

Applied Behavior Analysis untuk meningkatkan kemampuan komunikasi pada anak retardasi mental

Nita Kusumaningtyas^{1*}

¹Universitas Muhammadiyah Malang

STUDI KASUS

Abstract

Klien seorang anak perempuan berusia 10 tahun mengalami retardasi mental ringan. Asesmen yang dilakukan untuk mengdiagnosis klien dilakukan dengan metode observasi, wawancara dan tes inteligensi menggunakan skala Weshcler. Hasil asesmen mengindikasikan klien memiliki IQ = 62 dan memiliki perilaku malaadaptif yaitu kurang memiliki kemampuan berkomunikasi, sosial, kemampuan akademik yang berkembang lambat. Intervensi yang digunakan dengan memberikan terapi perilaku yaitu ABA (Applied Behavior Analysis) yang berfokus untuk meningkatkan komunikasi dengan menggunakan expressive language. Pada intervensi ini diharapkan akan mampu menambah perbendaharaan kata, mampu meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain. Hasil intervensi menunjukkan kurang efektif, karena keluarga kurang memberikan perhatian dan dukungan untuk perubahan klien menjadi lebih baik.

Keywords: Applied Behavior Analysis, komunikasi, retardasi mental

Pendahuluan

Retardasi mental (mental retardation) adalah gangguan yang heterogen yang terdiri dari fungsi intelektual di bawah rata-rata dan gangguan dalam ketrampilan adaptif yang ditemukan sebelum orang berusia 18 tahun (Kaplan, Sadock, dan Grebb, 1997). Retardasi mental didiagnosis berdasarkan kombinasi dari 3 kriteria, antara lain: memiliki skor rendah pada tes intelegensi normal dengan skor IQ 70 atau di bawahnya, ada bukti hendaya dalam melakukan tugas sehari-hari dibandingkan dengan orang lain yang seusianya dalam lingkup budaya tertentu atau hambatan dalam perilaku adaptif, perkembangan gangguan terjadi sebelum usia 18 tahun (APA, 2000).

Ada beberapa klasifikasi retardasi mental, diantaranya keterbelakangan ringan dengan IQ 55-70, keterbelakangan sedang dengan IQ 40-54, dan keterbelakangan mental dalam kategori parah dengan IQ 25- 39, serta ada kurang dari 1 persen memiliki IQ kurang dari 25 yang masuk ke dalam klasifikasi keterbelakangan mental yang sangat parah dan memerlukan pengawasan yang tetap (Santrock, 1995).

Retardasi mental dapat disebabkan oleh aspek biologi yang mencakup gangguan kromosom dan genetik, penyakit infeksi, dan penggunaan alkohol pada ibu hamil, dan disebabkan aspek psikososial, atau kombinasi antara aspek biologi dan psikososial. Walaupun demikian, lebih dari separuh kasus retardasi mental tidak dapat dijelaskan penyebabnya, atau bahkan kemungkinan melibatkan penyebab dari unsure budaya atau keluarga seperti pengasuhan dalam lingkungan rumah yang miskin (Nevid, Rathus, & Greene, 2005).

Semua retardasi mental yang langsung juga dapat disebabkan oleh gangguan metabolisme, pertumbuhan atau gizi, misalnya gangguan metabolisme zat lipida, karbohidrat dan protein. Gangguan gizi yang berat dan yang berlangsung lama sebelum umur 4 tahun sangat mempengaruhi perkembangan otak dan dapat mengakibatkan retardasi mental (Maramis, 2010).

OPEN ACCESS

Volume
2

Nomor
1

*Korespondensi penulis
nitakusumaningtyas@yahoo.co.id

Diterima 17 Sept 2013

Disetujui 5 Nop 2013

TERBIT
Januari 2014

Dalam memberikan terapi perilaku pada anak retardasi mental, seorang terapis harus memiliki sikap sebagaimana yang dipersyaratkan dalam pendidikan humanistik, yaitu penerimaan secara hangat, antusias tinggi, ketulusan dan kesungguhan, serta menaruh empati yang tinggi terhadap kondisi anak retardasi mental (Effendi, 2006).

SS mengalami retardasi mental belum dapat diketahui pasti penyebabnya. SS lahir pada umur kehamilan 9 bulan. Namun pada saat kelahiran klien tidak menangis, dan pada saat ibu SS mengalami kekurangan oksigen yang membuat SS dirawat 1 minggu terlebih dahulu sebelum pulang. Berusia 2,5 tahun hanya diperkenankan untuk makan bubur, asupan gizi yang diterima SS kurang terpenuhi. Semakin berjalan, perkembangan dan pertumbuhan klien mengalami slowlearner. Berjalan dimulai umur 3 tahun dan berbicara berusia 3 tahun lebih. Hingga pada saat ini SS mengalami keterlambatan pada kemampuan akademik, bersosialisasi dan komunikasi. Klien sangat pemalu ketika berinteraksi dengan orang baru dan bahkan tidak mau berbicara dengan orang lain. Hal ini didukung dengan kemampuan berbicara klien yang kurang lancar.

SS terlihat kurang pada kemampuan komunikasi, SS mampu mengerti setiap pembicaraan orang lain dan bahkan rasa ingin tahu SS apa yang sedang dibicarakan orang lain sangat tinggi, serta SS juga mampu menerima perintah dari orang lain. Namun SS kurang mampu untuk menyampaikan respon yang tepat terhadap orang lain mengenai apa yang sedang SS rasakan, oleh karena itu terapis melakukan intervensi pada kemampuan klien menggunakan expressive language. Intervensi expressive language didesain untuk kemampuan yang dihubungkan dengan kemampuan individu dan menyediakan kesempatan individu untuk berkomunikasi.

Diperkirakan kejadian gangguan perkembangan bahasa ekspresif berkisar antara 3%-5% (APA, 2000). Gangguan bahasa ekspresif terentang dari 3% sampai 10% dari semua anak usia sekolah, dengan sebagian besar perkiraan antara 3% sampai 5%. (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Metode dan Hasil Asesmen

Metode Asesmen

Asesmen psikologi untuk mengumpulkan data SS dilakukan dengan metode observasi dan wawancara. Observasi dilakukan di sekolah pada saat kegiatan sekolah dan tes psikologi berlangsung dan di rumah klien ketika wawancara dengan keluarga. Tujuan dari penggunaan metode observasi ini adalah untuk melihat pola perilaku serta ekspresi wajah SS dalam berbagai situasi.

Wawancara dilakukan dengan SS (autoanamnesa), orang tua khususnya ibu SS, dan wali kelas SS, kepala sekolah, kakek dan nenek SS (allowanamnesa). Tujuan dari wawancara ini adalah untuk mengumpulkan data-data terkait dengan riwayat permasalahan SS yang nantinya akan membantu dalam penegakan diagnosa dari permasalahan SS.

Tes psikologi yang diberikan adalah tes inteligensi yang menggunakan skala Weschler (WISC) yang bertujuan untuk menentukan indentifikasi mengenai gangguan yang sedang dialami oleh SS dan memperkuat hasil wawancara dan intervensi oleh terapis.

Hasil Asesmen

SS lahir dengan usia kandungan tepat 9 bulan dan proses persalinan normal, dengan berat 2,9 kg. Pada waktu proses kelahiran SS mengalami kekurangan oksigen, serta waktu pertama lahir SS tidak menangis hanya merintih sehingga SS perlu dirawat di rumah sakit selama 1 minggu. SS mengalami perkembangan yang lambat serta ketika usia 2,5 tahun berat SS hanya 7 kg, karena SS masih mengkonsumsi makanan selalu diblender atau dihaluskan.

Ibu klien tidak mengetahui pasti keterlambatan SS seberapa lama pada setiap perkembangannya, ibu SS ingat ketika SS mampu berjalan pada umur 3 tahun, dan mampu berbicara ketika sudah berusia 3 tahun lebih. Ketika adik SS lahir, SS berusia 4 tahun, pada saat itu kosa kata SS mulai sudah dapat dimengerti. Dalam teori perkembangan, anak-anak berusia 12-26 bulan dapat mengucapkan pernyataan-pernyataan yang terdiri dari 2 kata bahkan lebih (Santrock, 2002).

SS mulai masuk TK luar biasa ketika berumur 7 tahun, SS belum mampu memegang pensil dan sangat pemalu. Namun dari awal masuk klien terlihat sangat pemalu, dan ketika diajak

berinteraksi, berbicara dengan orang baru dan diajak ke tempat baru atau jarang dikunjungi biasanya menangis. Setelah 3 tahun masuk sekolah TK luar biasa, meskipun tetap pemalu namun tidak sampai menangis. Perkembangan SS dalam belajar mengalami keterlambatan dan dianggap sebagai tuna grahita di sekolah namun belum ada bukti yang kuat karena belum pernah mengikuti tes intelegensi ataupun tes psikologi lainnya. Kemampuan SS pada self care bagus dan sangat peduli dengan kebersihan, mampu makan sendiri tanpa ada makanan yang berserakan, klien juga mampu berpakaian sendiri. Secara fisik subjek terlihat bersih dan rapi, namun badan subjek terlihat kecil, pendek dan berbadan seperti anak masih TK, tidak terlihat seperti umur 10 tahun pada umumnya.

Kemampuan akademik klien sangat kurang dibandingkan dengan anak 10 tahun pada umumnya. Klien belum mampu berkomunikasi dengan lancar dan jelas, klien mengalami kesulitan untuk mengatakan kata yang memiliki huruf mati "t" seperti "sulit" menjadi "suli", "sakit" menjadi "sake", dan kata yang memiliki huruf mati "m" seperti "malam" menjadi "mala-em" dan mengatakan "enam" agak lama menjadi vokal enam yang benar. Klien juga kurang mampu menempatkan nada bicara yang pas dalam menentukan emosi yang sedang dirasakan pada suatu keadaan tertentu, klien kadang berbicara dengan membentak-bentak meskipun tidak dalam keadaan marah. Interaksi klien dengan teman sekelas cukup bagus, klien mau membantu teman sekelas ketika mengalami kesulitan, tetapi ketika berinteraksi dengan orang baru SS tidak mau menjawab setiap pertanyaan yang diberikan.

Klien juga memiliki kemampuan akademik yang sangat kurang terutama pada kemampuan membaca dan berhitung, namun klien mampu menulis di papan tulis nama panggilan klien serta mampu menulis hari dan tanggal. Klien mampu menghafal dan menyanyikan lagu dan doa sebelum pulang, tetapi mengatakan "Assalamualaikum" kurang sempurna dan masih membutuhkan bantuan guru kelas. Klien memiliki kemampuan komunikasi cukup dengan bahasa reseptif yang baik namun ketrampilan perbendaharaan dalam bahasa ekspresif klien yang kurang.

Dilihat dari faktor ekonomi, klien termasuk dalam keluarga mampu di lingkungan sekolah. Kakek seorang pensiunan dokter hewan, dan ibu seorang konsultan planologi, SS merupakan anak kedua dari 3 bersaudara, kakak dan adik klien bersekolah di SD umum dan keluarga klien juga tidak ada yang memiliki riwayat retardasi mental sebelumnya. Ibu klien saat ini sebagai single parent. Klien hanya tinggal berlima bersama kedua saudaranya, ibu, kakek dan nenek. Klien jarang berinteraksi dengan orang lain, karena lingkungan rumah dalam perumahan yang tidak ada anak kecil. Subjek juga tidak memiliki saudara sepupu, karena saudara kandung dari ibu klien sudah meninggal. Hal ini mendukung klien menjadi takut untuk berinteraksi dengan orang baru. Klien merasa lebih dekat dengan kakek daripada dengan ibunya, karena ibu kurang begitu berperan dalam kegiatan setiap hari pada klien karena ibu sibuk bekerja. Bahkan klien tidur dengan kakek, sedangkan ibu tidur bersama kedua saudaranya, dan klien diperlakukan berbeda dengan saudara-saudaranya oleh ibu.

Pada hasil tes intelegensi dengan menggunakan skala Whescler (WISC), menunjukkan klien memiliki skor IQ 62 yang termasuk dalam klasifikasi mental defective. Pada hasil tes menunjukkan bahwa subyek memiliki IQ perbatasan kemampuan performance yang cukup baik daripada kemampuan verbal. Kemampuan verbal yang diantaranya untuk bekerja dengan simbol abstrak serta latar belakang pendidikan cenderung sangat kurang, namun kemampuan SS lebih baik pada kemampuan performance yang diantaranya terdiri dari kontak nonverbal dengan lingkungan, integrasi stimulus dengan respon motorik, dan memiliki kemampuan bekerja dalam situasi konkrit.

Prilaku maladaptive pada subjek dapat dijelaskan dengan pendekatan teori prilaku operant behavior dari B.F. Skinner bahwa, suatu stimulus memunculkan suatu respon (perilaku) tertentu dan untuk mengontrol tingkah laku dengan melakukan penguatan (reinforcement), yang menjadi strategi kegiatan yang membuat tingkah laku tertentu berpeluang untuk terjadi atau sebaliknya (berpeluang untuk tidak terjadi) pada masa yang akan datang (Alwisol, 2004). Kurang adanya stimulus dari keluarga tidak memberi perhatian untuk mengajak klien berkomunikasi karena ibu sibuk dengan pekerjaan, sehingga respon klien terbatas terhadap komunikasi serta tidak ada penguatan pada pihak keluarga seperti pujian.

Diagnosis dan Prognosis

Diagnosis

Axis I : None

Axis II : 317. Retardasi mental Ringan

Axis III : Complication of Childbirth (kekurangan oksigen ketika proses persalinan) Axis IV : Problem with primary support group. Problem related to the social environment.

Axis V : GAF = 60-51

Prognosis

Berdasarkan hasil pemeriksaan psikologis, SS mengalami retardasi mental. Dan keluarga SS terutama ibu kurang terbuka mengenai keadaan SS. Ibu kurang mau untuk mengupayakan anak untuk menjadi lebih baik serta tidak ada perhatian dari ibu. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi SS tampaknya membutuhkan waktu yang relatif panjang untuk penanganan SS. Sehingga hal ini menjadikan pertimbangan yang cukup signifikan dan menunjukkan bahwa prognosis SS dapat dikatakan buruk.

Intervensi dan Hasil

Intervensi

Intervensi yang diberikan kepada subyek dalam kasus ini adalah terapi perilaku yaitu Applied Behavior Analysis (ABA) dengan menggunakan pendekatan yang terdapat di dalam Verbal Behavior yang didalamnya terdapat Expressive Language. Kemampuan reseptif klien cukup baik, sehingga klien melakukan terapi untuk kemampuan ekspresif. Dalam intervensi Expressive Language melibatkan mengajarkan kemampuan berinteraksi, dan menelepon (Oakland & Harisson, 2008).

Dalam prosedur pelaksanaan intervensi ini dilakukan selama 7 sesi. Dalam intervensi ini dilakukan pertama dengan memberitahukan identifikasi masalah dan intruksi kegiatan yang akan dilakukan kepada orang tua dan wali kelas terhadap klien, sehingga tercipta kerja sama untuk mencapai perubahan yang lebih baik. Sesi yang kedua mengajarkan klien untuk memperbanyak perbendaharaan kata, yang mampu mengetahui nama-nama benda di sekitar dan memiliki banyak kosa kata agar mudah dalam berkomunikasi. Sebelum diajarkan berkomunikasi klien diajarkan untuk mampu berinteraksi dengan mengajarkan bagaimana cara mengekspresikan diri sesuai dengan perasaan yang sedang dialami, dan kemudian dilanjutkan untuk berkomunikasi dengan teman sebaya, berkomunikasi sederhana yang biasanya dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini akan berjalan dengan lancar apabila dilakukan kembali di rumah dengan memberikan intruksi kepada keluarga di rumah untuk mengajarkan hal yang serupa. Yang setelah itu dilanjutkan mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari yang diawali di lingkungan sekolah pada waktu jam istirahat.

Hasil Intervensi

Proses intervensi yang berlangsung sebanyak 6 sesi, dianggap kurang efektif untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi verbal (bahasa ekspresif). Terapi yang dilakukan oleh terapis tidak diterapkan kembali di rumah, sehingga apa yang telah didapatkan pada terapi sebelumnya tidak mampu diingat kembali oleh klien. Hal itu terlihat pada pemberian konseling terhadap keluarga juga kurang tepat sasaran karena ibu tidak meluangkan waktunya untuk melakukan interaksi secara langsung dengan terapis, hanya dengan dilakukan melalui via telepon yang dapat dilakukan dua kali. Sehingga hal ini dilakukan oleh kakek dan nenek klien karena lebih terbuka dan berusaha untuk meningkatkan kemampuan berbicara dan berinteraksi klien, dan melakukan tugas rumah dalam intervensi dilakukan bersama kakek klien.

Pembahasan

Dalam menangani hasil permasalahan klien, terapis menggunakan expressive language dengan tujuan untuk membantu memperlancar komunikasi klien dan lebih percaya diri untuk berinteraksi

dengan lingkungan baru.

Terapi yang dilakukan terapis kurang efektif dan cenderung tidak membawa hasil perubahan menjadi lebih baik. Hal ini disebabkan oleh kurang adanya dukungan dan kerjasama yang baik oleh ibu maupun lingkungan keluarga. Pengasuhan anak yang buruk, seperti kurangnya penghargaan atau reward untuk perilaku yang baik dan hukuman yang keras dan tidak terduga untuk kesalahan perilaku, hal ini akan mempengaruhi perilakunya (Nevid, Rathus & Green, 2003). Meskipun klien sudah mulai terbuka dengan terapis dan mau mengikuti tahap-tahap terapi dengan baik, namun untuk membuat perubahan pada klien membutuhkan waktu yang cukup lama agar mendapatkan perubahan untuk menjadi lebih baik.

Kesimpulan

Hasil dari intervensi yang dilakukan dengan menggunakan expressive language kurang berhasil, hal ini disebabkan karena kurang adanya dukungan keluarga yang kuat dan kurang terbukanya ibu mengenai keadaan yang sedang dialami klien, serta jangka waktu untuk melakukan intervensi membutuhkan waktu yang cukup panjang. Namun hal ini mampu memberikan masukan untuk sekolah klien mengenai apa saja yang sebaiknya dilakukan untuk menunjang klien menjadi lebih baik.

Referensi

- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV text revision. Washington DC: APA.
- Effendi, M. 2006. Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. 1997. Sinopsis Psikiatri . Jakarta : Bina Aksara.
- Maramis W.F. 2010. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Airlangga. University Press
- Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2008). Psikologi Abnormal. Jilid 2. Jakarta: Erlangga.
- Oakland, T. & Harrison, P. 2008. ABAS-II. Clinical and Interpretation. USA: Academic Press.
- Santrock, J. 2002. Life Span Development Edisi Kelima Jilid 2. Jakarta: Erlangga.