawancara, dokumentasi yang didukung dengan catatan lapangan, serta telah dilakukan triangulasi baik sumber maupun teknik dan *membercheck* diperoleh beberapa temuan hasil penelitian. Beberapa temuan hasil penelitian kemudian dibahas secara ilmiah sebagai berikut:

Pertumbuhan Jumlah AUD yang Mengalami Hambatan di Desa Sidoharjo

Pada bab sebelumnya telah disampaikan bahwa pertumbuhan jumlah anak usia dini yang mengalami hambatan di Desa Sidoharjo mengalami perubahan. Data awal menyatakan pada tahun 2007 terdapat 8 anak usia dini mengalami hambatan perkembangan dan setelah 7 tahun Desa Sidoharjo berdiri, yakni pada tahun 2014 hanya ditemukan 5 anak usia dini mengalami hambatan. Data tersebut ditabulasikan sebagai berikut:

Data AUD dengan Hambatan (2014)

NO	NAMA	TANGGAL LAHIR	USIA
1	FT	16 - 11 - 2007	7 tahun
2	SND	21 - 8 - 2007	7 tahun
3	DK	8 - 12 - 2007	7 tahun
4	DN	27 - 9 - 2006	8 tahun
5	FS	08 - 6 - 2006	8 tahun

Perubahan tersebut, jika dilihat dari kuantitasnya tampak mengalami penurunan. Hal ini bisa saja disebabkan oleh telah tersedianya layanan kesehatan serta tenaga kesehatan yang memadai serta beberapa upaya lain yang telah dilakukan, termasuk upaya untuk memberikan pendidikan bagi orangtua berkaitan dengan kebutuhan anak baik kesehatan maupun pendidikan melalui program SANGU AKIK sebagaimana informasi yang diperoleh melalui beberapa sumber.

Selain layanan umum yang telah berkembang, keterlibatan atau partisipasi orangtua memiliki pengaruh yang sangat besar dalam pertumbuhan dan perkembangan anak sejak dalam kandungan hingga bertumbuh besar setelah dilahirkan. Pendidikan, pengetahuan, serta usia kematangan atau kecukupan usia ibu saat mengandung memiliki peranan penting bagi perkembangan anak. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariani dan Mardhani Yosoprawoto (2012: 119 – 120) pada semua anak di Taman Kanak-Kanak dan PAUD di wilayah kerja Puskesmas Arjuno Kecamatan Klojen Kotamadya Malang. Penelitian tersebut dilakukan dengan pendekatan *cross-sectional* dan menunjukkan hasil bahwa 2,1% angka kejadian suspek keterlambatan perkembangan pada balita yang tinggal di Kecamatan Klojen, Kotamadya Malang. Pada penelitian tersebut disebutkan bahwa faktor yang berperan dalam tumbuh kembang anak tersebut adalah umur anak dan pendidikan ibu. Dengan demikian, selain layanan kesehatan dan layanan pendidikan yang sudah mulai menunjukkan kemajuan, peranan yang paling utama pada perubahan tersebut adalah dari keluarga atau orangtua terutama ibu.

Gambaran Ketidakmampuan yang Dimiliki AUD Berkebutuhan Khusus

a. Gambaran Hambatan Perkembangan FT

FT didiagnosis oleh dokter Ponorogo mengalami kretinisme. Dari beberapa karakteristik yang tampak sejak balita antara lain wajah mirip orang mongoloid,

mata sipit, dan tangan mungil, dapat dikatakan FT memiliki kecenderungan *Down Syndrome (DS)*. Menurut Soetjiningsih(1995: 211-221), DS merupakan bentuk kelainan kongenital yang ditandai dengan berlebihnya jumlah kromosom nomor 21 yang seharusnya dua buah menjadi tiga buah sehingga jumlah seluruh kromosom mencapai 47 buah. Pada manusia normal jumlah kromosom sel mengandung 23 pasangan kromosom. Penderita kelainan jumlah kromosom ini pada umumnya memiliki karakteristik fisik yang khas. Beberapa ciri fisik penyandang kelainan ini di antaranya, bagian belakang kepala rata, mata sipit, alis mata miring (*slanting of the eyelids*), telinga lebih kecil, mulut yang mungil, otot lunak, persendian longgar, dan tangan kaki yang mungil. Beberapa karakteristik yang muncul pada tampilan fisik FT, sehingga dapat dinyatakan bahwa kondisi tersebut sesuai dengan pendapat Soetjiningsih.

Berdasarkan pendapat Idris (2006: 35-45), di Indonesia prevalensi DS lebih dari 300 ribu jiwa. Meskipun orangtua dari segala usia mempunyai kemungkinan untuk mendapat anak yang menderita DS, tetapi kemungkinannya lebih besar untuk ibu yang usianya di atas 35 tahun. Pendapat ini dikuatkan dengan pendapat Lidyana (2004: 16 – 21) yang mengungkapkan bahwa pada wanita berusia 30 hingga 34 tahun, insidensi DS terjadi pada 1 dari 750 kelahiran. Pada wanita berusia 39 tahun, insidensi itu naik secara drastis sampai 1 dari 280 kelahiran. Kemudian pada wanita berusia 40 sampai 44, insidensi 1 dari 13 kelahiran, sedangkan pada wanita berusia lebih dari 45 tahun, insidensi DS terjadi pada 1 dari 65 kelahiran. Artinya, semakin tinggi usia ibu saat mengandung, semakin tinggi pula resiko kelahiran anak dalam kondisi *Down Syndrome*.

Pada saat mengandung, Ibu FT sudah berusia sekitar 40 tahun. Kondisi tersebut menurut penelitian yang dilakukan oleh Charina Sitomorang (2011: 94) menjadi faktor yang erat kaitannya dengan resiko melahirkan anak *Down Syndrome*. Pada penelitian yang melibatkan sampel sebanyak 60 orang, terdiri atas 20 orang ibu dengan anak DS dan 40 orang ibu dengan anak normal dipilih untuk penelitian ini menunjukkan hasil adanya hubungan signifikan secara statistik antara umur ibu dan risiko melahirkan anak dengan DS. Penelitian tersebut dilakukan Sekolah Luar Biasa (SLB) C Surakarta dan lingkungan tempat tinggal ibu dan anak. Dengan

demikian, dapat dikatakan bahwa faktor resiko yang dialami FT adalah akibat dari usia ibu yang sudah mencapai 40 tahun pada saat hamil FT dan ditambah lagi tidak pernah periksa kehamilan dan tidak pernah membawa FT pada layanan posyandu selama balita.

b. Gambaran Hambatan Perkembangan SND

Sesuai dengan temuan hasil penelitian, perkembangan SND dalam segala aspek dinilai lambat oleh guru, padahal sudah berada pada kelompok B. Usianya mencapai 7 tahun lebih di TK PKK Kreet Sidoharjo. Pada aspek perkembangan sosial emosi dan kemandirian, anak ini lebih sering berperilaku diam, melamun, dan jarang mau mengerjakan tugas dari guru, sehingga guru bingung untuk mengetahui perkembangan kemampuannya. Guru juga merasa bingung untuk mengambil langkah apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi SND. Bahkan, SND beberapa kali BAB di celana saat kegiatan di kelas dan dia hanya diam saja.

Selain selalu diam, SND juga merasa malu dan tidak percaya diri untuk tampil di depan atau bersama-sama teman, jarang mau menjawab saat ditanya guru, dan tidak pernah mau senam bersama teman-teman. Berbeda halnya jika di rumah, SND memiliki banyak teman bermain ketika di rumah yaitu saudara-saudaranya. Dengan merekalah SND bergaul karena di sekolah dia tidak bergaul dan berinteraksi dengan teman, serta tak suka berpergian wisata. SND belum menunjukkan perilaku mandiri untuk kebutuhan diri sendiri, ia masih dimandikan. Berangkat ke sekolah juga tidak mau berangkat jika bukan ayahnya yang mengantar, padahal dia sudah bisa dan memiliki sepeda sendiri.

Karakteristik DN yang paling menonjol kemunculannya adalah karakteristik pada perkembangan sosial dan sosialnya. Pemaparan di atas, sejalan dengan karakteristik yang dikutip Riana Mashar (2011: 95) dari pendapat Izzaty, Hallahan & Kauffman. Hallahan & Kauffman menyebutkan bahwa permasalahan emosi yang diarahkan ke dalam diri dengan kecenderungan menarik diri dari interaksi sosial dinyatakan dengan *withdrawal* (menarik diri). Demikian pula pendapat dari Izzaty yang menyebutkan bahwa anak yang mengalami *withdrawal* akan sulit bergaul, cenderung bermain sendiri, tidak dapat bersosialisasi dan berbagi dengan teman sekolahnya. Kemudian, Riana (2011: 96) mengklasifikasikan beberapa gejala

umum yang dapat diamati dari anak *withdrawal* antara lain: tidak mau bersosialisasi selain dengan keluarga, pendiam, rendah diri, malu, takut, tidak banyak bicara, dan beramin sendiri, sering melamun, menyendiri, tidak suka keramaian, sibuk dengan kegiatan sendiri, menjadi bahan olokan teman-temannya, dan cenderung tak suka dalam kegiatan berkelompok. Dengan demikian, SND dapat dikatakan memiliki kecenderungan memiliki permasalahan perkembangan sosial emosi yang disebut dengan *withdrawal*.

c. Gambaran Hambatan Perkembangan DK

Salah satu hasil dari penelitian yang dirumuskan oleh Daisy dan Rini (2005: 210 – 211) menyebutkan bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak yang mengalami *child abuse* (kekerasan pada anak), pada umumnya lebih lambat dari pada anak yang normal. Keterlambatan tersebut terjadi pada beberapa hal seperti kerusakan menetap pada susunan saraf yang dapat mengakibatkan retardasi mental, masalah belajar/ kesulitan belajar, buta, tuli, masalah dalam perkembangan motor/ pergerakan kasar dan halus, kejadian kejang, ataksia, ataupun hidrosefalus. Perilaku *child abuse* juga terjadi pada DK. Perilaku Ibu DK kasar, kejam, sering berlaku kekerasan verbal-fisik pada DK dan kurang memberi kebebasan dan kesempatan DK untuk belajar mandiri. Selain itu, Ibu DK terlalu *score oriented*/ berorientasi nilaiterhadap akademik DK. Akibatnya, DK takut pada ibunya dan kurang percaya diri. DK juga tampak jarang berinteraksi dengan teman-temannya dan ketika ada interaksi, mereka pun bertengkar. Dampak dari perilaku ibu DK yang kasar baik verbal maupun non verbal, membuat perkembangan sosial dan emosinya terhambat.

Jika dikaitkan dengan teori 3 in 1 Brain, maka perilaku yang dilakukan ibu DK tidak mendukung *system limbic* bekerja dengan baik dalam mengoptimalkan kegiatan belajar anak. Oleh karena itu, wajar saja jika aspek-aspek perkembangan DK yang berkaitan dengan kemampuan akademiknya menjadi terhambat. Paul MacLean (1978: 6) menjelaskan istilah 3 in 1 Brain yang mewakili dari struktur bagian-bagian yaitu batang otak, limbik, dan korteks. Salah satu bagian otak yang erat kaitannya dengan emosi adalah bagian limbik. Orang dewasa yang memicu *System Limbic* anak dengan menyanyi, bermain, menghargai, peduli, mencintai, mengembangkan hubungan positif, dan sebagainya terhadap anak akan membantu

mengoptimalkan kegiatan belajarnya. Sebaliknya, jika yang dilakukan pada anak adalah perilaku-perilaku yang tidak menyenangkan, kekerasan, dan aktivitas yang memicu rasa takut akan mengakibatkan *system limbic* tertutup sehingga kegiatan belajarnya tidak dapat berkembang dengan optimal

Dampak kekerasan pada anak mempengaruhi perkembangan kejiwaan dan kecerdasan. Berbagai penelitian melaporkan terdapat keterlambatan dalam perkembangan kognitif, bahasa, membaca, dan motorik. Retardasi mental dapat diakibatkan trauma langsung pada kepala, juga karena malnutrisi. Anak juga kurang mendapat stimulasi adekuat karena gangguan emosi. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa hambatan-hambatan yang terjadi pada seluruh aspek perkembangan DK terjadi akibat dari perlakuan kekerasan yang diperoleh dari ibunya.

d. Gambaran Hambatan Perkembangan DN

DN memiliki kondisi fisik pada kaki berbentuk O, sehingga berpengaruh pada kemampuan berjalannya. Sepatunya sering gesekan, takut jatuh, jalan tidak sempurna, sehingga menjadi sangat berhati-hati. Selain itu, DN masih belum mampu mengikuti seluruh gerakan senam dengan baik dan benar. Masih sering kebingungan dalam koordinasi gerak dalam senam. Pada aspek perkembangan bahasa, DN masih sulit diajari membaca huruf dan angka, serta mengaitkan konsep makna simbol yang dibaca. Meskipun demikian, DN akan cepat menghafal segala apa yang dia dengar. DN memiliki kebiasaan menulis dengan sangat dekat pada buku, nampaknya DN mengalami kesulitan dalam melihat dengan jarak tertentu. DN memiliki goresan tangan yang halus dan bagus dalam menirukan simbol huruf, namun belum memahami konsep simbol huruf dan membaca tulisan, sering mengalami kesalahan penulisan. Kesalahan penulisan tersebut dapat berupa adanya huruf yang hilang, huruf yang ditulis lebih dari sekali pada suatu kata, atau terbalik dalam menuliskan posisi huruf.

Pada aspek perkembangan sosial dan emosi, DN menunjukkan interaksi sosialnya saat bercanda dengan teman-teman perempuan di dekat bangkunya. Dia tidak pernah marah, selalu tampak gembira mesipun mendapat ejekan dari teman-temannya. Kemudian pada aspek perkembangan kognitif, DN sering berubah fokus.

Dengan cepat DN akan melakukan hal lain selain kegiatan utama ketika dia tidak diingatkan dan didampingi. Selain itu, DN juga belum memahami konsep lambang bilangan.

Dari keseluruhan gambaran kondisi tersebut di atas mencerminkan kondisi anak yang mengalami kesulitan belajar atau *learning disability*. Samuel Kirk (2009: 7) mendefinisikan *learning disability* sebagai gangguan pada satu atau lebih progres dasar psikologi termasuk dalam mengerti atau dalam menggunakan bahasa, ucapan maupun tulisan, kemampuan yang tidak sempurna untuk mendengarkan, berpikir, berbicara, menulis, mengeja, atau mengerjakan perhitungan matematika. Termasuk juga beberapa kondisi seperti gangguan permanen, kelainan otak, disfungsi minimal otak, disleksia, dan aphasia. Dari beberapa kemampuan yang disebutkan oleh Samuel Kirk, kemampuan yang belum tampak dari DN adalah menulis, mengeja, dan mengerjakan perhitungan matematika, serta disleksia.

e. Gambaran Hambatan Perkembangan FS

Multiple disabilities (tuna ganda) merupakan gangguan lebih dari satu aspek perkembangan yang dialami oleh seorang individu. IDEA menjelaskan definisi tersebut seperti yang dikuti oleh Marilyn Fiend (2005: 532 – 533) adalah gangguan jamak merupakan kecacatan serempak (seperti retardasi mental-kebutaan, retardasi mental dengan gangguan ortopedik, dsb), kombinasi yang menyebabkan kebutuhan khusus di mana mereka tidak dapat diakomodasi pada program pendidikan khusus untuk satu jenis gangguan belaka.

Pendapat tersebut sejalan dengan temuan hasil penelitian tentang hambatan yang dimiliki FS. Tampak secara fisik, seluruh tubuh FS kaku dan tegang, kaki tangannya kaku dan kurus, jari-jarinya. Ketika demam tinggi melanda, FS sering mengalami kejang sejak balita. Apalagi FS semakin sering demam tinggi dan kejang setelah menggunakan obat terapi dari Rumah Sakit, dosis ditingkatkan frekuensi kejang semakin sering. Saat balita FS sering demam, padahal dia suka minum ASI semasa kecil dulu, meskipun ibu FS tidak pernah periksa kandungan selama kehamilan

Untuk aspek perkembangan kemampuan motorik kasar dan bahasanya, FS belum menunjukkan kemampuan yang signifikan. FS belum mampu berjalan, makan

sendiri, memegang sesuatu, duduk sendiri, belum bisa. Untuk aspek kemampuan pembiasaan dan sosial emosinya, FS merasa bosan jika menu makanan tidak ganti, sehingga dia tidak akan mau makan. Dia juga sering bosan jika hanya di dalam rumah saja dan senang jika jalan-jalan. FS hanya bisa jika dibantu ibunya. Hanya ibu FS yang paling memahami apa yang diinginkan FS karena ibunya yang biasa menemani dan melayani termasuk menghafal jadwal BAB dan BAK-nya.

Gambaran hambatan yang dimiliki FS menunjukkan kecenderungannya untuk dapat disebut sebagai individu dengan lebih dari satu hambatan atau disabilitas. Kondisi FS dapat disinkronisasi dengan pendapat yang telah dikemukakan oleh IDEA seperti yang dikutip oleh Marilyn Friend di atas. FS tidak mampu melakukan aktivitas motorik dan aktivitas berbahasa, sehingga berpengaruh terhadap kemampuan dirinya dalam hal kemandirian. FS belum dapat menunjukkan kemampuan *self help* untuk kebutuhan sehari-hari. Hal tersebut dapat pula disebabkan oleh seringnya FS mengalami demam tinggi dan kejang sejak balita hingga usianya 8 tahun. Ketika sudah semakin besar, dampak dari seringnya kejang semasa balita menjadi terlihat.

Intervensi yang Diterima AUD Berkebutuhan Khusus

a. Intervensi Fisik dan Kesehatan

Anak yang memiliki hambatan di Desa Sidoharjo dan telah menerima intervensi fisik dan kesehatan adalah FS. Berdasarkan informasi yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya, FS sudah sering dibawa berobat kemana-kemana untuk penanganan kondisinya. FS telah dibawa ke beberapa tempat seperti: dukun, kyai, dan medis ke rumah sakit. Masyarakat setempat masih percaya dengan dukun, dan sebagainya. Di samping itu, dia telah mendapat bantuan berupa kursi roda yang sesuai dengan ukuran tubuhnya.

Di rumah sakit, FS telah menerima layanan terapi gerak dan obat. Namun seperti yang telah diungkapkan ibunya bahwa obat tersebut membuat frekuensi kejang FS ketika demam semakin meningkat, maka obat ini tidak lagi dilanjutkan. Demikian pula untuk terapi gerak, hendaknya bukan hanya tenaga rumah sakit saja yang melakukannya, tetapi orangtua di rumah yang merawatnya dilatih untuk dapat memberikan aktivitas terapi di rumah. Latihan gerak ini, dapat dimulai dari yang

sederhana seperti dilatih untuk menggenggam. Dengan demikian, intervensi pendidikan belum sesuai untuk kebutuhan FS.

b. Intervensi Pendidikan

Berdasarkan temuan hasil penelitian, diperoleh informasi bahwa anak-anak usia dini yang mengalami hambatan dan telah mendapat upaya intervensi pendidikan antara lain: FT, SND, DK, DN. FT menerima intervensi pendidikan di lembaga pra sekolah yaitu di TA Perwanida Mutiara. SND menerima intervensi pendidikan di lembaga pra sekolah yaitu di TK PKK Kreet, sedangkan DK dan DN menerima intervensi pendidikan di lembaga pra sekolah yaitu di RA Ar Ridho.

Untuk FT dengan kecenderungan hambatan perkembangan sebagai anak *down syndrome*, tentu intervensi pendidikan yang lebih sesuai adalah model program pendidikan prasekolah yang khusus untuk anak *down syndrome*. Model program pendidikan prasekolah yang terbukti efektif dalam pelaksanaan dan hasilnya adalah *Model Preschool Program for Children with Down Syndrome* seperti penelitian yang dilakukan oleh Rebeca & Patricia(1991: 56-68) pada 92 anak dengan *down syndrome*. Penelitian tersebut menunjukkan hasil yang efektif pada pelaksanaan salah satu model program asli dari Program Pendidikan Anak Usia Dini bagi penyandang cacat.

Penanganan bagi SND dengan kecenderungan *withdrawal*, yang perlu dilakukan adalah memberikan dukungan dan penerimaan bagi SND. Seperti yang diungkapkan oleh Riana Mashar (2011: 96), bahwa beberapa cara yang dapat dilakukan dalam penanganan anak *withdrawal* diantaranya orangtua dan pendidik perlu lebih mengembangkan sikap penerimaan dan penghargaan di setiap ekspresi anak, ide, perasaan, ataupun ungkapan-ungkapan verbal anak. Dengan penerimaan tersebut, SND akan lebih merasa aman dan percaya diri. Dengan demikian, perlahan-lahan SND dapat dimotivasi untuk mengikuti kegiatan-kegiatan kelompok bersama teman-temannya.

Gambaran Potensi Kemampuan yang Dimiliki AUD Berkebutuhan Khusus

Potensi kemampuan yang dimiliki oleh masing-masing anak usia dini berkebutuhan khusus di Desa Sidoharjo antara lain:

- a. FT memiliki kemampuan yang menonjol dalam hal-hal yang berkaitan dengan aktivitas motorik kasar dan kemandirian
- b. SND memiliki kemampuan yang menonjol dalam hal-hal yang berkaitan dengan aktivitas hafalan dari menyimak
- c. DK memiliki kemampuan yang menonjol dalam hal-hal yang berkaitan dengan aktivitas motorik kasar
- d. DN memiliki kemampuan yang menonjol dalam hal-hal yang berkaitan dengan aktivitas bernyanyi dan hafalan melalui menyimak
- e. FS memiliki potensi untuk berkembang jika mendapat intervensi yang tepat karena penerimaan dan dukungan yang baik dari orangtua.

KESIMPULAN

Setelah melalui pembahasan secara ilmiah dan konseptual, maka penelitian ini dapat disimpulkan ke dalam tema-tema sebagai berikut:

1. Pertumbuhan jumlah anak usia dini berkebutuhan khusus di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo mengalami penurunan, dari data awal sebanyak 8 anak saat ini hanya 5 anak. Penurunan ini dapat disebabkan oleh faktor layanan kesehatan yang lebih baik, program SANGU AKIK yang menggugah kesadaran masyarakat atas pendidikan anak-anaknya, serta dukungan dari orangtua.
2. Gambaran jenis kebutuhan khusus yang dimiliki anak usia dini di Desa Sidoharjo, masing-masing menunjukkan kecenderungan sebagai berikut: FT memiliki kecenderungan *down syndrome*, SND memiliki kecenderungan hambatan perkembangan sosial emosi berupa *withdrawal*, DK memiliki hambatan pada beberapa kemampuan belajar (*learning disability*) dipicu oleh perilaku kekerasan orangtua (ibu), DN mengalami *learning disability* berupa *dislexya*, sedangkan FS mengalami kondisi *multiple disabilities* berupa tunadaksa dan tunawicara.
3. Intervensi yang pernah diterima masing-masing anak usia dini berkebutuhan khusus antara lain intervensi fisik-kesehatan yang diterima oleh FS dan intervensi pendidikan yang diterima oleh FT, SND, DK, dan DN.

4. Gambaran potensi kemampuan yang dimiliki subyek antara lain FT memiliki kemampuan motorik kasar yang baik dan potensial untuk dikembangkan, SND memiliki potensi kemampuan dalam hafalan yang diperoleh melalui menyimak dan mengingat, DK memiliki potensi kemampuan motorik kasar yang baik dan memiliki potensi untuk berkembang dengan lebih baik ketika orangtua terutama ibu DK mendapat pemahaman yang benar dan memberikan perlakuan yang benar pada DK, DN memiliki potensi yang baik untuk mengembangkan kemampuannya dalam bernyanyi dan hafalan melalui menyimak dan mengingat serta kemampuan mengurus diri sendiri, sedangkan FS memiliki potensi kemampuan mendengar, melihat, dan merespon lingkungan sehingga kemampuan tersebut dapat menjadi modal utama FS untuk berinteraksi dengan lingkungan.

REFERENSI

- Andrew Downs & Paul S. Strand. "Using Assessment to Improve the Effectiveness of Early Childhood Education". *Journal Child Fam Stud*. 15: 671–680, Springer: 2006
- Ariani, Mardhani Yosoprawoto. "Usia Anak dan Pendidikan Ibu sebagai Faktor Risiko Gangguan Perkembangan Anak". *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 27, No. 2, Agustus 2012
- Charina Situmorang, Hubungan Sindroma Down dengan Umur Ibu, Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, dan Faktor Lingkungan, *Jurnal Kedokteran Indonesia*, VOL. 2 NO. 1 Januari 2011
- Childhood Education. *Journal Child Fam Stud*. 15: 671–680. Springer: 2006
- Daisy Widiastuti & Rini Sekartini. "Deteksi Dini, Faktor Risiko, dan Dampak Perlakuan Salah pada Anak". *Jurnal Sari Pediatri*. Vol. 7, No. 2, September 2005
- Idris R, Beatrice A, Hadi H, *Penderita sindrom Down berdasarkan analisis kromosom di Laboratorium Biologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Antara Tahun 1992-1994*. Profesi Medika: 2006.
- Lidyana V. *Melahirkan di Atas Usia 30 Tahun*. Jakarta: Restu Agung, 2004.
- Marilyn Friend. *Special Education: Contemporary Perspectives for School Professionals*. New YORK: Pearson Education Inc., 2005.

- Marisa Macy & Kristie Hoyt-Gonzales. A linked System Approach to Early Childhood Special Education Eligibility Assessment. *TEACHING Exceptional Children*, Vol. 39, No. 3, January/February: 2007.
- Myklebust M. *Prelinguistic Communication*. In: Yule W, Rutter M, eds. *Language development and disorders*. Clinics in developmental medicine. 1968.
- Paul MacLean. Limbic Mechanisms: The Continuing Evolution of Limbic System Concepts, *Challenges Of The Papez Heritage*, Editor: Kenneth E. Livingston & Oleh Hornykiewicz. New York: Plenum Press. 1978.
- Rebeca R. Fewell & Patricia L. Oelwein. "Effective Early Intervention: Results From the odel Preschool Program for Children with Down Syndrome and Other Developmental Delays". *TECSE 11(1)* Sage Publications Inc.
- Riana Mashar. *Emosi Anak Usia Dini dan Strategi Pengembangannya*. Jakarta: Kencana Prenada. 2011.
- Samuel Kirk, et. al., *Educating Exceptional Children*, twelfth edition. New York: Houghton Mifflin Harcourt. 2009.
- Soetjiningsih. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC. 1995.
- Sue C. Wortham. *Assessment In Early Childhood Education*. New Jersey: Merrice Prentice Hall. 2005