

**LAYANAN TERAPI OKUPASI
BAGI ANAK PENYANDANG TUNAGRAHITA
DI KLINIK *FISIO_CARE* PURWOKERTO**



SKRIPSI

**Diajukan Kepada Fakultas Dakwah IAIN Purwokerto
Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Memperoleh Gelar
Sarjana Sosial (S.Sos)**

Oleh:

Ega Dinianti

NIM: 1617101051

IAIN PURWOKERTO

**PROGRAM STUDI BIMBINGAN KONSELING ISLAM
JURUSAN BIMBINGAN KONSELING ISLAM
FAKULTAS DAKWAH
INSTITUT AGAMA ISLAM NEGERI
PURWOKERTO
2021**

PERNYATAAN KEASLIAN

Bismillahirrahmanirrahiim,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ega Dinianti

Nim : 1617101051

Jenjang : S-1

Program Studi : Bimbingan Konseling Islam

Fakultas : Dakwah Institut Agama Islam Negeri Purwokerto

Judul Skripsi : Layanan Terapi Okupasi Bagi Anak Penyandang
Tunagrahita Di Klinik *Fisio_care* Purwokerto

Menyatakan bahwa dengan ini sesungguhnya skripsi ini secara keseluruhan adalah asli dari hasil penelitian/ karya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang ditulis dan dirujuk sumber yang tertera.

Purwokerto, 18 Januari 2021
Yang Menyatakan



Ega Dinianti

NIM.1617101051



**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
INSTITUT AGAMA ISLAM NEGERI PURWOKERTO**

Alamat : Jl. Jend. A. Yani No. 40 A Purwokerto 53126
Telp : 0281-635624, 628250, Fax : 0281-636553, www.iainpurwokerto.ac.id

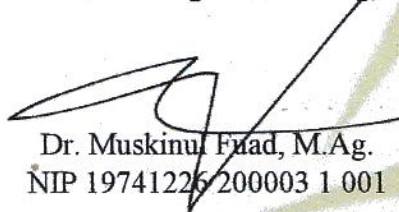
PENGESAHAN

Skripsi Berjudul:

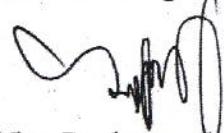
**LAYANAN TERAPI OKUPASI BAGI ANAK PENYANDANG
TUNAGRAHITA DI KLINIK FISIO_CARE PURWOKERTO**

yang disusun oleh Saudara: **Ega Dinianti**, NIM. **1617101051**, Program Studi **Bimbingan dan Konseling Islam** Jurusan **Bimbingan dan Konseling**, Fakultas **Dakwah**, Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto, telah diujikan pada tanggal: **22 Januari 2021**, dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk memperoleh gelar **Sarjana Sosial (S.Sos.)** pada sidang Dewan Penguji Skripsi.

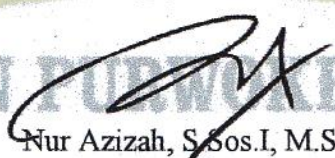
Ketua Sidang/Pembimbing,


Dr. Muskinul Fuad, M.Ag.
NIP 19741226 200003 1 001

Sekretaris Sidang/Penguji II,


Kholil Lur Rochman, S.Ag, M.S.I.
NIP 19791005 200901 1 013

Penguji Utama,


Nur Azizah, S.Sos.I, M.Si.
NIP 19810117 200801 2 010

Mengesahkan,

Tanggal 20 Januari 2021


Dekan,
Prof. Dr. H. Abdul Basit, M.Ag.
NIP 19691219 199803 1 001

NOTA DINAS PEMBIMBING

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Dakwah
IAIN PURWOKERTO
Di Purwokerto

Assalamualaikum Wr. Wb.

Setelah melakukan bimbingan, telaah, arahan, dan koreksi terhadap penulisan skripsi dari Ega Dinianti NIM. 1617101051 yang berjudul:

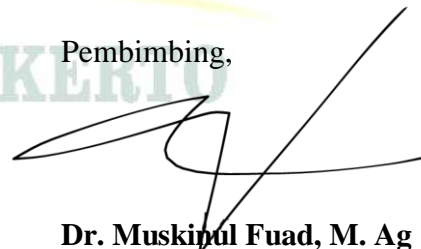
**“Layanan Terapi Okupasi Bagi Anak Penyandang Tunagrahita Di Klinik
Fisio_care Purwokerto”**

Saya berpendapat bahwa skripsi tersebut sudah dapat diajukan kepada Dekan Fakultas Dakwah IAIN Purwokerto untuk diujikan dalam rangka memperoleh gelar Sarjana Sosial (S. Sos).

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Purwokerto, 18 Januari 2021

Pembimbing,



**Dr. Muskipul Fuad, M. Ag
NIP. 19741226 200003 1 001**

MOTTO

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri. Dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap suatu kaum, maka tak ada yang dapat menolaknya dan tidak ada pelindung bagi mereka selain Dia.¹

Qs. Ar-Ra'ad Ayat 11



¹ Kementerian Agama RI, Al- Qur'an dan Terjemah, (Kudus: PT Buya Barokah: 2014), hal. 538.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Seiring dengan ucapan syukur Alhamdulillah penulis haturkan kehadiran Allah SWT, segala syukur ku ucapkan kepada-Mu Ya Rabb karena sudah menghadirkan orang-orang berarti di sekeliling saya dalam setiap langkah kebaikan, sehingga skripsi ini dapat penulis selesaikan. Dengan hati yang tulus buah karya yang sederhana ini penulis persembahkan untuk:

Kedua orang tua tercinta, Bapak Mustamil dan Mamah Pawit Supriatin beliau adalah orang tua terbaik sepanjang masa. Berkat do'a dan dukungan serta keikhlasan mencurahkan kasih sayang yang tak terhingga, semoga bapak dan mamah selalu dalam lindungan-Nya dan selalu diberi kesehatan, Amin.

Adik satu-satunya penulis Zahra Aulia Rahma, berkat kehadirannya yang selalu menjadikan motivasi agar bisa selalu menjadi contoh terbaik untukmu dalam perihal apapun.

Keluarga besar penulis yang selalu memberikan semangat agar segera menyelesaikan studi. Dukungan keluarga selalu menjadi semangat untuk menyelesaikan studi ini secepatnya. Sampai pada akhirnya penulis dapat mewujudkan keinginan kita semua.

IAIN PURWOKERTO

**LAYANAN TERAPI OKUPASI
BAGI ANAK PENYANDANG TUNAGRAHITA
DI KLINIK *FISIO_CARE* PURWOKERTO**

**Ega Dinianti
1617101051**

ABSTRAK

Tunagrahita merupakan salah satu gangguan anak yang ditandai dengan gangguan keterlambatan dalam bidang kognitif, intelektual, emosi, sikap, komunikasi, ketertarikan sosial dan perilakunya, dalam landasan yuridis yaitu UUD 1945 pasal 31 yang berbunyi “Tiap-tiap warga negara berhak mendapatkan pengajaran”. Terapi okupasi bertujuan untuk mengupayakan peningkatan kemampuan fisik dan mental anak untuk mengikuti kegiatan yang melibatkan motorik kasar dan halus agar anak dapat mandiri dan dapat berkembang serta diterima ditengah masyarakat. Penelitian ini bermaksud untuk mengetahui layanan terapi okupasi bagi anak penyandang tunagrahita. Penelitian ini merupakan penelitian jenis lapangan (*field research*) yang bersifat kualitatif dengan mengambil lokasi penelitian di Dukuhwaluh, Kembaran, Purwokerto, Kabupaten Banyumas. Subjek yang diteliti dalam penelitian ini yaitu terapis dan orang tua anak penyandang tunagrahita. Data-data penelitian berupa data kualitatif yang diperoleh melalui observasi, wawancara dan dokumentasi. Data-data yang sudah terkumpul kemudian dianalisis dengan metode analisis deskriptif kualitatif.

Penelitian ini menunjukkan bahwa terapi okupasi untuk anak penyandang tunagrahita di klinik *Fisio_care* membawa pengaruh yang baik, anak perlahan bisa berkembang dengan harapan dan tujuan para orang tua. Penerapan terapi okupasi dalam keseharian di mulai dengan menentukan tujuan terapi, tujuan jangka panjang anak tunagrahita disesuaikan dengan area kinerja di atas seperti aktivitas sehari-hari, berarti anak diharapkan mampu untuk memakai baju sendiri, mandi sendiri. Produktivitas lebih mengarahkan anak untuk belajar dan memiliki usaha serta kemauan untuk belajar. Pemanfaatan waktu luang seperti bermain atau disesuaikan dengan hobi anak karena okupasi terapi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto lebih difokuskan terhadap kegiatan akademik, maka tujuan jangka pendeknya lebih ke arah produktivitas anak dalam hal pra akademik dan selanjutnya akan menuju ke aktivitas sehari-hari dalam hal kemandirian

Kata Kunci :*Layanan, Terapi Okupasi, Anak Tunagrahita, Klinik Fisio_Care*

KATA PENGANTAR

Tidak ada kata yang pantas diucapkan oleh seorang hamba selain kalimat Alhamdulillah yang penulis panjatkan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah pada setiap pencipta-Nya sehingga dengan bekal kemampuan yang sangat minim penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Tak lupa shalawat serta salam penulis sanjungkan kepada kegharibaan Nabi Agung Muhammad SAW yang telah mendidik manusia dari zaman jahiliyah menuju zaman Islamiyah. Berkenaan dengan selesainya skripsi yang berjudul:

“Layanan Terapi Okupasi Bagi Anak Penyandang Tunagrahita Di Klinik Fisio-Care Purwokerto”

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini tidak terlepas dari dukungan, arahan, dan bimbingan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung, baik berupa moril maupun materil. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan dengan sangat mendalam terimakasih yang sebanyak- banyaknya kepada yang terhormat:

1. Dr. K.H. Moh. Roqib, M.Ag., Rektor Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto.
2. Prof. Dr. K.H. Abdul Basit, M.Ag., Dekan Fakultas Dakwah Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto.
3. Dr. Muskinul Fuad, M.Ag., Wakil Dekan I Fakultas Dakwah Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto. Sekaligus Dosen Pembimbing Skripsi, yang penuh dengan kesabaran untuk memberikan arahan, bimbingan serta

dukungan, dan terimakasih atas pengorbanan waktu, tenaga serta pikirannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.

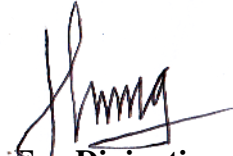
4. Nur Azizah, S.Sos, M.S.i., Ketua Jurusan Bimbingan Konseling Islam Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto.
5. Seluruh Bapak dan Dosen yang telah mendidik dan memberikan sumbangsih keilmuan kepada penulis selama menempuh pendidikan di Jurusan Bimbingan Konseling Islam Fakultas Dakwah Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto.
6. Bagian administrasi dan tata usaha Fakultas Dakwah Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto yang telah banyak membantu memberikan kelancaran kepada penulis dalam proses penyelesaian prosedur kemahasiswaan, serta pimpinan dan segenap karyawan perpustakaan Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Purwokerto.
7. Pimpinan, Manager, Terapis, dan seluruh anggota Klinik *Fisio_care* Purwokerto yang telah memberikan izin serta bantuan dalam pelaksanaan penelitian.
8. Orang tua tercinta Bapak Mustamil dan Mamah Titin, kedua orang tua tersayang.
9. Sedulur wadon tersayang, terimakasih untuk setiap nasehat, semangat dan motivasi.
10. Sahabat komplek Az Zahro kece terimakasih telah memberikan banyak cerita, berbagi pengalaman dan selalu menemani selama di pesantren.

11. Sahabat terbaik kontrakan cantik, terimakasih untuk segala bentuk motivasi dan semangat selama penulisan skripsi.
12. Keluarga besar Bimbingan Konseling Islam B 2016 terimakasih telah memberikan warna- warni kehidupan, terimakasih sudah menjadi bagian dari keluarga, sahabat, teman kuliah selama kurang lebih empat tahun, semoga silaturahmi tetap terjaga.
13. Keluarga PPL RPSDM Martani Cilacap 2019, keluarga KKN 45 *Partisipatory Action Research* (PAR) kelompok 18, Desa Sumampir Kecamatan Rembang Kabupaten Purbalingga.
14. Semua pihak serta orang yang saya kenal dan mengenali saya, mohon maaf tidak bisa saya sebutkan satu persatu dan seluruh pembaca yang budiman, terimakasih yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, semoga Allah SWT selalu memberikan balasan yang terbaik.

Semua pihak terkait yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Tidak ada kata lain yang dapat penulis ungkapkan untuk menyampaikan rasa terimakasih, melainkan do'a semoga amal kebaikan dan segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan yang lebih dari Allah SWT. Penulis menyadari akan segala kekurangan dan keterbatasan dan jauh dari kata sempurna dalam skripsi ini. oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun selalu

diharapkan dari pembaca guna memperbaiki skripsi ini. semoga skripsi ini memberikan manfaat, baik bagi penulis maupun pembaca. Amin.

Purwokerto, 18 Januari 2021



Ega Dinianti

NIM: 1617101051



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN NOTA DINAS PEMBIMBING	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Definisi Operasional.....	6
C. Rumusan Masalah	7
D. Tujuan dan Manfaat Penelitian	7
E. Telaah Pustaka	8
F. Sistematika Penulisan.....	10
BAB II LANDASAN TEORI	
A. Pengertian Layanan	11
B. Terapi Okupasi	12
1. Pengertian Terapi Okupasi.....	12
2. Tujuan Terapi Okupasi.....	13
3. Pelaksanaan Terapi Okupasi	13
C. Konsep Anak Tunagrahita.....	18
1. Pengertian Anak Tunagrahita.....	18
2. Klasifikasi Anak Tunagrahita	20
D. Faktor Penyebab Anak Tunagrihita	21
E. Penyesuaian Sosial Anak Tunagrahita	21
F. Perkembangan Kognitif Anak Tunagrhita	22
G. Perkembangan Fisik Anak Tunagrahita	23

H. Karakteristik Anak Tunagrahita.....	23
I. Dampak Ketunagrahitaan.....	24
J. Kemampuan Bahasa dan Bicara Anak Tunagrahita.....	26
BAB III : METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	29
B. Pendekatan Penelitian	30
C. Lokasi Peneliatian	30
D. Subyek dan Obyek Penelitian	31
E. Teknik Pengumpulan Data	31
F. Teknik Analisis Data.....	33
BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum <i>Fisio_care</i> Purwokerto.....	35
B. Profil Anak dan Terapis	37
C. Tahapan Terapi Okupasi Bagi Anak Tunagrahita	39
D. Layanan Terapi Okupasi Terhadap Anak Tunagrahita di Klinik <i>Fisio_care</i> Purwokerto.....	43
E. Pembahasan Hasil Penelitian	57
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan	63
B. Saran	63
C. Penutup	64
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman Wawancara
- Lampiran 2 Catatan Wawancara
- Lampiran 3 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 4 Rekomendasi Ujian Proposal Skripsi
- Lampiran 5 Kartu Bimbingan Skripsi
- Lampiran 6 Surat Keterangan Pembimbing Skripsi
- Lampiran 7 Surat Keterangan Lulus Ujian Proposal
- Lampiran 8 Surat Keterangan Lulus Ujian Komprehensif
- Lampiran 9 Surat Permohonan Ijin Riset Individual
- Lampiran 10 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 11 Surat Keterangan Wakaf
- Lampiran 12 Sertifikat Orientasi Pengenalan Akademik dan Kemahasiswaan
- Lampiran 13 Sertifikat BTA/PPI
- Lampiran 14 Sertifikat Pengembangan Bahasa Arab
- Lampiran 15 Sertifikat Pengembangan Bahasa Inggris
- Lampiran 16 Sertifikat Aplikasi Komputer
- Lampiran 17 Sertifikat Praktek Pengalaman Lapangan
- Lampiran 18 Sertifikat Kuliah Kerja Nyata

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tunagrahita merupakan kondisi anak yang kecerdasannya jauh di bawah rata-rata, yang ditandai dengan kecerdasan yang terbatas dan komunikasi sosial yang kurang memadai. Tunagrahita adalah penyakit masa kanak-kanak yang ditandai dengan keterlambatan kognisi, kecerdasan, emosi, sikap, komunikasi, minat sosial, dan perilaku. Anak tunagrahita memang membutuhkan pelayanan khusus, yaitu dengan memberikan pelayanan yang memenuhi kebutuhan anak. Anak tunagrahita tidak hanya memiliki IQ yang rendah, tetapi juga menderita gangguan fisik, mental, intelektual, emosional, sikap dan perilaku yang parah.²

Anak penyandang tunagrahita harus belajar mengekspresikan diri, belajar berhubungan dengan lingkungan sosialnya, dan harus bisa mengendalikan emosinya, termasuk hal-hal sederhana seperti mandi, menyikat gigi, dan menyisir rambut. Anak tunagrahita bisa mendapatkan pelatihan meskipun sering menjawab dalam waktu lama, juga mendapat pelatihan berbicara, menulis dan membaca. Anak tunagrahita tidak hanya memiliki kondisi perkembangan mental yang terganggu, tetapi juga mengalami kesulitan dalam komunikasi, pengucapan dan pengucapan. Dengan cara ini, anak tunagrahita dapat berkomunikasi dengan lawannya dan dapat menjadi sederajat dengan anak yang lahir normal.³

Negara juga telah menjamin tentang hak-hak warga negaranya seperti dalam UU Nomor 4 Tahun 1997 tentang penyandang cacat disebutkan bahwa “Setiap penyandang cacat mempunyai hak yang sama dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan”. Tentunya aspek-aspek tersebut juga mencakup semua aspek pelayanan sosial, seperti pendidikan, yang menjadi tuntutan utama seluruh umat manusia. Selain pendidikan, juga mencakup aspek sosial

² Jati Rinarki Atmaja, *Pendidikan dan bimbingan Anak Berkebutuhan Khusus* (Bandung: PT remaja Rosdakarya, 2018), hal 97.

³ Sarwono, W, Sarwito, *Pengantar Psikologi Umum*, (Depok, PT. Raja Grafindo Persada, 2013), hal 124.

lainnya. Kemudian, selain penjelasan tentang pendidikan luar biasa sebagaimana dimaksud dalam pasal 32 ayat 1, pendidikan diperuntukkan bagi peserta didik yang berada pada tingkat kesulitan dalam proses pembelajaran karena cacat fisik, emosional, psikologis, sosial, dan / atau intelektual.⁴

Dalam landasan yuridis yaitu UU, Pasal 31 UUD 1945 menyatakan yang berbunyi “Setiap warga negara berhak mendapatkan petunjuk”.⁵ Makna artikel tersebut menjelaskan bahwa apapun warna negara atau daerahnya, termasuk anak berkebutuhan khusus, pengajaran (pendidikan) harus diberikan kepada semua warga negara dimanapun mereka berada. Selain itu, Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Bab 4, Pasal 5, ayat 1, mengatur bahwa setiap warga negara berhak atas pendidikan yang berkualitas. Dan Pasal 5 ayat 2 mengatur bahwa setiap warga negara yang memiliki disabilitas fisik, emosional, mental, intelektual, dan sosial berhak memperoleh pendidikan khusus.⁶

Dalam Undang-undang diatas jelas bahwa setiap anak berkebutuhan khusus memiliki hak untuk mendapatkan pendidikan khusus baik formal maupun informal. Pendidikan formal bagi anak berkebutuhan khusus berupa sekolah seperti halnya anak normal lainnya, sedangkan informal anak yang berkebutuhan khusus seperti terapi, yang dimaksudkan untuk memaksimalkan fungsi dalam diri anak tersebut.

Meskipun sudah tercantum undang-undang namun masih banyak anak-anak berkebutuhan khusus yang belum tersentu pendidikan maupun pelayanan sosial. Jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia dari tahun ke tahun semakin meningkat. Berdasarkan survei Badan Pusat Statistik, pada 2015-2016, jumlah anak berkebutuhan khusus mencapai 325.000, dan sekitar 116.000 anak sudah dapat mengakses layanan lembaga pendidikan. Pada saat yang sama, banyak anak cacat atau disfungsi di Jawa Tengah. Sekitar

⁴ Ihumani, UU Nomor 4 Tahun 1997 Pembangunan Pendidikan Dalam Konteks Desentralisasi, (Kompas: 11 September, 2000), hal. 4.

⁵ Endang, “Undang-undang republik indonesia nomor 20 tahun 2003,”<https://endang965.wordpress.com/peraturan-diknas/uu-sisdiknas/artikel diakses pada tanggal 4 januari 2021>.

⁶ Ibid, Undang-undang Republik Indonesia Nomor 20 tahun 2003

7.726 orang mengalami kesulitan penglihatan, 6.065 kesulitan mendengar, dan 16.132 kesulitan berbicara. Jumlah terbesar adalah 20.135 yang mengalami kesulitan berjalan / menaiki tangga, mengingat atau memperhatikan. Faktanya, sekitar 10.297 anak mengalami kesulitan dalam mengurus diri sendiri.⁷

Pemerintah berupaya memberikan pelayanan sosial kepada anak berkebutuhan khusus dengan mendirikan lembaga berbasis sosial yang mengkhususkan diri pada pelayanan sosial pemerintah dan swasta. Tapi ini tidak memenuhi harapan.⁸ Ada dua cara untuk menangani masalah kesejahteraan anak, yaitu melalui pembentukan lembaga sosial yang dipromosikan oleh pemerintah dan lembaga swadaya masyarakat. Pelayanan yang diberikan melalui panti sosial diberikan dalam bentuk fasilitas, pemberian pendidikan khusus, bimbingan, terapis dan ketrampilan yang dapat mengembangkan pribadi, potensi, kemampuan dan perkembangan anak, sehingga meningkatkan fungsi sosialnya.⁹

Pemberian beberapa terapi misalnya, terapi perilaku, terapi okupasi dan terapi wicara berpengaruh terhadap kemajuan anak tunagrahita untuk membantu agar mereka dapat lebih berkembang dalam hal fisik dan mentalnya. Terapi yang diberikan tersebut diharapkan dapat merangsang perkembangan fisik anak dengan baik supaya dapat melakukan hal-hal seperti yang dilakukan oleh anak usia lainnya dan dapat merubah gangguan perkembangan komunikasi, sosial, perilaku yang terjadi pada anak sehingga menghasilkan yang positif dan dapat menjadi anak yang mandiri.

Terapi yang digunakan untuk anak Tunagrahita ini dengan menerapkan occupational therapy atau yang sering disebut dengan terapi okupasi. Terapi ini selain digunakan untuk anak Tunagrahita dapat pula diterapkan untuk anak/orang dewasa yang mengalami autisme, keterlambatan wicara, gangguan perkembangan dan keterlambatan tumbuh kembang lainnya. Terapi okupasi

⁷ Survey Penduduk Antar Sensus, Tahun 2015.

⁸ Edi Suharto, dkk, *Pekerjaan Sosial di Indonesia*, (Yogyakarta: STKS Press, 2011), hal. 145.

⁹ Muhidin Syarif, *Pengantar Kesejahteraan Sosial*, (Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial, 1992), hal. 45.

ini bertujuan untuk membantu anak-anak yang mengalami masalah pada motorik halusnya. Terapi ini dapat dijadikan sebagai salah satu pilihan untuk mengupayakan peningkatan kemampuan fisik dan mental anak untuk mengikuti kegiatan yang melibatkan motorik kasar dan halus anak agar anak dapat mandiri dan dapat berkembang serta diterima ditengah masyarakat.¹⁰

Perlu melibatkan keluarga inti dalam pelaksanaan pengobatan sebagai pekerjaan penunjang terutama peran orang tua, karena kunci keberhasilan pengobatan terletak pada keikutsertaan orang tua dalam proses pengobatan. Hal ini disebabkan oleh lambatnya peningkatan penyandang cacat mental dan terkadang hilangnya kemampuan yang diperoleh.¹¹

Okupasi terapi yang diterapkan di Banyumas sendiri tidak hanya diberikan di lembaga pendidikan luar biasa (seperti sekolah luar biasa / pusat perawatan), tetapi juga di rumah sakit (seperti RSUD Banyumas), dan salah satu lembaga yang ada adalah untuk penyandang disabilitas intelektual. Fasilitas terapi okupasi disediakan untuk anak-anak yaitu di Klinik *Fisio_care* Purwokerto. Selain anak tunagrahita, ada anak berkebutuhan khusus lainnya yang mendapat perawatan di Klinik *Fisio_care* Purwokerto. Karena banyaknya anak yang ikut serta dalam pengobatan dan terbatasnya jumlah terapis, setiap anak akan mendapat fasilitas pengobatan. Jadwal terapi okupasi hanya satu- dua minggu sekali, setiap perawatan berlangsung selama 45 menit. Anak-anak yang dapat mengikuti terapi okupasi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto berusia di bawah 13 tahun. Penggunaan terapi okupasi dapat dilakukan sejak anak masih bayi dan berlaku juga bagi mereka yang sekiranya membutuhkan untuk menunjang motorik halus dan kasar seperti bagi penderita stroke, korban kecelakaan. Namun di Klinik *Fisio_care* Purwokerto, selain terapi okupasi untuk menunjang motorik kasar dan halus, anak juga diberikan pembelajaran baik life skill (seperti naik tangga, cuci tangan dan lain-lain) bahasa, dan kognitif yang tentunya dapat berguna untuk menunjang kehidupan anak untuk berkomunikasi dengan orang-orang di sekitarnya,

¹⁰ E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*, 2012. Bandung: Yrama Widya, hal. 84

¹¹ Hasdianah, *Autis Pada Anak*, (Yogyakarta: Nuha Medika, 2014), hal. 71

bersosialisasi, mandiri. Dengan anak mampu mandiri terhadap dirinya sendiri tentunya setiap orang tua berharap kelak anak sanggup melebur ditengah-tengah masyarakat dan berguna bagi lingkungan baik keluarga dan masyarakat sekitar.

Fisio_care Purwokerto salah satu tempat untuk terapi tumbuh kembang anak. *Fisio_care* Purwokerto adalah klinik tumbuh kembang anak yang beralamat JL. Raden patah, RT/RW 01/04, Dukuhwaluh, Kembaran, Purwokerto, Kabupaten Banyumas yang di kepalai oleh Intan Fitri Nurbaeti yaitu seorang lulusan fisioterapi dan di bantu oleh kurang lebih 5 terapis yang menangani anak berkebutuhan khusus tunagrahita yang sudah memiliki keahlian di bidang fisioterapi. Selain untuk anak, *Fisio_care* juga melayani dewasa, yang meliputi: 1. Stroke 2. HPN 3. Patah tulang, terapi fisio care lebih di utamakan layanan terapi anak berkebutuhan khusus tunagrahita. Di *Fisio_care* ini tidak hanya melayani terapi okupasi saja namun ada pelayanan lainnya yang meliputi: baby spa, baby gym, kids massage, brain gym, terapi batuk pilek, terapi okupasi, terapi autisme, delay development, gangguan pendengaran dan lain-lainnya.¹²

Layanan anak tunagrahita disini melalui banyak program terapi, program layanan terapi pada anak tunagrahita salah satunya yaitu terapi okupasi melalui terapis kepada anak untuk meningkatkan kemandirian anak baik untuk dirinya sendiri maupun lingkungan. Jadwal yang sudah ditentukan oleh *Fisio_care* yaitu dalam satu minggu anak akan di terapi satu- dua kali, namun jika anak tidak dalam kondisi yang baik atau tidak ingin untuk terapi bisa membuat janji terlebih dahulu.

Berdasarkan latar belakang yang telah di paparkan, maka peneliti tertarik untuk mengkaji tentang: “**Layanan Terapi Okupasi Bagi Anak Penyandang Tunagrahita di Klinik *Fisio_care* Purwokerto**”. Dengan harapan masyarakat dapat mengetahui beberapa layanan terapi yang diberikan untuk anak penyandang tunagrahita.

¹² Wawancara dengan manager FisioCare pada tanggal 10 oktober 2020

B. Definisi Operasional

Definisi operasional ini bertujuan untuk meminimalisir kesalahpahaman dalam pembahasan pertanyaan penelitian dan memfokuskan pembahasan sebelum dianalisis lebih lanjut. Definisi operasional penelitian ini adalah:

1. Layanan / Pelayanan

Pelayanan pada dasarnya adalah kegiatan yang di tawarkan oleh organisasi atau perorangan kepada konsumen (yang dilayani), yang bersifat tidak berwujud dan tidak dapat dimiliki.¹³

Pelayanan biasanya erat kaitannya dengan bisnis jasa, yang bertujuan untuk memberikan kepuasan dan membangun kepercayaan pada pelanggan atau konsumen, sehingga pelanggan merasa penting atau prihatin.

2. Terapi Okupasi

Terapi okupasi merupakan upaya penyembuhan orang yang menderita penyakit mental dan fisik dengan memberikan aktivitas kerja yang bertujuan untuk mengurangi rasa sakit yang diderita pasien. Aktivitas kerja yang bermasalah adalah anak mengikuti rencana perawatan. Diharapkan dengan mengikuti kegiatan, anak cacat fisik dan mental yang ada dapat dipulihkan.¹⁴

Terapi okupasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah, terapi yang lebih terfokus pada kepedulian sosial anak terhadap lingkungan sekitar dan kegiatan sehari-harinya.

3. Anak

Menurut pasal 1 ayat (1) tentang undang-undang no 23 tahun 2003 perlindungan anak yang dimaksud anak-anak dalam undang-undang

¹³ Dra Ratna Suminar, MM, Mia Apriliawati, "Pelayanan Prima Pada Orang Tua Siswa Di Sempoa SIP TC Paramount Summarecon", *Jurnal Sekretari*, Vol. 4, No. 2, Juni 2017, hal. 5

¹⁴ Jati Rinarki Atmaja, *Pendidikan dan Bimbingan ABK*, (PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2017) hal 119.

tersebut adalah seseorang yang belum berumur 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.¹⁵

Menurut Jhon Locke anak adalah pribadi yang bersih dan peka terhadap rangsangan-rangsangan yang berasal dari lingkungan.¹⁶

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa anak adalah seseorang yang berusia 0 sampai 18 tahun yang memiliki pribadi yang bersih serta peka terhadap rangsangan.

4. Tunagrahita

Tunagrahita adalah istilah yang disebut untuk anak yang mempunyai kemampuan intelektual dibawah rata-rata. Dalam bahasa asing istilah yang digunakan seperti *mental retardation*, *mentally retarded*, dan *mental deficiency*.¹⁷

Anak yang dimaksud dalam penelitian ini adalah anak yang ber usia tiga dan tujuh tahun namun tidak terlalu serius dalam mengidap tunagrahita, atau masih bisa dikendalikan saat melakukan terapi.

C. Rumusan Masalah

Dari latar belakang masalah diatas, maka dapat ditarik rumusan masalah:

“Bagaimana Layanan terapi okupasi yang diberikan untuk anak penyandang tunagrahita di Klinik *Fisio_care* Purwokerto?”

D. Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka yang menjadi tujuan dan manfaat penelitian ini adalah:

1. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui layanan terapi okupasi yang diberikan unntuk anak penyandang tunagrahita di klinik *fisio_care* purwokerto.

¹⁵ Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, (Surabaya: Kesindo Utama, 2003), hal. 4

¹⁶ Hastuti, *Psikologi Perkembangan Anak*, (Jakarta: Publisher, 2012) cet 1, hal 11

¹⁷ Agutasyawati dan solicha, *Psikologi Pendidikan Aank Berkebutuhan Khusus*, (Jakarta:Lembaga Penelitian UIN, 2009), hal. 136

2. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran yang jelas bagi masyarakat terutama di bidang layanan terapi okupasi terhadap anak penyandang tunagrahita melalui beberapa metode terapi di *fisio_care*.

b. Manfaat Praktis

- 1) Bagi anak Tunagrahita hasil penelitian ini diharapkan memberikan gambaran terkait terapi okupasi di kehidupan melalui bantuan perantara orang terdekat, agar menjadi individu yang lebih mandiri dan dapat menyesuaikan diri di lingkungan.
- 2) Bagi Orang tua hasil penelitian ini diharapkan orang tua lebih memberikan perhatian yang lebih terhadap anaknya, memberikan waktu luang untuk mengoptimalkan apa yang didapat saat melakukan terapi dalam kehidupan sehari-hari.
- 3) Bagi Terapis hasil penelitian diharapkan menjadi referensi dalam meningkatkan layanan terhadap anak penyandang tunagrahita maupun anak berkebutuhan khusus lainnya dan meningkatkan pendekatan terhadap pasien.
- 4) Bagi peneliti selanjutnya, untuk memberikan gambaran layanan terapi okupasi yang tepat untuk anak penyandang tunagrahita di klinik *fisio_care*.

E. Telaah Pustaka

Telaah pustaka sering juga disebut dengan teoritis yang mengemukakan teori-teori yang relevan dengan masalah yang di teliti atau kajian yang ada dan tidaknya penelitian yang mirip dengan penelitian akan di teliti, adapun beberapa karya tulis yang hampir memiliki kesamaan penelitian ini adalah:

Pertama, Wening Nalurita, dkk, Vol. 5, No. 2, Juli 2019. Jurnalnya berjudul “*Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Anak Berkebutuhan Khusus Pada Klinik Pediatric And Neurodevelopmental Therapy Center*”

Tohudan Colomadu”, dalam penelitian ini peneliti membahas pelayanan Klinik pedatric and neorudevelopmental untuk anak berkebutuhan khusus yang tidak adanya perbedaan yang signifikan antara tingkat kualitas pelayanan yang diterima dengan tingkat kualitas pelayanan informasi obat yang diharapkan oleh pasien berkebutuhan khusus di klinik. Pelayanan yang diberikan untuk faktor bukti fisik, daya tanggap, kehandalan, jaminan dan empati dan kepuasan pasien anak berkebutuhan khusus secara beruntun.¹⁸

Kedua, Sri Roch Mulyani, “Analisis Kajian Teoritis Perbedaan, Persamaan Dan Inklusi Dalam Pelayanan Pendidikan Dasar Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)”, dalam pelayanan memberikan dukungan teori dalam pendidikan inklusi di pendidikan dasar. Perlu adanya pengkajian secara ilmiah bagaimana pemahaman ABK, orang tua, guru dan lingkungan terkait teori perbedaan, persamaan dan inklusi. Di luar itu, baik pendidikan dengan pendekatan segregas, intergrasi dan inklusi tentu memiliki kelebihan dan kekurangan disetiap penyelenggaraan. ABK menjadi fokus yang mengarahkan pendidikan.¹⁹

Ketiga, Estitika Rochmatuloh Zulfa, dkk, “Pengembangan Kapasitas Sekolah Luar Biasa Untuk Meningkatkan Pelayanan Pendidikan Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (Studi Kasus di SDLBN Kedungkandang Malang), Peneliti meyakini bahwa secara keseluruhan layanan pendidikan yang diberikan oleh SDLBN Celebration Hall sangat baik. Hal ini terlihat dari metode pelayanan pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus yang bergantung pada kemampuan masing-masing anak dan dilakukan secara terpisah sesuai kebutuhan dan kebutuhan anak. Pengembangan kapasitas

¹⁸ Wening Nalurita, dkk, “Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Anak Berkebutuhan Khusus Pada Klinik Pedatric And Neorudevelopmental Therapy Center Tohudan Colomadu”, *Jurnal Manajemen*, Vol. 5, No. 2, Juli 2019, hal.173

¹⁹ Sri Roch Mulyani, “Analisis Kajian Teoritis Perbedaan, Persamaan, Dan Inklusi Dalam Pelayanan Pendidikan Dasar Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)”, *Jurnal Ilmiah Mitra Swara Ganeshha*, Vol. 4, No. 2, Juli 2017, hal. 38

kelembagaan SDLBN Kedungkandang merupakan struktur organisasi SDLBN yang telah mengembangkan budaya saling terbuka dan berbudaya.²⁰

Beberapa kajian pustaka diatas memiliki persamaan dengan penulis yaitu meneliti pelayanan terhadap anak berkebutuhan khusus. Perbedaan beberapa penelitian diatas dengan peneliti yaitu objek peneliti lebih di fokuskan pada anak tunagrahita. Fokus penliti yaitu meneliti layanan terhadap anak tunagrahita di klinik *Fisio_care* Purwokerto.

F. Sistematika Pembahasan

Sistematika pemabahasan digunakan untuk mempermudah proses penelitian, adapun susunanya sebagai berikut:

Bab I pendahuluan berisi tentang latar belakang msalah, definisi operasional, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, kajian pustaka, dan sistematika pembahasan.

Bab II berisi tentang landasan teori yang meliputi teori layanan, terapi okupasi dan anak tunagrahita.

Bab III berisi tentang metode penelitian yang meliputi pendekatan penelitian dan jenis penelitian, subjek dan objek penelitian, teknik pengumpulan data dan analisis data.

Bab IV berisi laporan hasil penelitian tentang penyajian dan analisis layanan terapi okupasi untuk anak penyandang tunagrahita di Klinik *Fisio_care* Purwokerto.

Bab V berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

²⁰ Estika Rochmatul Zulfa, dkk, "Pengembangan Kapasitas Sekolah Luar Biasa Untuk Meningkatkan Pelayanan Pendidikan Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (Studi Kasus di SDLBN Kedungkandang, Malang)", *Jurnal Administrasi Publik*, Vol. 2, No. 3, 2014, hal. 393

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Pengertian Layanan

Istilah layanan memiliki arti cara melayani. Layanan memiliki makna yang sama dengan pelayanan. Sederhananya pelayanan bisa diartikan sebuah upaya melakukan sesuatu atau memberikan layanan untuk seseorang. Purwadarminta menjelaskan pelayanan ialah menyediakan segala apa yang dibutuhkan orang lain, pelayanan merupakan suatu upaya pemberian dukungan ataupun bantuan kepada orang lain, berupa materi maupun non materi untuk seseorang agar bisa mengatasi masalah yang dialami.

Dalam sebuah layanan perlu dilakukan dengan sungguh-sungguh atau bisa disebut dengan pelayanan prima yaitu layanan yang diberikan dengan optimal pada orang maupun masyarakat, sehingga masyarakat merasa terpuaskan.²¹

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 mengatur bahwa pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang cepat, sederhana, pasti, murah dan bertanggung jawab. Kualitas layanan merupakan indeks yang mengukur apakah tingkat layanan yang diberikan memenuhi harapan pelanggan. Keunggulan dari memberikan pelayanan yang berkualitas adalah dapat meningkatkan kualitas pelayanan dari pemerintah kepada masyarakat, dan dapat dijadikan acuan dalam penyusunan standar pelayanan. Standar layanan diartikan sebagai acuan atau tolok ukur yang berfungsi sebagai tolok ukur untuk mengukur kualitas layanan, jika masyarakat puas dengan hasil yang didapat, maka pelayanannya bisa dikatakan baik.

Dapat disimpulkan bahwa layanan merupakan sebuah usaha memberikan bantuan atas permasalahan yang ada agar dapat terselesaikan. Sedangkan terapi adalah upaya yang dilakukan guna mengembalikan kesehatan orang sakit, penyembuhan serta perawatan penyakit, gangguan psikologis ataupun fungsi dapat diperbaiki dengan berbagai terapi.

²¹ Prasetyono, *Serba-Serbi Anak Autis*, (Yogyakarta: Diva Press, 2008), hal. 207.

B. Terapi Okupasi

1. Pengertian Terapi Okupasi

Okupasi terapi merupakan upaya penyembuhan seseorang yang mengidap kelainan mental, dan fisik melalui pemberian stimulus atau treatment nantinya keaktifan mental tersebut berpengaruh mengurangi rasa sakit yang diidap oleh penderita. Stimulus dalam hal ini merupakan program terapi. Adanya program terapi yang disusun dimaksudkan agar gangguan-gangguan yang dialami secara mental atau fisik anak dapat disembuhkan. Okupasi terapi memberikan fasilitasi sensor motorik sesuai dengan tumbuh kembang anak guna mendukung kemampuan anak dalam beraktifitas dilingkungannya.²²

Terapi diberikan untuk dasar anak dalam hal kemandirian, kognitif, dan kemampuan sensorik dan motoriknya. Kemandirian diberikan karena pada dasarnya anak bermasalah bergantung pada orang lain atau bahkan acuh tak acuh sehingga beraktivitas tanpa komunikasi dan mempedulikan orang lain. Terapi ini membantu anak mengembangkan kekuatan dan koordinasi dengan atau tanpa menggunakan alat bantu.²³

Kegiatan-kegiatan terapi okupasi tentunya juga menggunakan alat-alat atau permainan yang disesuaikan dengan umur anak. Sehingga dalam penyampaian dan penerapan terapi okupasi sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Terapi okupasi adalah terapi yang melatih gerakan halus dari tangan dan integrasi dari gerakan dasar yang sudah dikuasai melalui permainan dan alat-alat yang sesuai.²⁴

Setelah gerakan-gerakan motorik kasar maupun motorik halus anak mampu berkembang baik, dengan begitu anak mampu untuk mengembangkan apa yang dimiliki oleh anak. Ketika anak mampu untuk

²² E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. 2012. Bandung: Yrama Widya, hal. 13

²³ Sujarwanto, *Terapi Okupasi untuk Anak Berkebutuhan Khusus*, 2003. Jakarta: Depdikbud, hal. 27

²⁴ Sujarwanto, *Terapi Okupasi untuk Anak Berkebutuhan Khusus*, 2003. Jakarta: Depdikbud, hal. 32

berkembang dan berkarya diharapkan anak mampu diterima ditengah-tengah masyarakat.

Terapi okupasi memberikan peluang dan kesempatan bagi anak-anak untuk mengembangkan bakat, daya, inisiatif, daya kreatifitas, kemampuan bercita-cita, dan berkarya.²⁵

2. Tujuan Terapi Okupasi

Secara umum, tujuan terapi okupasi adalah untuk mengembangkan fungsi fisik, psikologis, sosial dan emosional sebaik mungkin, serta untuk mempertahankan fungsi yang baik dan membimbing mereka sesuai dengan keadaan pribadinya sehingga mereka dapat hidup normal dalam masyarakat. Tujuan terapi okupasi yaitu:

- a. Diversional, menghindari nerosis dan memelihara mental
- b. Pemulihan fungsional, mencakup fungsi-fungsi persendian, otot-otot serta kondisi tubuh lainnya.
- c. Latihan-latihan prevokasional yang memberikan peluang persiapan menghadapi tugas pekerjaan yang lebih sesuai dengan kondisinya.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa tujuan terapi okupasi adalah mengembalikan perkembangan fisik, mental dan emosional agar berperan secara optimal sehingga individu dapat berperan dalam kehidupan sehari-hari. Segala potensi yang dimiliki seseorang dapat dikembangkan dengan baik, sehingga layak diterima secara sosial.²⁶

3. Pelaksanaan Terapi Okupasi

Penerapan terapi okupasi dilakukan secara sistematis, dimulai dengan identifikasi, analisis, diagnosis, pelaksanaan dan layanan tindak lanjut untuk mencapai pemulihan yang terbaik. Kegiatan pengenalan berarti menentukan atau memastikan bahwa anak atau subjek tersebut adalah anak berkebutuhan khusus. Analisis adalah proses menyelidiki

²⁵ Tarmansyah, *Pedoman Guru Terapi Okupasional Untuk Anak Tunadaksa*, 2001. Jakarta: Depdikbud, hal 54

²⁶ Astati, *Terapi Okupasi, Bermain, dan Musik untuk Anak Tunagrahita*, 2001. Bandung: Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, hal 29

diri.²⁷ Selanjutnya adalah diagnosis yang berarti pemeriksaan yang dilanjutkan dengan penentuan jenis terapi yang diperlukan. Kegiatan yang selanjutnya yaitu pelaksanaan terapi okupasi itu sendiri dan tindak lanjut serta evaluasi yang diperlukan guna mencapai tujuan.

Bidang kinerja pekerjaan mencakup kehidupan sehari-hari, produktivitas dan penggunaan waktu luang (Keputusan No. 571 dari Kementerian Kesehatan tahun 2008, tentang standar okupasi untuk terapis okupasi):

- a. Kegiatan kehidupan sehari-hari, meliputi: berpakaian (menyikat rambut, memakai parfum), kebersihan mulut (menggosok gigi), mandi (dalam hal ini 2 kali sehari), buang air besar mandiri, berpakaian, diet / ketaatan, kepatuhan pengobatan, interaksi sosial, fungsi Komunikasi, aktivitas fungsional, ekspresi seksual.
- b. Produktivitas yang meliputi: pengelolaan rumah tangga (menyapu, mengepel), merawat orang lain, sekolah/belajar, dan aktivitas vokasional.
- c. Pemanfaatan waktu luang yang meliputi: eksplorasi pemanfaatan waktu luang (ketika anak memiliki waktu luang anak dapat memanfaatkannya kehal positif seperti melukis, membuat kerajinan tangan) dan bermain/rekreasi.

Terapi okupasional dilaksanakan dalam bentuk fungsional okupasional terapi dan supportif okupasional terapi:

- a. Fungsional terapi okupasi

Tujuan dari terapi fungsional okupasi adalah untuk memberikan fungsi sensorik motorik, koordinasi dan tujuan aktivitas kehidupan sehari-hari untuk berolahraga, yaitu semua aktivitas manusia mulai dari bangun hingga tidur.

- b. Supportif okupasional terapi

²⁷ E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*, 2012. Bandung: Yrama Widya, hal. 65

Supportif okupasional terapi adalah latihan-latihan yang diberikan kepada anak dengan gangguan psikososial, emosi, motivasi, cita-cita, dan kurang percaya diri.²⁸

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan terapi okupasi terdapat pelatihan aktivitas sehari-hari, berkomunikasi, sensori motor (motorik halus dan kasar) selain itu dapat juga digunakan untuk pemberian motivasi, kurang percaya diri dan latihan untuk anak yang mengalami gangguan psikososial, emosional.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No.571 tahun 2008 terdapat 4 (empat) tahapan terapi yakni:

a. Terapi komplementer (*adjunct therapy*).

Peraturan Menteri Kesehatan mendefinisikan obat tambahan alternatif tradisional sebagai obat nonkonvensional yang terbukti dapat meningkatkan kesehatan masyarakat, termasuk promosi, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi melalui pendidikan terstruktur berdasarkan mutu, keamanan dan efektivitas biomedis yang tinggi. Kerja keras. Tetapi belum diterima oleh pengobatan konvensional.

- 1) Terapi yang membuat klien mampu beraktivitas (*enabling*).
- 2) Terapi yang membuat klien mampu beraktivitas secara bermakna dan bertujuan (*purposeful activity*).
- 3) Terapi yang membuat klien mampu beraktivitas dan berpartisipasi pada area kinerja okupasional (*occupation*).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa dalam terapi terdapat empat tahapan terapi komplementer atau pengobatan alternatif atau tradisional, terapi yang membuat klien mampu beraktivitas, kemudian terapi yang membuat klien mampu beraktivitas namun memiliki makna dan tujuan dalam beraktivitas tersebut, dan yang terakhir terapi yang mampu membuat klien beraktivitas dan berpartisipasi pada area kinerja okupasional.

²⁸ E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*, 2012. Bandung: Yrama Widya, hal. 70

Proses yang umum dilakukan dalam praktik terapi okupasi:²⁹

1) Penyerahan

Program penyaringan untuk mengidentifikasi anak.

2) Penilaian

Mengidentifikasi tingkat perkembangan dari masing-masing anak, membangun dasar keterampilan kinerja kerja saat ini (sensori motorik, kognitif dan psikososial) dan pekerjaan (perawatan diri, produktivitas dan rekreasi), mengidentifikasi area kekuatan kerja dan kebutuhan, kontribusi data untuk diagnosis, memutuskan model yang tepat untuk terapi, membantu dalam memilih tujuan untuk program terapi untuk membantu anak-anak untuk belajar atau belajar keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan okupasi.

b. Pembentukan hubungan

Pembentukan hubungan pada dasarnya merupakan interaksi antara anak, keluarga dan terapis okupasi dengan tujuan utama untuk mengetahui yang dibutuhkan anak.

c. Penetapan tujuan

Setelah penilaian, pertimbangan penting berikutnya yaitu tujuan jangka panjang dan pendek yang realistis dan dapat dicapai, dan ditulis dalam istilah terukur, sehingga perubahan kemajuan anak dapat dengan mudah didokumentasikan.

d. Pemilihan profesional, delineasi dan penerapan model

1) Model profesional

Okupasi dapat dibagi menjadi tiga area - perawatan diri, produktivitas dan rekreasi - yang terdiri dari tiga komponen keterampilan: sensorimotor, kognitif dan psikososial .

2) Delineasi dan penerapan model

²⁹ Howard Lynne & Hong, Chia, *Occupational Therapy In Childhood*. 2002. USA: Whurr Publishers Ltd, hal. 12

Model yang digunakan baik secara tunggal atau kombinasi :
 modifikasi perilaku, konsep bobath, pendidikan konduktif,
 pendekatan kreatif, fungsi perseptual-motor, terapi bermain,
 integrasi sensori, stimulasi sensori motor.

e. Penggunaan okupasi

Interaksi terapis okupasi, anak dan pendudukan dalam lingkungan yang mendukung merupakan komponen penting dari proses terapi.

f. Pelaksanaan terapi individu / kelompok

g. Beberapa keuntungan terapi individu antara lain:

- 1) Hal ini memungkinkan pengembangan hubungan dengan terapis.
- 2) Ini memberikan lebih banyak waktu dan masukan kepada anak yang kurang konsentrasi dan mudah teralihkan.
- 3) Hal ini sangat berguna untuk kegiatan tertentu seperti kontrol perhatian saat pengajaran , dan keterampilan motorik sensorik awal dan persepsi.

Dalam terapi kelompok, keuntungan meliputi berikut ini :

- 1) Ini memberikan kesempatan untuk berinteraksi, keterampilan sosial dan keterampilan belajar, seperti bergiliran dan bekerja sama.
- 2) Hal ini memungkinkan jangkauan yang lebih luas dari permainan dan kegiatan yang akan digunakan.
- 3) Hal ini memungkinkan anak-anak untuk berlatih dan generalisasi keterampilan yang diajarkan secara satu per satu dan memberikan mereka kesempatan untuk mencapai dengan mengatasi tantangan.

h. Adaptasi model, pekerjaan dan lingkungan

Lingkungan mencakup lingkungan fisik, lingkungan biopsychological dan lingkungan sosial budaya. Pelaksanaan terapi okupasi seperti bagan di atas, panah *review* (peninjauan) diarahkan ke setiap langkah dari proses terapi. Dimulai dari *referral* (penyerahan) dilanjutkan dengan *assessment* (penilaian) penilaian disini digunakan untuk sumbang data diagnosis dan penentuan model terapi yang tepat,

establishment of relationship (pembentukan hubungan) hubungan antara anak, terapis dengan orang tua diharapkan tercipta dalam proses terapi okupasi ini, selanjutnya setelah adanya penilaian langkah penting lainnya yaitu *goal setting* (tujuan) yang hendak dicapai dalam jangka panjang dan pendek, proses selanjutnya *selection of professional, delineation and application models* (profesi, rancangan dan model pelaksanaan) tahap ini merupakan tahap yang penting yang akan dilaksanakan pada saat terapiokupasi, *use of occupations* (pelaksanaan okupasi), dilanjutkan *implementation of individual atau group therapy* (pelaksanaan terapi individu/kelompok), *adaptation of models, occupations and environment* (adaptasi model, okupasi dan lingkungan), *evaluation* (evaluasi). setiap langkah saling berhubungan dan terus berputar.³⁰

C. Konsep Anak Tunagrahita

1. Pengertian Anak Tunagrahita

Tunagrahita adalah penyandang cacat intelektual. Kecerdasan anak tunagrahita secara signifikan lebih rendah dari tingkat rata-rata dan tidak dapat beradaptasi dengan perilaku yang terjadi selama perkembangannya. Anak tunagrahita memiliki ketidakmampuan belajar yang hebat, dan layanan belajarnya perlu dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan khusus mereka. Masyarakat biasanya mengacu pada keterbelakangan mental sebagai keterbelakangan mental atau idiot.

Tunagrahita mengacu pada penyakit yang ditandai dengan fungsi kecerdasan umum yang lebih rendah dari rata-rata, disertai dengan penurunan kemampuan beradaptasi (penurunan kemampuan beradaptasi), yang dimulai sebelum usia 18 tahun. Ia juga mengatakan bahwa manusia memiliki kecerdasan rendah, dengan IQ rendah 50-70, serta mengalami kesulitan dalam belajar dan beradaptasi dengan masyarakat.³¹

³⁰ Howard Lynne & Hong, Chia, *Occupational Therapy In Childhood*. 2002. USA: Whurr Publishers Ltd, hal 15

³¹ Dr. Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan* (Jakarta: PT. Bumi Aksara, 2006), hal 88

Batasan tentang anak berkelainan mental subnormal atau tunagrahita, para ahli dalam beberapa referensi mendefinisikan secara berbeda. Perbedaan tersebut terkait erat dengan tujuan dan kepentingannya, dari pendekatan tersebut muncul berbagai definisi tentang anak tunagrahita, tetapi secara substansial tidak mengurangi makna pengertian anak tunagrahita itu sendiri, meskipun mereka menggunakan pendekatan berbeda.³²

Seseorang dikategorikan berkelainan mental subnormal atau tunagrahita, jika ia memiliki tingkat kecerdasan yang sedemikian rendahnya (di bawah normal), sehingga untuk meniti tugas perkembangannya memerlukan bantuan atau layanan secara spesifik, termasuk dalam program pendidikannya.

Dalam masyarakat awam seringkali terdapat penjelasan yang salah, tunagrahita merupakan salah satu jenis penyakit, sehingga dengan masuk ke lembaga pendidikan atau perawatan khusus diharapkan anak dapat kembali normal. Penjelasan ini sepenuhnya salah, karena anak-anak dengan disabilitas intelektual pada tingkatan apapun tidak ada hubungannya dengan atau dengan penyakit.

Oleh karena itu, keterbelakangan mental tidak dapat disembuhkan atau diobati dengan obat apapun. Dalam beberapa kasus, beberapa anak normal terlihat seperti anak tunagrahita sekilas, namun setelah mendapat perlakuan atau pengobatan tertentu, tanda-tanda kecacatan intelektual yang muncul sebelumnya berangsur-angsur hilang dan menjadi normal. Kondisi anak dengan ciri tersebut disebut retardasi mental palsu (*pseudopodia*).³³

2. Klasifikasi Anak Tunagrahita

Ada banyak pendapat mengenai klasifikasi anak tunagrahita. Klasifikasi retardasi mental ini akan memudahkan guru dalam menyusun rencana layanan pendidikan atau pembelajaran yang telah disediakan

³² Jati Rinarki Atmaja, *Pendidikan dan bimbingan ABK*, (PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2017), hal 98.

³³ Jati rinarki atmaja, *Pendidikan dan bimbingan ABK*, (PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2017) hal 103.

dengan tepat. Menurut Nunung Apriyanto, klasifikasi anak tunagrahita adalah sebagai berikut: 1) Kemampuan belajar kelompok anak yang dapat dididik ini setara dengan anak kelas lima. 2) Trainable, penyandang tunagrahita dalam kelompok ini masih mampu dalam mengurus dirinya sendiri dan mempertahankan diri. Dalam mendapatkan pendidikan dan penyesuaian dalam lingkungan sosial dapat diberikan walau sangat terbatas. 3) Custodia, pembelajaran dapat diberikan secara terus menerus dan khusus.

Penilaian yang lain dari klasifikasi anak tunagrahita yang dalam hal ini dituturkan oleh Skala Binet dan Skala Wescher. Dalam skala tersebut dijelaskan bahwa ada tiga hal sebagai berikut :³⁴

a. Tunagrahita ringan (mampu didik).

IQ kelompok ini adalah 68-52, mereka masih bisa belajar membaca, menulis dan berhitung sederhana. Dengan bimbingan dan pendidikan yang baik, anak tunagrahit kelompok ini masih bisa mendapatkan tenaga kerja setengah terampil, seperti mencuci, bertani, beternak dan melakukan pekerjaan rumah.

b. Tunagrahita sedang (mampu latih)

Kelompok ini mempunyai IQ 51-36, mereka masih dapat menulis sendiri nama dan alamatnya, dapat dididik dalam hal bina diri seperti mandi, makan, berpakaian dan mengerjakan pekerjaan rumah tangga ringan seperti menyapu, membersihkan perabot rumah tangga lainnya.

c. Tunagrahita berat

Kelompok ini mempunyai IQ 39-25. Anak tunagrahita berat membutuhkan bantuan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan dll, bahkan mereka membutuhkan perlindungan dari bahaya sepanjang hidupnya.

³⁴ Mohammad Efendi. Pengantar psikopedagogik Anak Berkelaianan, hal.91 .

D. Faktor Penyebab Anak Tunagrahita

Sebab terjadinya ketunagrahitaan pada seseorang menurut kurun waktu terjadinya, yaitu di bawa sejak lahir (faktor endogen) dan faktor dari luar seperti penyakit atau keadaan lainnya (faktor eksogen).³⁵

Dari sisi pertumbuhan dan perkembangan menurut Devenloprt sebagai berikut :³⁶

1. Kelainan atau keturunan yang timbul pada benih plasma.
2. Kelainan atau ketunaan yang dihasilkan selama penyuburan telur.
3. Kelainan atau ketunaan yang dikaitkan dengan implantasi.
4. Kelainan atau ketunaan yang timbul dalam embrio.
5. Kelainan atau ketunaan yang timbul dari luka saat kelahiran.
6. Kelainan atau ketunaan yang timbul dalam janin.
7. Kelainan atau ketunaan yang timbul pada masa bayi dan masa anak-anak.

Selain sebab- sebab di atas, ketunagrahitaan pun dapat terjadi karena: footnote

1. Radang Otak

Merupakan kerusakan pada area otak yang terjadi saat kelahiran, radang otak ini terjadi karena adanya pendarahan dalam otak (intracranial baemorbage). Pada kasus yang ekstrem, peradangan akibat pendarahan menyebabkan gangguan motorik dan mental.

2. Gangguan fisiologis

Berasal dari virus yang dapat menyebabkan ketunagrahitaan di antaranya rubella (campak jerma).

E. Penyesuaian Sosial Anak Tunagrahita

Ketika seorang anak lahir, dia hampir sepenuhnya tidak berdaya dan sangat bergantung pada orang lain, terutama mereka yang merawat anak tersebut. Pengasuhan anak sangat beralasan, karena terdapat hubungan langsung fisik dan mental antara anak dengan pengasuh (ibu). Kesadaran anak terhadap dunia sekitarnya terjadi setelah usia 1 tahun, yang sejalan dengan perkembangan keterampilan komunikasi dan motorik (seperti peningkatan

³⁵ Mohammad Efendi. *Pengantar psikopedagogik Anak Berkelaianan*, 2006, hal. 92-93.

³⁶ Mohammad Efendi. *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelaianan*, 2006, hal. 101-102.

rasa ingin tahu, agresivitas, dan pelatihan beradaptasi dengan lingkungan melalui eksplorasi).³⁷

Beberapa studi menunjukkan bahwa terlambatnya sosialisasi anak tunagrahita ada hubungannya dengan taraf kecerdasannya yang sangat rendah. Indikasi keterlambatan anak tunagrahita dalam bidang sosial umumnya terjadi karena hal-hal berikut:³⁸

1. Kurangnya kesempatan yang diberikan pada anak tunagrahita untuk melakukan sosialisasi.
2. Kekurangan motivasi untuk melakukan sosialisasi.
3. Kekurangan bimbingan untuk melakukan sosialisasi.

Kelancaran realisasi perkembangan sosial seseorang merupakan modal dasar yang sangat berarti bagi adaptasi sosial yang baik. Wechsler percaya bahwa kecerdasan adalah kemampuan seseorang untuk mengambil tindakan yang ditargetkan, berpikir secara rasional, dan merespons lingkungan secara efektif. Sebagai individu dan pergaulan, anak tunagrahita berkeinginan untuk memenuhi segala kebutuhannya seperti anak normal lainnya, namun upaya anak tunagrahita sering menemui kegagalan atau kendala besar. Akibatnya, anak tunagrahita cenderung merasa frustrasi, tapi juga frustrasi oleh frustrasi, tingkah laku abnormal dan penyesuaian yang salah.

Dalam rangka membantu anak tunagrahita mencapai penyesuaian diri sosial yang akurat, peranan orang tua atau keluarga memiliki sumbangan yang terbesar. Selain program sekolah, keluarga memiliki peranan penting dalam membangun percaya diri anak dalam penyesuaian diri sosial anak tunagrahita.

F. Perkembangan Kognitif Anak Tunagrahita

Suppes menjelaskan bahwa kognisi merupakan bidang luas yang meliputi semua keterampilan akademik yang berhubungan dengan wilayah wilayah persepsi. Messen, Conger, dan Kagan menjelaskan bahwa kognisi

³⁷ Mohammad Efendi. *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkecenderungan*, 2006. hal. 101-102.

³⁸ Mohammad Efendi. *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkecenderungan*, 2006. hal 102.

paling sedikit terdiri dari lima proses, yaitu : persepsi, memori, pemunculan ide-ide, evaluasi, penalaran.³⁹

Fakta membuktikan bahwa kognisi merupakan bidang yang luas dan beragam. Peneliti tidak dapat fokus pada proses kognitif dalam rentang usia tertentu. Kognisi meliputi proses memperoleh, menyimpan dan menggunakan pengetahuan. Perkembangan intelektual yang terganggu akan tercermin dalam satu atau lebih proses kognitif seperti yang dijelaskan dalam penjelasannya.

G. Perkembangan Fisik Anak Tunagrahita

Secara umum, fungsi perkembangan anak tunagrahita jauh tertinggal dari anak normal. Ada juga anak yang hampir sama dengan anak normal. Di antara fungsinya yang sama atau hampir sama dengan anak normal, terdapat fungsi untuk perkembangan fisik dan motorik.

Perembangan jasmani dan motorik anak tunagrahita tidak secepat perkembangan anak normal sebagaimana banyak ditulis oleh orang lain.

Penelitian telah menunjukkan bahwa anak-anak cacat mental atau cacat mental antara usia 2 dan 12 tahun memiliki kesehatan fisik yang sangat buruk. Pada saat yang sama, anak normal pada usia yang sama adalah anak yang baik atau anak yang gesit. Keterampilan motorik fungsional memberikan keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk rekreasi sosial, kehidupan sehari-hari dan tugas-tugas profesional. Keterampilan motorik dasar sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup anak tunagrahita.⁴⁰

H. Karakteristik Anak Tunagrahita

Ada karakteristik umum tunagrahita, yaitu:⁴¹

1. Keterbatasan inteligensi

Yakni, kemampuan mempelajari informasi dan keterampilan beradaptasi dengan masalah dan situasi kehidupan baru, belajar dari pengalaman masa lalu, berpikir abstrak, berkreasi, mampu membuat penilaian kritis, menghindari kesalahan, mengatasi kesulitan, dan merencanakan masa depan.

³⁹ Sutjuhati Somantri, *Psikologi Anak Luar Biasa*, Bandung: Refika Aditama. Hal. 110

⁴⁰ Sujuhati Somantri, *Psikologi Anak Luar Biasa*, Bandung: Refika Aditama. Hal. 110.

⁴¹ Sujuhati Somantri, *Psikologi Anak Luar Biasa*, Bandung: Refika Aditama. Hal. 105-106.

2. Keterbatasan sosial

Yaitu anak tunagrahita juga memiliki kesulitan dalam mengurus diri sendiri dalam masyarakat, oleh karena itu mereka memerlukan bantuan, anak tunagrahita cenderung berteman dengan anak yang lebih muda usianya, ketergantungan terhadap orang tua sangat besar, tidak mampu memikul tanggung jawab sosial dengan bijaksana, sehingga mereka harus selalu dibimbing dan diawasi. Mereka juga mudah dipengaruhi dan cenderung melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibatnya.

3. keterbatasan fungsi mental

Yaitu dimana anak tunagrahita memerlukan waktu lebih lama untuk menyelesaikan reaksi pada situasi yang baru dikenal. Mereka memperlihatkan reaksi terbaiknya bila mengikuti hal-hal yang rutin dan secara konsisten dialaminya dari hari ke hari. Anak tunagrahita tidak dapat menghadapi sesuatu kegiatan atau tugas dalam jangka waktu lama.

I. Dampak Ketunagrahitaan

Selain mendeskripsikan kemampuan mental seseorang untuk beradaptasi dengan situasi dan kondisi baru atau kemampuan untuk bertindak secara langsung, seseorang juga memiliki kemampuan berpikir rasional yang dapat secara efektif menghadapi lingkungan. Ini merupakan pembelajaran dan pemikiran yang abstrak, serta kemampuan. Seperti yang dijelaskan di bawah ini, beberapa dampak kecacatan intelektual adalah sebagai berikut:⁴²

1. Dampak terhadap kemampuan akademik

Kapasitas belajar anak tunagrahita sangat terbatas, terlebih kapasitas mengenai hal yang abstrak. Mereka lebih banyak belajar dengan membeo dari pada dengan pengertian. Mereka mengalami kesulitan memusatkan perhatian, dan lapang minatnya sedikit. Contohnya: ketika anak tunagrahita diberi pelajaran matematika berkisar beberapa menit mereka langsung mengatakan bosan, susah, mengantuk. Namun, bila

⁴² Jati Rinarki Atmaja, *Pendidikan dan bimbingan ABK*, (PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2017) hal 111.

diberikan pelajaran kesenian, olahraga atau keterampilan mereka menunjukkan minat belajar yang baik dan perhatian berlangsung dalam waktu yang lama dan lalu mereka meminta belajar lagi.

2. Sosial/Emosional

Dampak sosial emosional anak tunagrahita dapat berasal dari ketidakmampuan dalam menerima dan melaksanakan norma sosial dan pandangan masyarakat yang masih menyamakan keberadaan anak tunagrahita dengan anggota masyarakat lainnya atau masyarakat masih menganggap bahwa anak tunagrahita tidak berbuat sesuatu karena ketunagrahitaannya.

Dampak sosial emosional ketunagrahitaan adalah anak tunagrahita memiliki ketidakmampuan untuk memahami aturan sosial, keluarga, sekolah dan masyarakat. Dalam pergaulan anak tunagrahita tidak dapat mengurus dirinya, memelihara dan memimpin diri. Alasan anak tunagrahita terkadang memiliki emosi sebagai berikut:⁴³

- a. Penyakit-penyakit yang dialami semasa anak-anak, remaja dan dewasa sebagai akibat kerusakan otaknya.
- b. Kurangnya love dan care selama masa anak-anak sehingga menyebabkan gangguan penyesuaian diri yang diasosiasikan dengan berbagai problem tingkah laku yang diperlihatkan.
- c. Traffic accident atau industrial accident selama anak-anak, remaja atau dewasa yang dialaminya.

Diatas adalah bervariasinya anak berkebutuhan khusus tunagrahita dalam hal ini di cuplikan observasi anak kebutuhan khusus tunagrahita antara lain sebagai berikut:

- a. Anak tunagrahita dengan sekolahnya
- b. Tujuan pendidikannya
- c. Anak tuangrahita dalam masyarakat

⁴³ Jati Rinarki Atmaja, *Pendidikan dan bimbingan ABK*, (PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2017) hal 105.

d. Anak tunagrahita dan penyesuaian sosialnya⁴⁴

J. Kemampuan Bahasa dan Bicara Anak Tunagrahita

Eisenson dan Ogievie melakukan penelitian untuk menemukan hubungan antara tingkat kecerdasan dan kemampuan bahasa dan fonetik. Hasil penelitian membuktikan bahwa tingkat kecerdasan berkorelasi positif dengan kematangan bahasa dan ekspresi tuturan. Selain pengaruh faktor eksternal lainnya, kecerdasan sebagai salah satu potensi setiap orang memiliki nilai strategis dan dapat berkontribusi untuk meningkatkan penguasaan bahasa dan kemampuan lisan. Latihan, pendidikan dan stimulasi lingkungan.

Untuk mengembangkan kemampuan bahasa dan bicara pada anak normal barangkali tidak banyak menemui hambatan yang berarti, karena mereka dapat dengan mudah memanfaatkan potensi psikofisik dalam perolehan kosakata sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan bahasa dan bicaranya. Hal ini dikarenakan kecerdasan sebagai salah satu aspek psikologis mempunyai kontribusi cukup besar dalam mekanisasi fungsi kognisi terhadap stimulasi verbal maupun nonverbal, terutama yang memiliki unsur kebahasaan.

Namun tidak demikian halnya dengan anak tunagrahita, apa yang dilakukan anak normal sulit diikuti oleh anak tunagrahita. Anak tunagrahita seringkali tidak dapat melakukan stimulasi verbal dan nonverbal melalui lingkungan. Bahkan hal-hal yang kelihatannya sederhana terkadang tidak dapat dicerna dengan baik, dan akibatnya peristiwa bahasa yang biasa terjadi di sekitarnya membuat dirinya tidak terbiasa.

Pada anak tunagrahita agak berat (mampu latih), kegagalan melakukan apersepsi terhadap suatu peristiwa bahasa, kerap kali diikuti gangguan artikulasi bicara. Penyertaan kelainan sekunder ini, maka hal-hal yang tampak pada anak tunagrahita mampu latih dalam berkomunikasi, di samping struktur kalimat yang disampaikan cenderung tidak teratur (aphasiaconceptual),

⁴⁴ Jati Rinarki Atmaja, *Pendidikan dan bimbingan ABK*, (PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2017) hal 111.

juga dalam pengucapannya seringkali terjadi omisi (pengurangan kata) maupun distorsi (kekacauan dalam pengucapan).⁴⁵

Untuk mengembangkan keterampilan bahasa dan lisan anak tunagrahita dengan sebaik-baiknya, tentunya diperlukan upaya dan strategi khusus. Satu hal yang perlu dipahami oleh terapis adalah mengajarkan namanya sebagai langkah pertama sebelum melanjutkan ke hal-hal yang lebih besar. Tujuan ini selain dapat meningkatkan motivasi berobat bagi anak tunagrahita yang suka menyebut namanya. Setelah itu, kita bisa mengajak anak mengamati objek yang akan dikenalkan satu persatu, dan menyebutkan namanya dengan jelas, sehingga memandu anak untuk fokus. Ketika anak tunagrahita mulai menyebutkan nama benda yang ditunjukkan, pada saat yang sama dapat mengontrol artikulasi bicaranya dan membetulkan jika terjadi kesalahan. Apabila penguasaan kosakata sudah baik, dapat dilanjutkan dengan memperkenalkan benda di lingkungan sekitarnya, seperti dengan, sungai, mobil, sepeda, dan lain-lain, atau dapat pula dibantu dengan cerita bergambar yang sederhana, seperti menyuruh anak untuk melengkapi kata yang kita tanyakan, seperti mobil itu berwarna.⁴⁶

Selain melalui upaya-upaya di atas, upaya lain untuk mengembangkan kemampuan bahasa dan bicara anak tunagrahita yaitu model pembelajaran yang membawa anak tunagrahita dalam situasi yang wajar dan alamiah, misalnya menyebut nama-nama benda yang kita pakai ketika anak turut membantu pekerjaan kita, serta mengulangi beberapa kali sehingga anak mampu memahaminya. Untuk pengembangan bahasa dan bicara pada anak tunagrahita, ada kemungkinan terapis atau pembimbing mengalami kesulitan sebab di antara mereka mengalami beberapa kelainan bicara, antara lain kelainan artikulasi, arus ujar, nada suara, atau afasia sensoris dan afasia motoris. Beberapa model latihan pendahuluan yang berfungsi sebagai

⁴⁵ Dr. Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan* (Jakarta: PT. Bumi Aksara, 2006), hal 96.

⁴⁶ Dr. Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan* (Jakarta: PT. Bumi Aksara, 2006), hal 97.

pendukung dalam pengembangan kemampuan bahasa dan bicaranya, antara lain sebagai berikut:

Latihan pernafasan. Latihan ini dapat dilakukan dengan meniup perahu kecil dari kertas/plastik yang diapungkan di air, meniup lilin pada jarak tertentu, meniup harmonika, meniup kincir dari kertas sampai berputar, atau meniup gelembung balon dari busa dan kapas ke udara.

Latihan bicara seperti lidah, bibir, dan rahang. Untuk latihan ini, anak tunagrahita disuruh mengunyah, menelan, batuk-batuk, atau menggerakkan bibir, lidah, dan rahangnya. Sarananya dapat menggunakan permen yang dikunyah dan dipindah-pindahkan dari kanan ke kiri atau diletakkan di ujung lidah sambil dijulurkan, mengunyah makanan atau madu yang dioleskan di sekitar bibir dan anak disuruh membersihkan dengan lidahnya.

Latihan pita suara. Latihan ini diarahkan untuk menyebutkan nama-nama benda yang ada di sekitar dengan menggunakan kata lembaga, itu daftar kata yang disusun sesuai dengan tingkat kesulitan konsonan tertentu, dapat dimasukkan pula menirukan suara macam-macam binatang dan benda-benda lain di sekitarnya sebagai improvisasinya, seperti suara kucing, anjing, bebek, ayam jantan/betina, kerbau, sirine, klakson kereta api, jam welker, moba, pesawat terbang, dan lain-lain.⁴⁷

IAIN PURWOKERTO

⁴⁷ Dr. Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan* (Jakarta: PT. Bumi Aksara, 2006), hal 99.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Metode kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah.⁴⁸ Penelitian dengan pendekatan kualitatif lebih menekankan analisisnya pada proses penyimpulan deduktif dan induktif serta analisis terhadap dinamika hubungan antar fenomena yang di amati, dengan menggunakan logika ilmiah.⁴⁹ Ada pendekatan kualitatif dan pelaksanaannya memiliki banyak tahapan. Tahap pertama disebut tahap pengenalan atau deskripsi. Pada tahap ini peneliti mendeskripsikan apa yang dilihat, didengar, dirasakan dan ditanyakan. Tahap kedua dari proses penelitian kualitatif disebut tahap penyederhanaan atau konsentrasi. Pada tahap ini peneliti akan mereduksi semua informasi yang didapat pada tahap pertama. Dalam tahap penyederhanaan ini, peneliti menganalisis data yang ditemukan pada tahap pertama dengan fokus pada masalah tertentu. Pada tahap reduksi, peneliti menyeleksi data dengan memilih data yang menarik, penting, berguna, dan baru. Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka data-data tersebut selanjutnya dikelompokkan menjadi beberapa kategori yang di tetapkan sebagai fokus penelitian. Pada tahap ketiga, adalah tahap *selection*. Pada tahap ini peneliti menguraikan fokus yang di tetapkan menjadi lebih rinci. Selain itu pada tahap ini setelah peneliti melakukan analisis yang mendalam terhadap data yang di peroleh, maka peneliti dapat menemukan tema dengan cara mengkonstruksi data yang di peroleh menjadi suatu bangunan pengetahuan, hipotesis, atau ilmu yang baru.⁵⁰ Hasil akhir dari penelitian kualitatif, bukan hanya sekedar menghasilkan data atau informasi. Proses memperoleh data atau informasi.

⁴⁸ Sugiyono, *Metode Pendekatan Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2010), Cet 9, hal. 15

⁴⁹ Saefudin Azwar, *Metode Penelitian*, (Yogyakarta: Pustaka pelajar, 2010), Cet. 11, hal. 5

⁵⁰ Sugiyono, *Metode Pendekatan Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2010), Cet 13, hal. 29-31

Proses memperoleh atau informasi pada setiap tahapan (deskripsi, reduksi, seleksi) tersebut dilakukan secara sirkuler, berulang-ulang dengan berbagai cara dan dari berbagai sumber.

Jadi, penelitian yang dilakukan oleh penulis merupakan jenis penelitian lapangan (field research) yang bersifat kualitatif. Maksud istilah *qualitative research* adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak dapat dicapai dengan data statistik atau dengan cara kualitatif. Penelitian dengan cara kualitatif lebih menekankan analisisnya pada proses penyimpulan deduktif dan induktif serta pada analisis terhadap dinamika hubungan antar fenomena yang diamati, dengan menggunakan metode ilmiah.⁵¹

B. Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Karena penelitian tidak menggunakan perhitungan angka. Penelitian ini Boghan dan Biklen menjelaskan bahwa penelitian kualitatif adalah salah satu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa ucapan, tulisan atau perilaku orang-orang yang diamati. Tujuannya untuk mendapatkan pemahaman yang sifatnya umum terhadap kenyataan sosial prespektif partisipan.⁵² Dalam hal ini penulis bermaksud untuk mendapatkan gambaran secara luas tentang layanan terapi okupasi bagi anak penyandang tunagrahita di klinik *Fisio_Care* Purwokerto.

C. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat objek penelitian yang di teliti, dimana peneliti mendapatkan informasi atau data untuk di analisis menjadi sebuah hasil penelitian. Ketepatan pemilihan lokasi sangat mempengaruhi hasil penelitian agar maksimal. Lokasi penelitian yang ditulis oleh penulis berada di desa Dukuh Waluh, Kembaran Purwokerto, Banyumas.

⁵¹ Imam Gunawan, *Metode Pendekatan Kualitatif: Teori Dan Praktik*, (Jakarta: Bumi Aksara, 2013), hal. 80

⁵² Puput Saiful Ramat, "Penelitian Kualitatif", *Jurnal Penelitian Kualitatif*, Vol. 5, No. 2. Januari-Juni 2009, hal.2-3

D. Objek dan Subjek Penelitian

Dalam pendekatan penelitian terdapat dua hal yaitu objek penelitian dan subjek penelitian. Objek penelitian merupakan apa yang menjadi titik suatu penelitian. Sedangkan subjek penelitian adalah yang dituju untuk diteliti yang merupakan orang yang merespon atau menjawab pertanyaan atau yang disebut dengan responden.⁵³

1. Objek Penelitian

Objek penelitian adalah apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian. Dalam penelitian ini menjadi objek utama adalah layanan terapi okupasi anak penyandang tunagrahita di klinik *fisio_care* Purwokerto.

2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah informasi/sumber data yang dapat memberikan informasi atau data yang berkaitan dengan objek penelitian. Suharsimi arikunto mengartikan subjek penelitian adalah orang, benda, proses, kegiatan atau tempat data untuk variable penelitian yang melekat yang dipermasalahkan.⁵⁴

Subjek utama dalam penelitian ini adalah anak R yang dibantu oleh ibu dari R, anak N yang dibantu ibu dari N, dan Terapis Zamira.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara yaitu sebuah percakapan antara dua orang atau lebih, yang pertanyaannya diajukan oleh peneliti kepada subjek atau sekelompok subjek penelitian untuk dijawab.⁵⁵ Wawancara dapat dilakukan secara terstruktur, tidak terstruktur, maupun kombinasi dan dapat dilakukan melalui tatap muka maupun dengan menggunakan telepon. Wawancara yang dilakukan oleh peneliti bersifat kombinasi, yang menggabungkan diantara jenis wawancara terstruktur dan tidak terstruktur, tujuannya ialah

⁵³ Sudiono, *Pendekatan Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2007), hal. 2

⁵⁴ Suharsimi Arikunto, *Manjaemen Penelitian*, (Jakarta: PT. Rineka Cipta, 1993), hal. 116-

⁵⁵ Sudirman Danim, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Bandung: Pustaka Setia, 2002), hal.

untuk memperoleh keterangan yang terinci, maksimal dan mendalam mengenai pandangan orang lain.

Penulis akan mewawancarai terapis di klinik rehabilitasi dan optimalisasi *fisio_care* guna mencari informasi tentang beberapa metode rehabilitasi yang dilakukan untuk penanganan anak tunagrahita.

2. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui suatu pengamatan data yang dilakukan melalui pengamatan disertai pencatatan terhadap keadaan atau perilaku objek sasaran. Pengamatan dalam pengumpulan data hanya merupakan suplemen dari wawancara. Kalau wawancara dianggap sudah memberikan hasil yang lengkap dan mempunyai nilai kebenaran yang dapat di percaya, maka pengamatan tidak dilakukan lagi. Namun demikian, ada peneliti yang melaksanakan keduanya, alasannya karena ingin mendapatkan data yang baik dan terbukti di lapangan.⁵⁶

Peneliti akan melakukan observasi dengan cara datang langsung ke tempat yang sedang di teliti yaitu klinik fisio care. Metode ini penulis gunakan untuk memperoleh data yang akurat tentang proses layanan terapi anak penyandang tunagrahita di klinik *fisio_care* desa dukuh waluh, kembaran, banyumas.

3. Dokumentasi

Dokumen ialah setiap bahan yang tertulis ataupun film, lain dari *record*, yang tidak di persiapkan karena adanya permintaan seorang penyidik.⁵⁷ Dokumen sudah lama digunakan dalam penelitian sebagai sumber data, karena dalam banyak hal dokumen sebagai sumber data yang dimanfaatkan untuk menguji, menafsirkan, bahkan untuk meramalkan.

Dokumentasi adalah menggumpulkan data dengan melihat atau mencatat suatu laporan yang sudah tersedia. Metode ini dilakukan dengan

⁵⁶ Sudarman Danim, *Menjadi Peneliti Kualitatif: Ancangan Metodologi, Presentasi, dan Publikasi*, (Bandung: Pustaka Setia, 2002), hal. 123

⁵⁷ Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2017), Cet. 36, hal. 216.

melihat dokumen-dokumen resmi seperti; catatan-catatan, serta buku-buku peraturan yang ada. Dokumen yang dipergunakan dalam penelitian dapat dibagi menjadi dokumen pribadi yang berisi catatan-catatan yang bersifat pribadi, dan dokumen resmi yang berisi catatan-catatan yang sifatnya formal. ⁵⁸

Dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara. Dokumentasi adalah semua tulisan atau catatan dengan diri subjek tersendiri atau yang terdokumentasikan di sebuah tempat penelitian. Dokumentasi tidak selalu dalam bentuk tulisan, melainkan dapat juga berupa foto atau rekaman lain yang dalam konteks ini bersifat milik atau melekat pada pribadi. Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data, namun yang dalam hal ini tidak langsung di tujukan pada subyek penelitian, namun melalui bisa saja dokumen. Dokumen yang digunakan yaitu berupa buku harian, surat kabar, notulen rapat, buku peraturan, visi misi, catatamn kasus dalam pekerjaan sosial dan dokumen lainnya yang bersangkutan dengan penelitian.

F. Analisis Data

Analisis data merupakan proses pencandraan dan penyusunan transkrip interview serta material lain yang telah terkumpul, dalam penelitian kualitatif, proses analisis data sudah di persiapkan pada saat sebelum dilakukan pengumpulan data, yaitu sejak peneliti melakukan perencanaan dan membuat desain penelitian, dan berlangsung pada saat pengumpulan dan setelah final semua proses pengumpulan data dilaksanakan. Hal ini berarti ketiga sub proses tersebut tidak harus berjalan secara berurutan. ⁵⁹ Metode analisis data dalam penelitian ini terdiri atas tiga alur kegiatan, yaitu: ⁶⁰

1. Reduksi Data

⁵⁸ Arum Nurcahya, Konsep dan Penyesuaian Diri Perempuan dalam Pernikahan Perjudohan (Studi Pada Ibu Sa), *Skripsi*, (Purwokerto: Program Studi Bimbingan Dan Konseling Islam Institute Agama Islam Negeri Purwokerto, 2018), hal. 56

⁵⁹ Moh. Soehadha, *Metodologi Penelitian Sosiologi Agama: Kualitatif*, (Yogyakarta: Teras, 2008), hal. 113

⁶⁰ Ivanovich Agusta, Teknik Pengumpulan dan Analisis Data Kualitatif, *Litbang Pertanian*, (Bogor: Pusat Penelitian Sosial Ekonomi, 2003), hal. 10-11

Reduksi data menyeleksi dan memfokuskan data dari catatan lapangan. Semua data umm yang telah di kumpulkan dalam proses pengumpulan data sebelum dipilih. Sehingga peneliti dapat menganalisa dan memastikan data yang sesuai dengan kerangka atau tujuan dari peneliti.⁶¹

2. Penyajian Data

Penyajian data adalah kegiatan menyusun sekumpulan informasi, sehingga dapat ditarik suatu kesimpulan dan pengambilan tindakan pada kasus yang ada. Mengaitkan hubungan antara fakta tertentu menjadi sebuah data. Peneliti dapat bekerja melalui penggunaan diagram, bagan-bagan, atau skema untuk menunjukkan hubungan yang terstruktur anatra data satu dengan yang lainnya.⁶²

3. Penarikan Kesimpulan

Kesimpulan merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi, atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih gelap sehingga di teliti menjadi terang.

IAIN PURWOKERTO

⁶¹Moh, Soehadha, *Metode Penelitian Sosial Kualitatif Untuk Studi Agama*, (Yogyakarta: SUKA-Press UIN Sunan Kali Jaga, 2012), hal.130

⁶²Moh, Soehadha, *Metode Penelitian Sosial Kualitatif Untuk Studi Agama*, (Yogyakarta: SUKA-Press UIN Sunan Kali Jaga, 2012), hal.131

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum *Fisio_care Purwokerto*

1. Sejarah *Fisio_care Purwokerto*

Fisio_care Purwokerto didirikan pada tanggal 1 Februari 2016 oleh Intan Fitri Nur Baiti, S.Ft. Permata kali *Fisio_care Purwokerto* bertempat di ledug dan berdiri di tanah yang belum begitu luas dengan dilengkapi fasilitas yang biasa saja. namun dengan perkembangnya informasi membuat masyarakat tahu mengenai klinik *fisio_care purwokerto* dan semakin bertambahnya pasien, akhirnya *fisio_care* dipindah ke dukuh waluh dengan ditambah fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga pasien lebih nyaman.

Alasan *Fisio_care Purwokerto* didirikan karena belum ada klinik layanan terpadu untuk membantu tumbuh kembang anak di Purwokerto dan sekitarnya. *Fisio_care Purwokerto* awalnya berfokus perawatan anak normal dengan layanan baby spa saja, namun karena melihat banyaknya anak dengan gangguan tumbuh kembang anak dan orangtua sangat peduli maka *fisio_care* membuka layanan gangguan tumbuh kembang, layanan terapi. Awalnya hanya berfokus pada fisioterapi lalu menambah pelayanan terapi wicara dan okupasi terapi sehingga membuat pelayanan tumbuh kembang anak semakin terpadu.⁶³

2. Visi, misi dan Letak *Fisio_care Purwokerto*

a. Visi *Fisio_care Purwokerto*

Mengoptimalkan tumbuh kembang anak dengan memberikan pelayanan prima yang terpadu

b. Misi *Fisio_care Purwokerto*

1) Meningkatkan mutu pelayanan untuk anak dengan atau tanpa gangguan tumbuh kembang

⁶³ Hasil wawancara dengan mba intan selaku direktur fisiocare purwokerto, pada tanggal 10 November 2020, pukul 15.00 WIB

- 2) Meningkatkan ilmu pengetahuan, wawasan dan pengalaman terapis
- 3) Merutinkan pelaporan serta mengkoordinasikannya kepada seluruh pihak terkait.

c. Letak *Fisio_care Purwokerto*

Secara letak geografis letak *Fisio_care Purwokerto* terletak di sebelah baratnya universitas harapan bangsa purwokerto. Dari universitas harapan bangsa berjarak 500m ke *Fisio_care Purwokerto*. Lebih tepatnya di Jl. Raden Patah RT.01 Rw.04 Dukuwaluh, Kecamatan Kembaran, Purwokerto Banyumas.⁶⁴

3. Struktur Organisasi *Fisio_care Purwokerto*

- a. Direktur : Intan Fitri Nur Baiti, S. Fis
- b. Manager : Siti Hafsoh, A.Md, Ft
- c. Bendahara : Jihadul Munawaroh
- d. Bagian Administrasi : Jihadul Munawroh
- e. Bagian Kebersihan : Rini

4. Pelayanan Teknis Layanan:

a. Pelayanan Teknis Fisioterapi :

- 1) Siti Hafsoh, A. Md . Ft
- 2) Tri Wahyuni, A. Md. Fis
- 3) Firsas Arsi Maulina, A. Md. Fis

b. Pelayanan Teknis Terapi Wicara

Lulu Ati mar'atus zahro, S. Ft. Tw

c. Pelayanan Teknis Okupasi

- 1) Zamira Jati Prananingtias, A. Md. Kes
- 2) Ifah, A.md. Ot

B. Profil Subjek

1. Subjek Penelitian

⁶⁴ Hasil wawancara dengan mba zamira selaku terapis okupasi fisiocare purwokerto, pada tanggal 17 November 2020, pukul 10.00 WIB

a. Subjek satu:⁶⁵

Nama panggilan : R

Asal : Purwokerto

Umur : 7 tahun

1) **Kognisi :**

Kognisi subjek pertama, subjek pertama dari hasil IQ nya subjek tergolong anak yang mengalami Tunagrahita sedang mereka tergolong sistem motoriknya saja yang tidak berfungsi dengan baik namun sistem sensoriknya dapat berfungsi dengan baik. Yang membuat subjek lambat untuk berjalan dan berbicara.

2) **Fisik :**

Fisik dari subjek pertama, subjek pertama memiliki fisik yang baik tidak ada kekurangan atau cacat fisik.

3) **Emosi :**

Emosi dari subjek pertama malu-malu saat bertemu orang baru namun bisa di tinggal saat proses terapi.

4) **Sosial :**

Sosial subjek R walaupun dengan kondisi yang tidak seperti anak yang lainnya. Namun subjek R selalu senang mengajak ibu ataupun orang yang ada di rumah untuk bermain dengan tetangga walaupun kadang masih milih teman.

b. Subjek kedua:⁶⁶

Nama panggilan : N

Asal : Cilongok

Umur : 3 tahun

1) **Kognisi :**

⁶⁵ Wawancara dengan mba zamira selaku terapis okupasi dari subjek tersebut, pada tanggal 17 November 2020, pada pukul 09:30 WIB.

⁶⁶ Wawancara dengan mba zamira selaku terapis okupasi dari subjek tersebut, pada tanggal 17 November 2020, pada pukul 09:30 WIB.

Kecerdasan intelektual subjek N ini belum terlalu baik subjek N juga tergolong anak yang mengalami Tunagrahita sedang sulit fokus saat terapi tetapi mudah dialihkan kembali ke fisioterapis.

2) **Fisik :**

Kondisi fisik anak N sehat dan normal.

3) **Emosi :**

Kondisi emosi anak N saat melakukan terapi masih suka menangis dan masih susah di kendalikan.

4) **Sosial :**

Kondisi sosial subjek saat di rumah jarang keluar rumah dan belum bisa bersosialisasi dengan teman sebaya.

2. Subjek Terapis Penelitian

Penelitian ini dengan subjek tambahan yaitu satu orang terapis. Terapis dari anak Tunagrahita di Klinik *Fisio_care* Purwokerto data identitas terapis: Identitas fisioterapis yang menjadi koordinator dari anak Tunagrahita.⁶⁷

Nama: Zamira Jati Prananingtias, Amd. Kes

Alamat: Perumahan Gemuruh, Banjarnegara, Jawa Tengah

Pengalaman Sekolah:

- 1) SD NEGERI 1 KRANDEGAN
- 2) SMP NEGERI 2 BANJARNEGARA
- 3) SMA NEGERI 1 BAWANG
- 4) POLTEKES SURAKARTA

Pengalaman Kerja : Terapis Okupasi Di Klinik *Fisio_Care* Purwokerto Sejak Oktober 2020.

⁶⁷ Hasil wawancara dengan Terapis, pada tanggal 17 November 2020, pada pukul 09:30 WIB.

C. Tahapan Layanan Terapi Okupasi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto:

Berdasarkan hasil observasi penelitian lapangan yang berada di Klinik *Fisio-care* Purwokerto, dalam pelaksanaan terapi okupasi bagi anak Tunagrahita yang dilihat ada beberapa tahapan yang dilakukan terapis.

1. *Assesment*

Proses *assessment* ini dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan terhadap anak agar diketahui penyakit yang mereka alami serta bisa menentukan terapi apa yang akan dilakukan.

Terapis mengatakan bahwa:

*“Sebelum orang tua mendaftarkan anaknya untuk melakukan terapi orang tua harus mengantar anaknya melakukan assesment terlebih dahulu kepada dokter atau psikolog, agar terapis dapat mengetahui terapi apa yang harus diberikan kepada anak tersebut.”*⁶⁸

Ibu M menyampaikan bahwa:

*“Sebelum anak saya teraspi saya datang kesini nganter terus di assesment sekaligus memberikan identitas lengkap anak saya”*⁶⁹

Ibu N juga menyampaikan bahwa:

*“Sebelum anak melakukan terapi anak saya melakukan proses assesment terlebih dahulu supaya diketahui permasalahannya dan selanjutnya diberikan terapi apa yang cocok.”*⁷⁰

Berdasarkan hasil observasi peneliti melihat langsung bahwa benar sebelum anak mendapatkan terapi, anak di *assessment* yaitu diambil data dan diperiksa terapis, untuk menetapkan terapi apa yang sesuai bagi anak tunagrahita. Namun biasanya sebelum dibawa ke klinik, anak sudah di periksa oleh dokter.

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa sebelum anak mendapatkan terapi terlebih dahulu di *asement* dan orang tua harus mendampingi untuk dilakukan pemeriksaan terhadap anaknya

⁶⁸ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

⁶⁹ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁷⁰ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

setelah pemeriksaan selesai maka terapi apa yang sesuai dan anak tersebut diberi jadwal terapi.

2. Menetapkan Tujuan

Penetapan tujuan dilakukan setelah penilaian atau assessment, pertimbangan penting berikutnya yaitu mengidentifikasi tujuan jangka panjang dan pendek yang realistis dan dapat dicapai, dan ditulis dalam istilah terukur, sehingga perubahan kemajuan anak dapat dengan mudah didokumentasikan.⁷¹ Setelah melakukan *assessment* selanjutnya akan ditentukan tujuan terapi akan dilakukan sesuai hasil analisis yang didapatkan.

Terapis mengatakan:

“Ketika anak sudah diperiksa dan mendapat terapi apa yang akan didapat oleh anak, maka di tentukan tujuan melakukan terapi dengan memberikan jadwal terapi agar anak mendapatkan terapi yang sesuai.”

Ibu M mengatakan:

“Sebelum anak dilakukan terapi, terapis menentukan tujuan terapi yang akan dilakukan pada anak agar tujuan yang sudah dibuat akan diikuti dengan baik sesuai harapan.”

Ibu N juga Mengatakan:

“Ketika anak sudah diperiksa dan mendapat terapi apa yang akan didapat oleh anak, seterusnya terapis menententukan tujuan melakukan terapi dengan memberikan jadwal terapi agar anak mendapatkan terapi yang sesuai.”⁷²

Berdasarkan hasil observasi di atas peneliti melihat langsung dilapangan bahwa ketika anak yang telah dilakukan *assesment* mereka memberikan hasil tersebut kepada administrasi atau terapi, agar anak mereka diberikan tindakan atau jadwal untuk melakukan terapi secara rutin. Setelah terapi sudah ditentukan pada anak, peneliti melihat bahwa

⁷¹ Howard Lynne & Hong, Chia, *Occupational Therapy In Childhood*. 2002. USA: Whurr Publishers Ltd, hal 12

⁷² Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

orang tua sangat berharap dan menginginkan anaknya bisa berubah dan mulai bisa berbicara dengan lancar dari sebelumnya.

Berdasarkan hasil wawancara bersama terapis dan orang tua yang memiliki anak tungrahita bahwa untuk mencapai suksesnya proses terapi okupasi dan mencapai keinginan orang tua maka terapis menentukan kesepakatan tujuan bersama karena bukan hanya sepenuhnya tugas dari terapis saja melainkan tugas orang tua juga dalam melaksanakan terapi di rumah atau mengulang apa yang sudah terapis lakukan di tempat terapi.

3. Waktu Pelaksanaan Terapi

Waktu yang diberikan dalam pelaksanaan terapi okupasi di Klinik *Fiso-care* Purwokerto setiap anak itu berbeda masing-masing di beri waktu 45 menit .

Sebagaimana diungkapkan oleh terapis bahwa:

“ Terapi okupasi itu waktunya 45 menit per anak, harinya juga nggak sama semua mba. Pelaksanaan terapi diluar atau tidak pada jam yang telah ditentukan pada pihak lembaga tidak bisa kecuali kalau diluar dari lembaga atau terapisnya bersedia melakukan proses terapi tersebut.”⁷³

Ibu M mengatakan bahwa:

“ Anak saya melakukan terapi dari hari selasa dan jum'at dari jam 09:30-10:45 WIB.”⁷⁴

Ibu N juga mengatakan:

“ Hari sabtu pukul 11:00-11:45 WIB. Saya selalu menemani anak saya terapi, kadang saya di antar suami, kalo berangkat sendiri saya nggak berani di jalan mba.”⁷⁵

Berdasarkan wawancara dan observasi di atas dapat peneliti simpulkan bahwa waktu yang digunakan saat terapi okupasi yaitu 45 menit setiap anak.

⁷³ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

⁷⁴ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁷⁵ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

4. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan cara mengetahui keefektipan terapis di Klinik *Fisio-care* Purwokerto, proses ini bertujuan untuk mengetahui proses terapi yang telah diberikan berjalan dengan baik atau apa saja yang harus diperbaiki, serta bagaimana hasil yang didapat terhadap anak tunagrahita.

Terapis Mengatakan:

“Ditahapan evaluasi ini kami lakukan setelah 60 kali pertemuan mba, kami melakukan pengecekan bagaimana terapi yang dilakukan sudah sesuai apa belum, lalu kami cek apa saja perlu dirubah atau ditambahkan, terus programnya dan sebagainya”⁷⁶

Ibu M Mengatakan:

“Saya selalu mengulang kembali terapi yang telah terapis lakukan di tempat terapi berhasil atau tidaknya itu dengan kami mengeceknya dengan melakukan pengulangan di rumah, ketika anak mampu melakukan berarti berhasil terapi yang dilakukan.”⁷⁷

Ibu N Mengatakan:

“Ya mengulang kembali terapi yang telah terapis lakukan di tempat terapi berhasil atau tidaknya itu dengan kami mengeceknya dengan melakukan pengulangan di rumah, jika anak saya mampu melakukannya berarti hasil terapi ini berhasil.”⁷⁸

Berdasarkan hasil observasi peneliti melihat perubahan anak yang sudah mengikuti terapi okupasi sudah berubah seperti saat peneliti datang, anak tunagrahita yang mengikuti terapi sudah bisa di kendalikan walaupun belum sepenuhnya, tetapi sudah memiliki banyak perubahan.

Berdasarkan hasil wawancara terapis dan orang tua, mereka sangat senang ketika anak mereka selesai mengikuti proses terapi karena sudah tampak perubahan dari anak.

⁷⁶ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

⁷⁷ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁷⁸ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

Selanjutnya hasil observasi dan wawancara di atas dapat peneliti disimpulkan bahwa setelah melakukan terapi okupasi pada anak tunagrahita. Terapis harus mengevaluasi hasil terapi sudah sesuai atau tidak, serta bagian mana yang harus di tambah dan tidak boleh dilakukan seperti didalam teknik menurut terapis tidak perlu dilakukan maka hal itu perlu di lakukan program.

D. Layanan Terapi Okupasi Terhadap Anak Tunagrahita di Klinik *Fisio_care* Purwokerto.

Klinik *Fisio_care* Purwokerto memiliki 20 anak yang mengikuti program terapi okupasi, yang memiliki usia beragam. Terapis okupasi berjumlah 2 orang, terapis mengajarkan banyak hal seperti pra akademik, pra motorik, kemandirian, sensori motorik kasar dan halus, serta ADL (Activity Daily Learning). Setiap harinya setelah terapi, terapis membicarakan ke orang tua lewat buku penghubung, tentang perkembangan anak atau kegiatan terapi yang dilakukan anak pada hari itu.

Penerapan terapi okupasi sendiri dilaksanakan secara sistematis, dimulai dengan kegiatan identifikasi, analisis, diagnosis, pelaksanaan serta tindak lanjut layanan guna mencapai kesembuhan yang optimal. Terapi okupasi ini memiliki tujuan selain mengembalikan fungsi motorik, melatih agar anak dapat mandiri dan meningkatkan kemauan anak. Menurut informasi hasil wawancara yang penulis dapatkan dari subjek penelitian antara lain.

1. Metode Layanan Terapi Okupasi

Dalam penelitian yang dilakukan peneliti di Klinik *Fisio_care* Purwokerto ada 1 anak yang menjadi subyek penelitian oleh peneliti. Subjek pertama yaitu R merupakan anak laki-laki yang lahir pada Tahun 2013. Subjek R baru melaksanakan terapi okupasi pada bulan oktober 2020. R merupakan anak kedua dari Ibu M.

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara yang dilakukan dengan mba Zamira selaku terapis okupasi dari R, sebelum memulai terapi terapis mengajak R untuk salam dan berdoa, terapis menatap wajah R dan mempertegas setiap penggalan doa. Setelah berdoa, Terapis bertanya

kepada R, apakah R sudah makan atau belum, R pun menjawab pertanyaan yang diajukan terapis. Satu informan utama yaitu terapis menyatakan bahwa R sudah mampu berkomunikasi 2 arah.⁷⁹

Pertanyaan informan utama tersebut tersaji pada hasil wawancara sebagai berikut :

“Tata cara pelaksanaannya, pertama-tama anak disuruh bermain apa yang dia mau dulu, setiap anak pemanasannya beda-beda tergantung anaknya. Setelah itu posisikan anak duduk dengan tenang, saat sudah duduk anak diajak salam dan membaca doa. R sudah bisa komunikasi 2 arah, perkaannya juga sudah jelas”⁸⁰

Subjek R adalah anak tuangrahitanya yang sudah memiliki perilaku yang cenderung baik. Saat Terapis mengajak untuk berdoa dan salam, R ada di posisi duduk dengan baik. R mengikuti bacaan doa tersebut, sambil sesekali kedua pandangan tidak fokus ke mainan dan benda sekitar. R terlihat tenang dan patuh kepada Terapis. R pada dasarnya sudah memiliki kosakata yang cukup banyak, walaupun dalam pengucapan masih kurang jelas. Saat Terapis memberi pertanyaan, R dapat menjawab pertanyaan tersebut dan jawabannya sesuai dengan pertanyaannya.

Pemaparan tersebut menunjukkan bahwa layanan terapi okupasi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto diawali dengan salam dan berdoa. Dengan salam dan berdoa diharapkan anak dapat belajar fokus dan siap untuk melaksanakan terapi serta menjadikannya pembiasaan kesehariannya. Namun pada penerapannya tidak semua anak mengikuti kegiatan salam dan berdoa. R mengikuti kegiatan salam dan doa walaupun dengan pandangan yang tidak fokus, berbeda dengan yang terlihat cuek saja dan tidak fokus. Kegiatan salam dan doa wajib dilaksanakan dengan harapan dapat menimbulkan efek bonding/kehangatan antara terapis dan anak. Sehingga anak gampang diatur saat terapi dilaksanakan.

⁷⁹ Hasil Observasi Melihat Kebiasaan terapis saat terapi, Pada tanggal 17 november 2020, Pada Pukul 09:30 WIB.

⁸⁰ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 20 november 2020, pukul 11:00 WIB

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara yang dilakukan peneliti, bahwa R masuk ke ruang terapi dan langsung bermain perosotan. Karena R asik main di perosotan Terapis meminta R menaiki tangga perosotan dengan benar, dan di ulang-ulang sampe 3 kali. Terapis melihat ke jam dan meminta R untuk mengulang sekali lagi naik lewat tangga dan turun lewat prosotan.⁸¹

“Tata cara pelaksanaannya, pertama-tama pemanasan dulu, setiap anak pemanasannya beda-beda tergantung anaknya. Kalo R sekarang perilakunya sudah bagus, sudah mau komunikasi 2 arah”⁸²

Subjek R secara fisik memiliki badan tidak terlalu kurus, rambut yang tebal dan hitam, badan gempal, berjalan dengan normal. R adalah anak yang sudah memiliki kepatuhan, terlihat saat di awal sebelum terapi R bermain dahulu, saat Terapis hendak memulai terapi dan meminta R untuk menyudahi bermainnya R dengan patuh melaksanakannya dan sudah bisa di ajak kooperatif kalau di awal bermain akan dilanjutkan dengan terapi langsung tidak bermain terus.

Selain doa dan salam yang dilakukan di awal kegiatan, Terapis juga membaca situasi yang terjadi saat itu, kegiatan di awal menjadi lebih fleksibel. Ketika anak belum siap untuk langsung kegiatan, Terapis meminta anak untuk bermain terlebih dahulu. Terlihat bahwa R memiliki perilaku yang baik dan dapat kooperatif dengan Terapis, saat Terapis meminta bermain selesai R selesai bermain. Setelah kegiatan pemanasan di awal, kegiatan saat terapi selanjutnya yaitu tujuan yang hendak dicapai hari ini.⁸³

Hasil pengamatan dan wawancara yang dilakukan peneliti saat Terapis mau memulai kegiatan kancing baju R terbuka, Terapis meminta

⁸¹ Hasil Observasi Melihat Kebiasaan terapis Saat Terapi, Pada tanggal 17 November 2020, Pada Pukul 09:30 WIB.

⁸² Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 20 november 2020, pukul 11:00 WIB.

⁸³ Hasil Observasi Melihat Kebiasaan terapis Saat Terapi, Pada tanggal 17 November 2020, Pada Pukul 09:30 WIB.

R untuk mengancingkan, namun R belum bisa dan akhirnya Terapis yang membantu.

Kegiatan yang pertama Terapis mengajak R untuk menyesuaikan Huruf dengan nama binatang, Terapis mengingatkan untuk menyusun secara urut R menuruti, Terapis juga berkata kalau R pintar. Setelah selesai, kegiatan kedua yaitu memegang pensil warna hijau dan kegiatan yang ketiga atau inti kegiatannya yaitu traicing huruf A.

“Kegiatan selanjutnya tergantung tujuannya apa, misal motorik halus sebelum ke inti dikasih dulu tracing garis baru kegiatan intinya menulis. Lebih ke arah ADL dan kemandirian secara menyeluruh”⁸⁴

Subjek R sudah memiliki perilaku yang baik, sehingga saat terapi sudah lebih mudah dan cepat. jadi kegiatan sekarang lebih ke arah pra akademik seperti tracing huruf A. Sebelum memulai pemanasan untuk jari-jari tangan agar lebih lentur dan kuat saat memegang pensil dengan menjahit dan mengatsir atau mewarnai baru anak di ajak untuk tracing atau menebali, sehingga tujuan yang hendak dicapai yaitu menulis.

Dalam penelitian yang dilakukan peneliti di Klinik Fisio-care Purwokerto selain dua anak yang menjadi subyek penelitian yaitu R dan N oleh peneliti ada orang tua dari anak tunagrahita yang dijadikan subyek peneliti. Subjek pertama yaitu Ibu M dalam penelitian ini Ibu M adalah Ibu dari R, keseharian dari Ibu M adala Ibu Rumah tanggadan menunggu R saat terapi. Subjek Kedua Yaitu Ibu N dalam penelitian ini adalah Ibu dari N, keseharian dari Ibu N adalah Ibu rumah tangga dan menunggu N ssat kegiatan terapi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu M tentang sosialisasi terapi okupasi di awal sebelum terapi dimulai didapatkan hasil bahwa tidak ada sosialisasi terapi okupasi, setelah anak terdaftar langsung kegiatan terapi

⁸⁴ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 20 november 2020, pukul 11:00 WIB

“Sepertinya waktu itu tidak ada, langsung gitu aja mbak, langsung terapi.”⁸⁵

Hal yang berbeda disampaikan oleh Ibu N yang mengatakan ada sosialisasi di awal dengan pengenalan berbagai macam jenis terapi yang ada di Klinik *Fisio-care* Purwokerto.

“Ada, dikasih tahu kalau terapinya tu ada macem-macem tergantung kebutuhannya anak sendiri, ngasih tahunya mendetail sih mbak tapi sayane yang ga mudeng kan pakai bahasa-bahasa sana itu.”⁸⁶

Berdasarkan pemaparan di atas ada atau tidaknya sosialisasi tentang terapi okupasi di awal belum mendapatkan kejelasan, Ibu M menyampaikan bahwa tidak ada sosialisasi, namun berbeda dengan Ibu N yang mengatakan ada sosialisasi. Namun berdasarkan dengan hasil wawancara dengan Terapis diketahui bahwa sosialisasi di awal tidak ada, namun penjelasan tentang terapi okupasi dilaksanakan secara personal setelah kegiatan terapi.

“Enggak ada sosialisasi khusus, langsung tatap muka secara personal waktu terapi biasanya saya jelasin terapi okupasi itu apa begitu.”⁸⁷

Berdasarkan pemaparan di atas bahwa sosialisasi khusus tentang terapi okupasi di awal tidak ada, namun penjelasan terapi okupasi dilakukan oleh terapis dengan orang tua secara personal waktu kegiatan terapi okupasi sudah dimulai.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu M tentang test untuk memasuki terapi okupasi didapatkan hasil bahwa anak tidak mengikuti test, setelah pendaftaran anak langsung mengikuti proses terapi.

“Enggak ada mbak, langsung terapi. Tapi sudah ada komunikasi sendiri antara orang tua dan terapis, jadi sudah tahu anaknya gimana.”⁸⁸

⁸⁵ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁸⁶ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁸⁷ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 20 november 2020, pukul 14.30 WIB

Hal yang berbeda disampaikan oleh Ibu M, orangtua R tidak mengetahui ada atau tidaknya test untuk memasuki terapi okupasi.

“Ga tahu mba, kayanya nggak ada”⁸⁹

Hasil wawancara dengan Terapis diketahui bahwa tidak ada test di awal terapi okupasi namun test dilakukan secara personal saat terapi sudah dimulai.

“Kalau test ga ada, paling ya di assesment aja biar tau anaknya butuh terapi apa”⁹⁰

Berdasarkan pemaparan di atas, saat awal terapi anak tidak mengikuti test karena penerimaan anak yang mengikuti terapi dilaksanakan melalui seleksi, namun test dilaksanakan secara personal saat kegiatan terapi sudah dimulai.

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan orangtua R diketahui bahwa R yang dulu sebelum mengikuti terapi adalah anak yang hiperaktif, dulu R juga tidak mau belajar angka dan huruf. Setelah terapi, R sudah bisa duduk diam, sudah memiliki kemauan untuk belajar angka dan huruf.

“Dulu mba, R itu ga bisa anteng. Hiperaktif sekali ga bisa diam muter terus. Jahil sekali pokoknya ga bisa diam ga punya rasa takut sama sekali, belajar juga ga mau apa lagi kalau huruf sama angka emoh katanya. Sekarang alhamdulillah sudah mau duduk diam anteng”⁹¹

Sedangkan menurut terapis, R yang sekarang sudah memiliki kepatuhan, sudah kooperatif, saat diberikan pengertian sudah mau, dulunya R semaunya sendiri.

“R: sekarang sudah patuh, sudah kooperatif, di kasih pengertian sudah mau, komunikasi 2 arah bisa, kognitifnya bisa karena

⁸⁸ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁸⁹ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁹⁰ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 20 november 2020, pukul 14.30 WIB

⁹¹ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

*padadasarnya perilaku R sudah bagus. dulu ya ngeyelan banget.*⁹²

Berdasarkan hasil pemaparan di atas R dulunya suka semaunya sendiri (ngeyel), jahil atau suka mengganggu dengan temannya, belum memiliki kemauan untuk belajar seperti mengenal angka dan huruf. Sekarang sudah patuh, sudah kooperatif dan sudah memiliki kemauan.

Sedangkan subjek N berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu N mengatakan bahwa N yang dulu sangat hiperaktif. Dan N yang sekarang sudah mulai anteng.

*“Dulu sukanya lari-larian kesana sini mba, Kalau yang sekarang, udah mendingan bisa di kendalikan.”*⁹³

Di mata terapis, N yang dulu jarang masuk terapi sehingga frekuensi terapinya masih kurang jadi perkembangannya kurang bisa cepat. Namun sekarang ini kepatuhan N sudah mulai muncul.

*“N: itu dulu jarang masuk, frekuensi terapinya kurang jadi perkembangannya kurang bisa cepat, perubahannya lama, tapikepatuhannya sekarang sudah mulai muncul.”*⁹⁴

Berdasarkan pemaparan di atas, N yang dulu masih semaunya sendiri, untuk motoriknya N masih jelek, Namun sekarang ini kepatuhan N sudah mulai muncul dan sudah memiliki perkembangan rata-rata dibidang lainnya.

2. Teknik dalam Terapi Okupasi

Setelah proses terapi dilakukan, selanjutnya terapis menentukan pembelajaran untuk membantu anak tunagrahita yang mengalami keterlambatan dalam berbicara. Dalam terapi okupasi ada beberapa teknik yaitu :

a. Penokohan Modeling

⁹² Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 20 november 2020, pukul 14.30 WIB

⁹³ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁹⁴ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

Dalam teknik ini digunakan teknik imitasi supaya anak mengikuti apa yang dilakukan oleh seorang terapis, teknik juga mempermudah anak tunagrahita karena mereka sulit untuk berperilaku dengan semestinya saat di terapi.

Sesuai dari hasil wawancara terapis:

“Agar lebih mudah melakukan terapi okupasi kepada anak, biasanya saya pake teknik penokohan, di teknik ini anak bisa meniru gerakan apa saja yang saya ajarkan dengan secara langsung mencontohkannya terus anak mengikuti.”⁹⁵

Ibu M mengatakan:

“Setelah anak mengikuti terapi saya mengulang lagi dirumah pelan-pelan agar tidak lupa, biasanya saya menyuruh mengambilkann barang atau menyuruh yang lain”⁹⁶

Ibu N juga mengatakan:

“Setelah anak mengikuti terapi di tempat terapi, saya selaku orang tua mengulang kembali apa yang terapis lakukan di tempat terapi dengan mengulang kegiatan di klinik sehingga anak saya tidak lupa.”⁹⁷

Berdasarkan hasil observasi peneliti melihat langsung terapis yang memberikan instruksi terlebih dahulu dengan mengucapkan huruf atau lidah kemudian anak mengikutinya dan peneliti melihat langsung bagaimana ketika anak tersebut mengikuti terapinya.

Berdasarkan hasil wawancara diatas peneliti ambil bahwa terapis dan orang tua sudah melakukan penokohan modeling dan mengulang kembali perintah yang di lakukan dan anak yang mengikutinya.

b. Penguatan Positif dan Negatif

Penguatan positif akan diberikan ke pada anak berupa *reward*, pemberian hadiah diberikan ketika anak berhasil melakukan intruksi

⁹⁵ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

⁹⁶ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

⁹⁷ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

dan mengikuti proses terapi diberikan seseorang dengan baik sedangkan penguatan negatif berupa hukuman atau pembelajaran supaya anak tidak rewel saat terapi.

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara yang dilakukan peneliti, kegiatan pertama R yaitu meronce, roncean yang digunakan bangun geometri dengan ukuran yang besar. Terapis memberikan instruksi kepada R untuk meronce, namun R tidak menyelesaikan roncean, tetapi bermain. Terapis terus menyuruh R untuk menyelesaikan, tetapi R tidak mau, terapis mengangkat R dan ditaro di perosotan, R masih tidak mau menyelesaikan, sehingga Terapis hanya memegang R agar duduk diam.

“Reward dan punishment itu penting, tapi dilihat juga anaknya kalo tetap rewel atau anak tidak mau, ya saya yang mengikuti mood anak. Kegiatannya diganti atau dibuat sama tapi gradenya yang diturunkan dibuat lebih mudah. Tapi dilihat lagi, anak ngambeknya karena apa misalnya sakit ya bisa dibuat lebih mudah, kalau ngambeknya karena perilaku ya tetap di kasih.”⁹⁸

Terlihat bahwa subyek N masih belum memiliki kemauan untuk belajar atau bermain meronce dalam hal ini N masih seenaknya saja padahal, terapis sudah memberikan punishment dengan menggulungnya dengan kasar, namun N tidak takut dan tidak melanjutkan kegiatan. Perilaku masih jelek, sehingga Terapis lebih fokus untuk terapi ke perilakunya terlebih dahulu, agar kedepannya lebih mudah, dan punishment tidak diberikan secara terus menerus.

Ibu M mengatakan bahwa:

⁹⁸ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 20 November 2020, pukul 14.30 WIB

“Kalo anak saya diperintahkan untuk mengambil sesuatu, dia melakukannya dengan benar atau hampir benar maka saya kasih hadiah mba. Tapi nggak selalu mna sesekali aja”⁹⁹

Ibu N juga memberikan tanggapan:

“Boleh saja kita memberikan reward kepada anak supaya ia semangat dalam berusaha untuk melakukan sesuatu, namun saya selaku orang tua memberikan reward dengan mencium pipinya agar anak saya merasa bahwa saya sangat peduli terhadapnya sehingga anak saya lebih semangat dalam terapinya.”¹⁰⁰

Berdasarkan hasil observasi peneliti melihat bahwa terapi memberikan pujian dengan tepuk tangan, dan kalimat *reward* kepada anak ketika anak bisa melakukan apa yang terapis lakukan dan apa yang terapis perintahkan kepada anak agar anak semangat untuk melakukan terapi.

Berdasarkan hasil wawancara dapat peneliti ambil kesimpulan bahwa ketika anak bisa melakukannya maka anak diberi *reward* agar anak bisa semangat untuk mengikuti proses pelaksanaan terapi.

Pemaparan tersebut menunjukkan bahwa tidak selama tujuan dari kegiatan bisa dilaksanakan dengan baik, sesuai yang dipersiapkan oleh Terapis kendala-kendala itu bisa datang dari anak sendiri. Seperti anak *unmood* atau belum tertib aturan sehingga menyebabkan tujuan tidak terlaksana dengan baik. Maka dari itu adanya reward dan punishment penting dalam suatu kegiatan, diberikan reward dengan verbal atau kata-kata sudah membuat mereka lebih bersemangat lagi untuk terapi.

3. Faktor Penghambat Proses

⁹⁹ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00 WIB

¹⁰⁰ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00 WIB

Ada beberapa hambatan dalam pelaksanaan terapi okupasi sesuai hasil observasi dan wawancara yaitu:

a. Kognitif yang lemah

Kognitif yang lemah akan sangat berdampak pada setiap aktifitas seorang anak, setiap bentuk perintah atau intruksi dari terapis yang diberikan pada anak tunagrahita maka anak akan lama untuk berfikir dan sulit untuk memahami apa yang orang lain katakan.

Sesuai yang disampaikan oleh Terapis:

" Kognitif dari anak akan berpengaruh terhadap proses terapi karena ketika anak tunagrahita dipanggil, diberi intruksi anak hanya diam saja, proses berfikirnya sangat lambat sehingga proses terapi lebih sulit. Seperti saya perintah tepuk tangan, ambil mainan, anak satu kali intruksi belum bisa dia lakukan tetapi lebih dari tiga kali intruksi anak belum bisa maka akan saya bantu dengan mengangkat tangannya. ”¹⁰¹

Ibu N mengatakan hal yang sama :

“Anak saya termasuk anak yang memiliki kognitif lemah karena anak saya susah untuk bersosialisasi dan anak saya juga terkadang ketika saya suruh untuk mengambil bola ia berfikir sangat lama. ”¹⁰²

Hal senada disampaikan oleh Ibu M:

“Anak saya ketika disuruh untuk mengambil sesuatu yang saya perintahkan terkadang anak saya berfikir terlebih dahulu, bisa jadi dia hanya diam saja tidak bergerak sedikit pun dari tempat duduknya. ”¹⁰³

Hasil observasi yang peneliti lihat dilapangan bahwa hambatan melakukan terapi wicara pada anak tunagrahita salah satunya adalah lemahnya kognitif dari anak tersebut, karena dengan kondisi kognitif yang lemah akan sulit terapis memberikan instruksi dan perintah, anak akan sulit memahami maka terapis harus mengulang-ulang satu kata

¹⁰¹ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

¹⁰² Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

¹⁰³ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

yang diberikan pada anak tunagrahita apabila beberapa kali diulang anak tidak bisa mengikutinya maka anak diberi bantuan dengan mengangkat tangan anak itu sendiri.

b. Keilmuan terapis yang berbeda

Keilmuan terapis yang berbeda maka akan berdampak juga pada anak tunagrahita, seperti setiap terapis yang memberikan terapi wicara terhadap anak tunagrahita akan berbeda cara pemberian terapi, berbeda cara menghadapi anaknya dari banyaknya perbedaan dari seorang terapis akan berdampak juga penerimaan diri anak tunagrahita.

Sesuai dengan yang disampaikan Terapis.

“ Terapis disini tidak semua berasal dari jurusan yang sama ada yang kesehatan, pendidikan dan sebagainya, dari perbedaan pendidikan maka ilmu yang diperoleh akan berbeda dan cara penyampaiannya dan tekniknya juga berbeda, hal tersebut akan sulit diterima anak karena anak merasa kenapa setiap terapi semua caranya berbeda. ”¹⁰⁴

Ibu M mengatakan :

“Dari perbedaan jurusan dan ilmu yang terapi punya maka cara terapi dan cara menghadapi anak tentunya ada perbedaan, tidak semua anak mampu menerima terapi dari setiap terapis karna ada anak yang tidak berani, tidak nyaman dan sebagainya. ”¹⁰⁵

Ibu N mengungkapkan bahwa :

“Terapis yang berbeda jurusan tentunya memiliki ilmu yang berbeda, lalu cara praktek yang di berikan kepada anak pun akan berbeda, seperti halnya anak saya tidak mau diterapi oleh terapi lain yang mungkin menurut anak saya ia tidak nyaman. ”¹⁰⁶

Berdasarkan hasil observasi yang peneliti lakukan di lapangan bahwa terapis yang melakukan terapi okupasi itu memiliki pendidikan

¹⁰⁴ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

¹⁰⁵ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00 WIB

¹⁰⁶ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00 WIB

yang berbeda-beda, ada terapis dari pendidikan luar biasa, dan lain-lain.

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa hambatan terapi okupasi juga terjadi pada keilmuan yang berbeda, seperti halnya dari perbedaan jurusan dari setiap terapis akan berbeda juga menanganinya dari beberapa hal tersebut ada terapis yang pandai dan ada terapis yang biasa saja, begitu juga dengan anak tunagrahita dari perbedaan ilmu tersebut ada anak yang tidak mau mengikuti terapi pada terapis yang menurut anak tidak disukainya.

c. Rendahnya Dukungan Orang tua

Dukungan orang tua anak menjadi faktor penghambat terapi karena, dalam pemberian terapi kepada anak tunagrahita harus terlibat peran semua orang termasuk yang paling utama adalah orang tua.

Sesuai yang disampaikan oleh Terapis :

“Orang tua yang tidak mengulangnya kembali di rumah sehingga anak ketika masuk ke tempat terapi terkadang mereka lupa, seharusnya ketika anak keluar dari tempat terapi maka peran orang tua untuk mengulang di rumah itu sangat penting.”¹⁰⁷

Ibu M mengatakan :

“ Kami selaku orang tua yang memiliki kesibukan terkadang kami memang kurang memperhatikan anak-anak kami, mungkin hanya ibunya saja yang memperhatikan atau terkadang pengasuhnya. Sebenarnya terapi yang dilakukan harus kami ulang dirumah tetapi kami mengulang namun jarang tidak setiap hari setelah terapi kami mengulangnya dirumah.”¹⁰⁸

Hal senada juga di sampaikan oleh Ibu N :

“Saya mengakui bahwa dukungan orang tua itu sangat penting karena saya sendiri terlalu sibuk sehingga saya dalam mengantar anak saya untuk terapi tidak setiap hari dan saya

¹⁰⁷ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

¹⁰⁸ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

kurang mengulang terapi yang telah dilakukan oleh terapis di Autis Center.”¹⁰⁹

Hasil wawancara peneliti melihat memang harus adanya peran orang tua dalam terapi, karena ketika anak melakukan terapi hanya di tempat terapi saja kemungkinan besar anak akan lupa. Namun ketika orang tua membantu melakukan terapi dirumah kemungkinan besar terapi yang dilakukan akan lebih cepat berhasil dan seorang anak lebih memiliki semangat.

d. Kurangnya Tenaga Terapis

Tenaga Terapis yang masih minim akan berdampak juga pada proses terapi anak tunagrahita. Apabila tenaga terapis ditambah maka kemungkinan besar akan lebih banyak lagi anak yang dapat ditangani dengan baik.

Sesuai dengan yang disampaikan Terapis.

“Terapis disini kurang banyak mba, makanya kadang saya kewalahan mungkin kalo lebih banyak terapis akan lebih banyak lagi anak- anak yang bisa di tangani.”¹¹⁰

Ibu M mengatakan :

“Setau saya sih terapisnya masih sedikit mba.”¹¹¹

Ibu N mengungkapkan bahwa :

“ Saya taunya cuma mba zamira terapis okupasinya.” ¹¹²

Berdasarkan hasil observasi yang peneliti lakukan di lapangan bahwa tenaga terapis yang berada di klinik masih kurang, karna hanya satu saja yang terfokus pada terapi okupasi.

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa hambatan terapi okupasi juga terjadi pada kurangnya tenaga terapis,

¹⁰⁹ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

¹¹⁰ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

¹¹¹ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

¹¹² Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

sehingga kegiatan terapis anak kurang maksimal, karna hanya satu terapis saja dan pastinya memiliki keterbatasan tenaga.

e. Keterbatasan Alat

Alat penunjang terapi yang belum lengkap juga dapat mempengaruhi proses terapi anak tunagrahita karena adanya alat berguna untuk membantu proses terapi. Alat-alat yang digunakan sebagai bentuk pengenalan pada anak tunagrahita yaitu seperti bentuk, warna, ukuran barang-barang disekitar kehidupannya.

Sesuai dengan yang disampaikan Terapis.

“Alatnya masih sedikit mba, misal alat untuk sensori integritas ya masih sedikit. Masih belum kaya klinik-klinik lain yang alatnya sudah lengkap”¹¹³

Ibu M mengatakan :

“ Kurang paham mba kan saya diluar, jadi kurang paham alat-alatnya.”¹¹⁴

Ibu N juga mengungkapkan bahwa :

“Keliatannya lengkap mba, saya cuma nganter dan nunggu diluar”¹¹⁵

Berdasarkan hasil observasi yang peneliti lakukan di lapangan bahwa terapis yang melakukan terapi okupasi masih memiliki keterbatasan di alat penunjang terapi.

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa hambatan terapi okupasi juga terjadi pada kekurangan alat, seperti halnya alat penunjang terapi sensori integritas, disini masih seadanya dan masih dikatakan kurang.

E. Pembahasan Hasil Penelitian

Terapi okupasi adalah terapi yang dilakukan melalui kegiatan atau pekerjaan terhadap anak yang mengalami gangguan kondisi sensori motorik.

¹¹³ Hasil wawancara dengan terapis di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 14.30 WIB

¹¹⁴ Hasil wawancara dengan orang tua 1 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

¹¹⁵ Hasil wawancara dengan orang tua 2 di klinik fisiocare purwokerto, pada tanggal 22 november 2020, pukul 16.00WIB

¹¹⁶ Terapi okupasi memberikan peluang dan kesempatan bagi anak-anak untuk mengembangkan bakat, daya, inisiatif, daya kreatifitas, kemampuan bercita-cita, berkarsa dan berkarya.¹¹⁷

Penerapan terapi okupasi dilaksanakan secara sistematis, dimulai dengan kegiatan identifikasi, analisis, diagnosis, pelaksanaan serta tindak lanjut layanan guna mencapai kesembuhan yang optimal. Yang dimaksud dengan kegiatan identifikasi adalah menentukan atau menetapkan bahwa anak atau subyek termasuk anak berkebutuhan khusus.

Analisis adalah proses menyelidiki diri anak. Berikutnya adalah diagnosis, yang berarti memeriksa dan kemudian menentukan jenis pengobatan yang dibutuhkan, kegiatan selanjutnya adalah pelaksanaan terapi okupasi itu sendiri dan tindak lanjut serta evaluasi yang diperlukan untuk mencapai tujuan ini. Dalam praktiknya, terapi okupasi menggunakan aktivitas okupasi atau terapeutik dalam rangka mempertahankan atau meningkatkan komponen kinerja okupasi (sensomotor, perseptual, kognitif, sosial dan spiritual) dan area kinerja okupasi (perawatan diri, produktivitas, dan penggunaan waktu senggang) untuk Pasien / klien dapat meningkatkan kemandirian fungsional. Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1 untuk meningkatkan kesehatan dan berperan serta dalam masyarakat berdasarkan perannya. Nomor 571 Tahun 2008.¹¹⁸

Proses yang umum dilakukan dalam praktik terapi okupasi menurut Chia & Lynneyaitu penyerahan, penilaian, pembentukan hubungan, penetapan tujuan, pemilihan professional delineasi dan penerapan model, penggunaan okupasi, pelaksanaan terapi individu / kelompok, adaptasi model pekerjaan dan lingkungan, evaluasi, ulasan.¹¹⁹

¹¹⁶ E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. 2012. Bandung: Yrama Widya, hal. 65

¹¹⁷ Tarmansyah, *Pedoman Guru Terapi Okupasional Untuk Anak Tunadaksa*, 2001. Jakarta: Depdikbud, hal. 54

¹¹⁸ E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. 2012. Bandung: Yrama Widya, hal. 65

¹¹⁹ Howard Lynne & Hong, Chia, *Occupational Therapy In Childhood*. 2002. USA: Whurr Publishers Ltd, hal 12

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa terapi okupasi untuk anak penyandang tunagrahita di klinik *fisio_care* purwokerto dilaksanakan setiap satu minggu dua kali, setiap sesi terapi dilaksanakan selama 45 menit seharinya. Penerapan terapi okupasi dalam kesehariannya di mulai dengan menentukan tujuan terapi.

Tujuan terapi okupasi secara umum adalah mengembalikan fungsi fisik, mental, sosial, dan emosi dengan mengembangkannya seoptimal mungkin serta memelihara fungsi yang masih baik dan mengarahkannya sesuai dengan keadaan individu agar dapat hidup layak di masyarakat. Setelah tujuan di tetapkan maka terapi okupasional dilaksanakan.¹²⁰

Penerapan terapi okupasi dalam bentuk fungsional okupasional terapi dan supportif okupasional terapi. Fungsional okupasional terapi adalah memberikan latihan dengan sasaran fungsi sensori motorik, koordinasi, dan aktivitas kehidupan sehari-hari, yaitu seluruh kegiatan manusia, mulai dari kegiatan bangun tidur sampai dengan tidur kembali sedangkan, supportif okupasional terapi adalah latihan-latihan yang diberikan kepada anak dengan gangguan psikososial, emosi, motivasi, cita-cita, dan kurang percaya diri.

Hal yang sama juga tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.571 tahun 2008 tentang standar profesi okupasi terapis, arena kinerjanya meliputi Aktivitas kehidupan sehari-hari, yang meliputi: berhias (menyisir rambut, memakai wangi-wangian), kebersihan mulut (sikat gigi), mandi (dalam hal ini dua kali sehari), BAB/BAK dilakukan secara mandiri, berpakaian, makan/minum, kepatuhan minum obat, sosialisasi, komunikasi fungsional, mobilitas fungsional, ekspresi seksual. Produktivitas yang meliputi: pengelolaan rumah tangga (menyapu, mengepel), merawat orang lain, sekolah/belajar, dan aktivitas vokasional. Pemanfaatan waktu luang yang meliputi: eksplorasi pemanfaatan waktu luang (ketika anak memiliki waktu

¹²⁰ Astati, *Terapi Okupasi , Bermain, dan Musik untuk Anak Tunagrahita*, 2001. Bandung : Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, hal 29

luang anak dapat memanfaatkannya ke hal positif seperti melukis, membuat kerajinan tangan) dan bermain/rekreasi.¹²¹

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti terhadap terapis, tujuan jangka panjang anak tunagrahita disesuaikan dengan area kinerja di atas seperti aktivitas sehari-hari, berarti anak diharapkan mampu untuk memakai baju sendiri, mandi sendiri. Produktivitas lebih mengarahkan anak untuk belajar dan memiliki usaha serta kemauan untuk belajar. Pemanfaatan waktu luang seperti bermain disesuaikan dengan hobi anak karena okupasi terapi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto lebih difokuskan terhadap kegiatan akademik, maka tujuan jangka pendeknya lebih ke arah produktivitas anak dalam hal pra akademik dan selanjutnya akan menuju ke aktivitas sehari-hari dalam hal kemandirian. Dalam penentuan tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek anak seharusnya terapis melakukan diskusi dengan orangtua, tetapi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto kegiatan tersebut belum dilaksanakan. Terapis menentukan tujuan jangka panjang dan jangka pendek sendiri tanpa didiskusikan.

Dalam penerapannya di Klinik *Fisio_care* Purwokerto, praktik terapi okupasi dimulai dengan penentuan tujuan kegiatan hari itu, terapis menyiapkan tujuan yang akan dilaksanakan. Rencana kegiatan terapis disebut dengan rencana terapis, rencana terapis berisi tentang kegiatan yang akan dilaksanakan dan tujuan yang hendak dicapai. Namun dalam hal ini, terapis tidak membuat rencana terapis, kegiatan dalam proses terapi cenderung bersifat spontan dan fleksibel.

Sebelum menuju tujuan kegiatan, hari itu dimulai dengan pembukaan atau pemanasan, dan dilanjutkan dengan kegiatan pendamping sebelum tujuan kegiatan hari tersebut. Kegiatan di dalam terapi okupasi terdapat unsur sensori motorik dan kognitif. Berdasarkan wawancara dengan terapis kegiatan motorik menggunakan ceklis, terapis melihat di indikator motorik kasar dan halus disesuaikan dengan usia perkembangan anak. Sedangkan kegiatan kognitif

¹²¹ E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. 2012. Bandung: Yrama Widya, hal 65

dilihat berdasarkan IQ anak, jadi anak disarankan untuk mengikuti tes IQ sebelumnya. Selanjutnya kegiatan dalam kesehariannya dimulai dengan pembukaan atau pemanasan.

Pembukaan atau pemanasan setiap anak berbeda-beda disesuaikan dengan mood anak dan kondisi anak yang akan di terapi, namun pada dasarnya dimulai dengan kegiatan salam dan doa, terapis mengajak anak sebelum memulai kegiatan terapi untuk memberi salam kepada terapis dan membiasakan sebelum memulai kegiatan untuk berdoa terlebih dahulu. Terapis memegang tangan anak, mengajak anak untuk berjabat tangan dan mengucapkan penggalan kata per kata “selamat siang, (nama anak) mau belajar” dan dilanjutkan dengan doa sebelum belajar. Untuk anak normal hal itu terkesan mudah, namun berbeda untuk anak tunagrahita, dalam hal komunikasi dua arah, anak tunagrahita biasanya mengalami kesulitan.

Setelah kegiatan pembukaan atau pemanasan akan dilanjutkan dengan kegiatan pendamping sebelum tujuan yang akan dicapai. Berdasarkan hasil wawancara dan pengamatan yang dilakukan peneliti terhadap terapis, tujuan kegiatan anak berbeda-beda disesuaikan dengan kemampuan anak seperti kemampuan kognitif dan sensorimotorik anak. Dalam penentuan *grade* atau kemampuan anak terapis menggunakan metode pengamatan atau observasi, misalnya anak diberikan kegiatan dan anak mengalami kesulitan atau kesusahan maka *grade* diturunkan dan kegiatan diganti dengan yang lebih mudah.

Realitanya, terkadang yang direncanakan oleh terapis tidak dapat dilaksanakan oleh anak. Seperti halnya kegiatan pembukaan atau pemanasan, yang di sesuaikan oleh mood anak. Berdasarkan hasil pengamatan saat terapi, terkadang anak memasuki ruang terapi tidak dalam kondisi siap untuk pembukaan, do'a dan salam. Ada juga anak yang ingin langsung bermain terlebih dahulu, seperti subjek R dan N yang meminta kepada terapis untuk bermain perosotan terlebih dahulu maka terapis memperbolehkan bermain terlebih dahulu setelah itu baru kegiatan terapi.

Selama kegiatan terapi pemberian reward sangat penting, ketika anak tidak mau mengikuti kegiatan atau aktivitas yang diberikan oleh terapis, terapis harus jeli untuk melihat kondisi anak, jika anak tidak mau mengerjakan karena sedang sakit, ada baiknya grade kegiatan untuk diturunkan menjadi lebih mudah. Namun, berbeda halnya saat kondisi anak tidak dalam keadaan sakit tetapi tidak mau mengerjakan, apabila hal tersebut terjadi, maka berikan anak reward terlebih dahulu. Saat anak diberikan reward dan mau mengerjakan, berikan reward kembali saat anak sudah selesai melaksanakan kegiatan, yang terpenting terapis harus konsisten dalam pemberian aturan dalam kegiatan terapi.

Selain pelaksanaan terapi okupasi dalam kesehariannya, pemberian reward serta punishment untuk menunjang keaktifan anak saat terapi yang tidak kalah penting adalah intensitas kehadiran anak saat terapi. Intensitas kehadiran anak sangat mempengaruhi dalam perkembangan kemampuan anak. Selain itu, pentingnya pembentukan hubungan antara orang tua, terapis dan anak guna menjalin kerja sama agar kegiatan terapi anak berjalan dengan baik dan anak mampu berkembang sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.

Dalam proses terapi juga tidak selalu berjalan dengan baik, tentunya ada faktor yang menghambat proses terapi, beberapa diantaranya yaitu keterbatasan terapis, kurangnya tenaga terapis menjadi faktor penghambat karena jumlah anak tunagrahita yang mendapatkan terapi sangat melebihi kapasitas jika di tangani oleh satu orang terapis saja. Keterlibatan orang tua juga menjadi faktor penting dalam berhasilnya terapi, karena beberapa orang tua hanya mengandalkan pembelajaran di klinik saja tanpa mengulang atau melatih perkembangan anak saat berada dirumah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahahasan hasil penelitian ini, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

Penerapan terapi okupasi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto, terdiri dari: pembukaan (kegiatan ini berupa memosisikan anak untuk duduk siap untuk berdoa dan salam), kegiatan dampingan (kegiatan sebelum kegiatan inti), kegiatan inti (tujuan yang hendak dicapai). Bagi terapis, anak tunagrahita tidak hanya membutuhkan terapi okupasi saja namun juga harus memiliki keahlian dibidang sosial skill juga adanya bimbingan lain dari psikolog.

Terapi okupasi di Klinik *Fisio_care* Purwokerto lebih difokuskan untuk melatih pra akademik, pra motorik dan kemandirian anak, sebelum mendapatkan terapi okupasi apabila perilaku anak masih jelek maka perilaku anak yang diterapi terlebih dahulu agar kedepannya saat mengikuti terapi lebih mudah. Pemberian reward dan punishment saat terapi itu penting, namun dalam penerapannya pemberian punishment terhadap anak lama – kelamaan harus dihilangkan. Adanya target jangka panjang dan pendek, untuk target jangka pendek setiap anak hampir sama yang utama adalah ketekunan, kepatuhan, konsentrasi, kemauan setelah itu baru kegiatan pra akademik. Untuk target jangka panjang sendiri anak mampu mandiri dalam 3 aspek yaitu aktivitas sehari-hari, produktivitas dan aktivitas waktu luang, namun dalam penentuan target ini orangtua belum dilibatkan.

B. Saran

Berdasarkan temuan hasil penelitian ini, maka dapat disarankan sebagai berikut:

1. Bagi Ibu M dan Ibu N

Saran bagi ibu N setelah melakukan terapi, sebaiknya Periksakan kembali kondisi anak tunagrahita kepada dokter anak atau psikolog atau ahli nya untuk mengetahui perkembangan anak sebelum dan sesudah melakukan terapi.

2. Bagi R dan N

Saran bagi anak tunagrahita, bahwa Anak tunagrahita diharapkan terus semangat dalam menjalankan terapi dan bisa melakukan segala aktivitas dengan mandiri tanpa bantuan ibu atau orangtua.

3. Bagi Terapis

Perlu mengadakan inovasi baru setiap bulannya atau memberikan perbedaan terapi sehingga anak tidak bosan saat melakukan terapi, sebaiknya terapis juga membuat rencana pembelajaran terapis agar lebih terencana target pembelajaran yang akan di sampaikan.

4. Bagi Klinik *Fisio_care* Purwokerto

Guna meningkatkan kemajuan di Klinik Fisio_Care Purwokerto dalam penerapan terapi okupasi sebaiknya untuk menambah tenaga terapis, penambahan tenaga ini berguna agar jadwal terapi tidak seminggu satu-dua kali saja, terapi anak dapat maksimal, guna meningkatkan proses pelayanan terapi okupasi di klinik *fisio_care* purwokerto.

C. Penutup

Puji syukur atas rahmat dan ridho Allah SWT, yang senantiasa membimbing dan memberikan kekuatan kepada umat yang dikehendaki- Nya, sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini. Penulis mengucapkan banyak terimakasih yang sebesar- besarnya kepada semua pihak terkait yang telah membantu proses penelitian ini. Penulis menyadari pada penelitian ini banyak terdapat kekurangan dan kesalahan, baik dalam segi penulisan maupun kata- kata yang kurang sesuai, hal itu dikarenakan karena keterbatasan ilmu dan pengetahuan penulis. Oleh karenanya, penulis sangat mengharapkan bimbingan, kritik dan saran yang membangun guna perbaikan dan peningkatan kualitas skripsi ini. Dengan do'a dan harapan semoga skripsi sederhana ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

- Agusta, Ivanovich. 2003. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data Kualitatif, *Litbang Pertanian*. Bogor: Pusat Penelitian Sosial Ekonomi.
- Arikunto, Suharsimi. 1993. *Manjaemen Penelitian*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Astati. 2001. *Terapi Okupasi , Bermain, dan Musik untuk Anak Tunagrahita*. Bandung : Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan.
- Atmaja Jati, Rinarki. 2017. *Pendidikan dan bimbingan ABK*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Azwar, Saefudin. 2010. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Danim, Sudirman. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Pustaka Setia.
- Efendi, Mohammad. 2006. *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan* Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Endang. 2021 “Undang-undang republik indonesia nomor 20 tahun 2003.”<https://endang965.wordpress.com/peraturan-diknas/uu-sisdiknas/artikel> diakses pada tanggal 4 januari.
- Gunawan Imam. 2013. *Metode Pendekatan Kualitatif: Teori Dan Praktik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hasdianah. 2014. *Autis Pada Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hastuti. 2012. *Psikologi Perkembangan Anak*. Jakarta: Publisher.
- Hong, Chia & Howard Lynne. 2002. *Occupational Therapy In Chilhood*. USA: Whurr Publishers Ltd.
- Kementrian Agama RI. 2014. Al- Qur'an dan Terjemah, Kudus: PT Buya Barokah.
- Kosasih E. 2012. *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. Bandung: Yrama Widya.
- Lhumani. 2000. *UU Nomor 4 Tahun 1997 Pembangunan Pendidikan Dalam Konteks Desentralisasi*. Kompas.
- Mia Apriliawati, Dra Ratna Suminar,MM. 2017. “Pelayanan Prima Pada Orang Tua Siswa Di Sempoa SIP TC Paramount Summarecon”. *Jurnal Sekretari*, Vol. 4, No. 2.

- Moleong, Lexy J. 2017. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Mulyani, Sri Roch. 2017. "Analisis Kajian Teoritis Perbedaan, Dan Inklusi Dalam Pelayanan Pendidikan Dasar Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK). *Jurnal Ilmiah Mitra Swara Ganesha*. Vol. 4, No. 2.
- Nurchahya, Arum. 2018. Konsep dan Penyesuaian Diri Perempuan dalam Pernikahan Perjudohan (Studi Pada Ibu Sa), *Skripsi*. Purwokerto: Program Studi Bimbingan Dan Konseling Islam Institute Agama Islam Negeri Purwokerto.
- Prasetyono. 2008. *Serba-Serbi Anak Autis*. Yogyakarta: Diva Press.
- Sauful Ramat Puput. 2009. "Penelitian Kualitatif". *Jurnal Penelitian Kualitatif*, Vol. 5, No. 2.
- Soehadha. Moh. 2008. *Metodologi Penelitian Sosiologi Agama: Kualitatif*. Yogyakarta: Teras.
- Soehadha. Moh. 2012. *Metode Penelitian Sosial Kualitatif Untuk Studi Agama*, Yogyakarta: SUKA-Press UIN Sunan Kali Jaga.
- Solicha dan Agutsyawati. 2009. *Psikologi Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Jakarta: Lembaga Penelitian UIN.
- Somantri, Sutjuhati. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: Refika Aditama.
- Sudiono. 2007. *Pendekatan Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2010. *Metode Pendekatan Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto Edi, dkk. 2011. *Pekerjaan Sosial di Indonesia*. Yogyakarta: STKS Press.
- Sujarwanto. 2003. *Terapi Okupasi untuk Anak Berkebutuhan Khusus*. Jakarta: Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan.
- Survey Penduduk Antar Sensus. 2015.
- Syarif Muhidin. 1992. *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial.
- Tarmansyah. 2001. *Pedoman Guru Terapi Okupasional Untuk Anak Tunadaksa*. Jakarta: Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan.
- Undang-undang Republik Indonesia. 2003. Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak. Surabaya: Kesindo Utama.

Veskariyanti Galih A. 2008. *12 Terapi Autis*. Yogyakarta: Pustaka Anggrek.

Wawancara dengan Terapis *Fisio_care*. 2020.

Wening Nalurita, dkk. 2019. “Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Anak Berkebutuhan Khusus Pada Klinik Pediatric And Neorudevelopmental Therapy Center Tohudan Colomadu”, *Jurnal Manajemen*, Vol. 5, No. 2.

Zulfa Estika Rochmatul, dkk. 2014. “Pengembangan Kapasitas Sekolah Luar Biasa Untuk Meningkatkan Pelayanan Pendidikan Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (Studi Kasus di SDLBN Kedungkandang, Malang)”. *Jurnal Administrasi Publik*. Vol. 2, No. 3.

