

GANGGUAN BERBASA

Kajian Pengantar

GANGGUAN BERBAHASA

Kajian Pengantar

ROHMANI NUR INDAH



UIN-MALIKI PRESS
2017



GANGGUAN BERBAHASA

Kajian Pengantar

Rohmani Nur Indah

UIN-Maliki Press, 2017

All right reserved

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit

Penulis: Rohmani Nur Indah

Desain isi: Abadi Wijaya

Desain Sampul: Ajay

UMP 12020

ISBN 978-602-958-401-1

Cetakan I: 2011

Cetakan II: 2012

Cetakan III: 2017

Diterbitkan pertama kali oleh

UIN-MALIKI Press (Anggota IKAPI)

Jalan Gajayana 50 Malang 65144

Telepon/Faksimile (0341) 573225

E-mail: penerbitan@uin-malang.ac.id

Website: // press.uin-malang.ac.id



Pengantar Penulis

Gangguan Berbahasa merupakan salah satu fokus pembahasan dalam Psikolinguistik. Buku ini memaparkan ragam gangguan berbahasa dari identifikasi gejala, karakteristik perilaku bahasa hingga penanganannya. Isu gangguan berbahasa pada periode awal perkembangan Psikolinguistik kurang mendapat perhatian. Namun pada kenyataannya wacana mengenai ragam gangguan berbahasa semakin berkembang seiring makin tingginya tingkat prevalensi sekaligus temuan riset yang menggali lebih dalam setiap kasus.

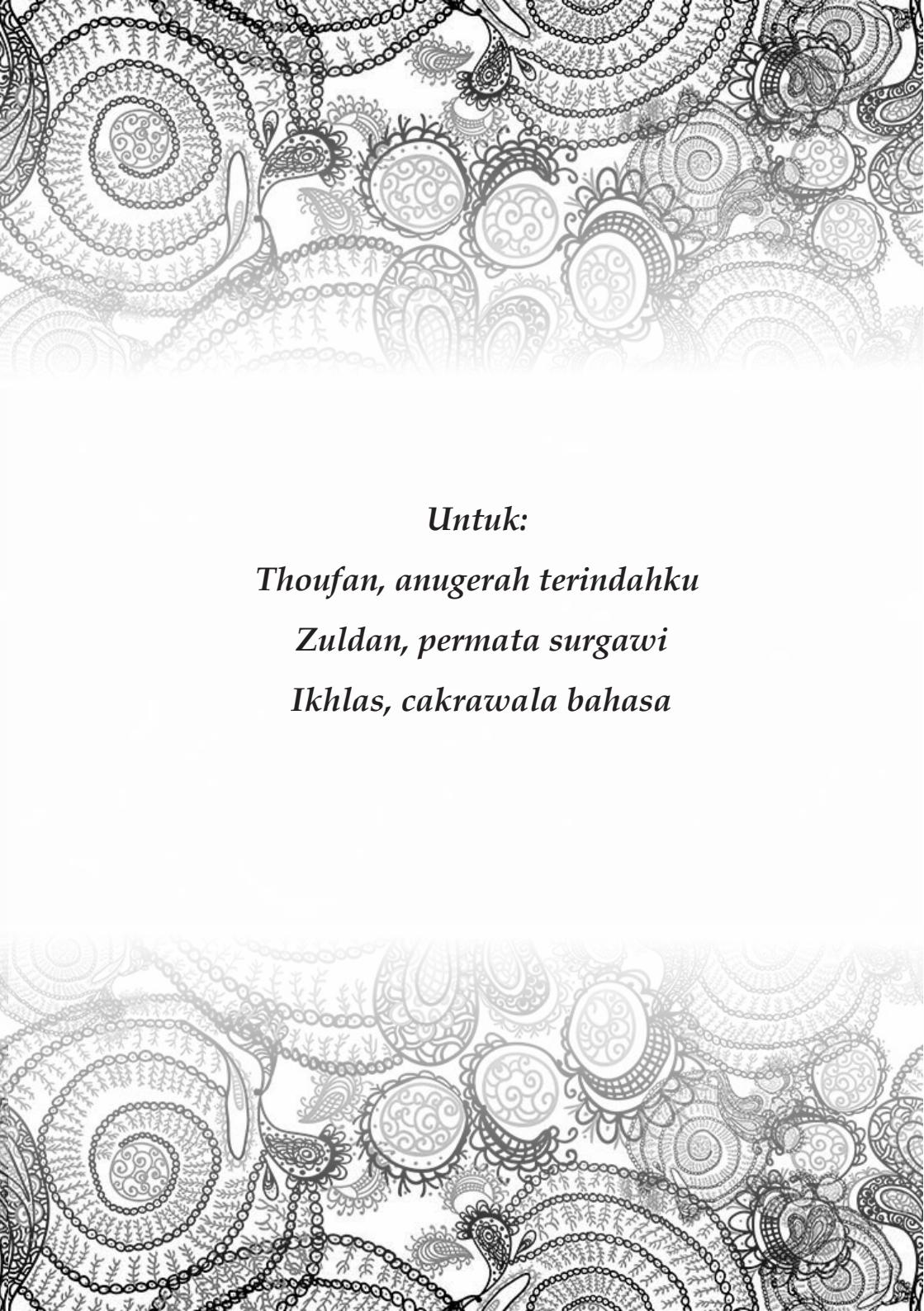
Buku ini sangat bermanfaat untuk memperkaya wacana praktisi pedagogis khususnya pengajar bahasa, terapis wicara dan peminat psikolinguistik. Dengan memahami ragam gangguan berbahasa dan penanganannya diharapkan intervensi dini dapat

dilakukan untuk mencegah permanennya gangguan. Adapun bagi pembaca awam, pemahaman akan ragam gangguan berbahasa dapat memberikan pencerahan akan kompleksitas pemerolehan berbahasa. Hal ini karena ketuntasan pemerolehan bahasa tidak bersifat mutlak bagi seluruh manusia karena diantara milyaran populasi penutur di dunia terdapat penyandang gangguan berbahasa. Kemampuan dan ketidakmampuan berkomunikasi serta pemerolehan dan kemunduran berbahasa akan menjadi fenomena yang terus bergulir seiring makin beragamnya neuropatologi yang muncul sebagai wujud kebesaran dan keajaiban penciptaan-Nya.

Malang, Maret 2017

Penulis





Untuk:
Thoufan, anugerah terindahku
Zuldan, permata surgawi
Ikhlas, cakrawala bahasa

DAFTAR ISI

Pengantar Penulis ~ v

Daftar Isi ~ ix

BAB I KEMAMPUAN BERBAHASA ~ 1

A. Hakikat Komunikasi, Bahasa dan Tutur ~ 1

1. Komunikasi ~ 2
2. Bahasa ~ 4
3. Tutur ~ 13

B. Pemerolehan Bahasa Ibu ~ 15

C. Teori Pemerolehan Bahasa ~ 18

D. Pemerolehan vs. Pembelajaran Bahasa ~ 24

1. Pemerolehan bahasa kedua secara terpimpin ~ 25
2. Pemerolehan bahasa kedua secara alamiah ~ 25

**BAB II PERKEMBANGAN KEMAMPUAN BERBAHASA
PADA ANAK ~ 27**

A. Perkembangan Pemerolehan Bahasa ~ 27

1. Pemerolehan fonologis ~ 28
2. Pemerolehan morfologis ~ 33

3. Pemerolehan sintaksis ~ 35
4. Pemerolehan semantik ~ 37

B. Tahap-Tahap Pemerolehan Bahasa Ibu ~ 38

1. Tahap ocehan ~ 38
2. Tahap satu kata ~ 39
3. Tahap dua kata ~ 40
4. Tahap telegrafis ~ 40

C. Faktor-Faktor yang Berperan dalam Pemerolehan Bahasa ~ 42

1. Faktor usia ~ 42
2. Faktor lingkungan ~ 43
3. Perbedaan individu ~ 44

BAB III KETIDAKMAMPUAN BERBAHASA ~ 49

A. Bahasa pada Kondisi Khusus ~ 49

B. Gangguan Berbahasa secara Biologis ~ 53

1. Gangguan akibat ketidaksempurnaan organ ~ 53
2. Gangguan pada mekanisme bicara ~ 55

C. Gangguan Berbahasa secara Kognitif ~ 57

1. Demensia ~ 58
 - a. Demensia kortikal (*Alzheimer's dementia*) ~ 60
 - b. Demensia subkortikal (*Parkinson's dementia*) ~ 62
2. Huntington's disease ~ 63
3. Schizophrenia ~ 66
4. Depressive ~ 68

D. Gangguan Berbahasa secara Psikogenik ~ 69

1. Berbicara manja ~ 69
2. Berbicara kemayu ~ 70

3. Berbicara gagap ~ 70
 4. Berbicara latah/ekolalia ~ 72
- E. **Gangguan Berbahasa secara Linguistik ~ 72**
1. Masalah kefasihan ~ 72
 2. Masalah baca-tulis (Aleksia/Disleksia) ~ 73

BAB IV RAGAM GANGGUAN BERBAHASA KHUSUS (AFASIOLOGI) ~ 81

- A. **Tinjauan Neurolinguistik ~ 81**
- B. **Afasiologi ~ 88**
- C. **Jenis-jenis Afasia ~ 91**
 1. Afasia motorik ~ 91
 2. Afasia sensorik ~ 94
 3. Afasia nominal (Anomik) ~ 94
 4. Afasia global ~ 95
 5. Afasia pasca stroke ~ 95
 6. Afasia pada bilingual ~ 98
 7. Afasia progresif ~ 100

BAB V GANGGUAN BERBAHASA PADA ANAK ~ 103

- A. **Penyebab Gangguan Berbahasa pada Anak ~ 103**
 1. Gangguan berbicara ~ 103
 2. Gangguan pendengaran ~ 104
 3. Gangguan akibat kondisi khusus ~ 104
- B. **Hambatan Belajar pada Anak ~ 110**
- C. **Jenis-jenis Gangguan Berbahasa pada Anak ~ 112**
 1. Spektrum Autisme (ASD) ~ 113
 - a. ADD/ADHD ~ 125

- b. PDD-NOS ~ 128
 - c. Asperger's Syndrome ~ 132
 - d. Rett's Disorder ~ 137
 - e. Heller's Syndrome ~ 138
 - f. Landau-Kleffner Syndrome ~ 139
- 2. Apraksia lisan ~ 139
 - 3. Disleksia ~ 145
 - 4. Gagap/Stuttering ~ 147
 - 5. Specific Language Impairment ~ 149
 - 6. Cerebral Palsy ~ 156

BAB VI KEMAMPUAN LINGUISTIK PENYANDANG GANGGUAN DAN RETARDASI MENTAL~161

A. Schizophrenia dan Kemampuan

Linguistiknya ~ 161

B. Down Syndrome dan Kemampuan

Linguistiknya ~162

BAB VII PENANGANAN GANGGUAN BERBAHASA ~171

A. Metode Komunikasi Representatif ~ 171

- 1. Berkomunikasi dengan anak ~ 173
- 2. Berkomunikasi dengan penyandang Asperger's syndrome dan Autism Spectrum Disorder ~ 175
- 3. Berkomunikasi dengan penderita Huntington's disease ~ 184

B. Bina Wicara ~ 185

- 1. Latihan afasia pasca stroke ~ 185
- 2. Training keterampilan bahasa pada penyandang

- Specific Language Impairment* ~ 186
- 3. Program intervensi bahasa pada penyandang spektrum autisme (ASD) ~ 189
 - C. **Pembentahan Leksikon** ~ 190
 - D. **Penanganan Fase Praverbal** ~ 193
 - E. **Penanganan Fase Awal Verbal dan Fase Verbal** ~ 196
 - F. **Komunikasi Alternatif/Pendukung** ~ 199
 - G. **Terapi Penunjang** ~ 201

DAFTAR PUSTAKA ~ 205

LAMPIRAN (PECS) ~ 211

TENTANG PENULIS ~ 223



BAB I KEMAMPUAN BERBAHASA

Untuk memahami secara mendalam mengenai seluk beluk kemampuan berbahasa, dalam bab ini dijabarkan pengertian bahasa, komunikasi dan tutur serta pemerolehan bahasa ibu. Selanjutnya akan dibahas teori yang terkait dengan pemerolehan bahasa yang menjadi pijakan untuk membandingkan antara pemerolehan dan pembelajaran bahasa.

A. Hakikat Komunikasi, Bahasa dan Tutur

Komunikasi, bahasa dan tutur merupakan sebuah mata rantai yang bersambungan. Komunikasi mencakup bahasa dan bahasa salah satunya meliputi tutur.



1) Komunikasi

Komunikasi merupakan sarana pertukaran informasi antara dua individu. Bahasa merupakan salah satu jenis komunikasi, namun bukan satunya. Misalnya fungsi lampu lalu lintas yang mengkomunikasikan intruksi dari bentuk simbol yang tidak menitikberatkan bahasa. Disini yang diperlukan adalah pengetahuan setiap orang tentang sistemnya agar mewaspadai lampu merah yang berarti berhenti dan lampu hijau yang menandakan jalan terus.

Manusia mampu menyampaikan gagasan dan perasaan dengan beberapa cara, umpamanya gerakan tangan, ekspresi wajah, bahasa tubuh, anggukan, senyum dan kedipan. Inilah yang disebut teknik **paralinguistik** yang tidak membutuhkan vokalisasi. Adapula alat komunikasi **non-linguistik**, misalnya, isak tangis, bersin, dengus, dan hela nafas. Suara-suara ini disebut alat komunikasi jika produsennya bermaksud menyampaikan pesan tertentu (Field, 2002). Dengkur, meskipun berdasarkan suara, bukan merupakan alat komunikasi karena ketidaksengajaan, ketiadaan kontrol penggunanya. Sebaliknya tawa dan tangis yang biasanya terjadi serta merta tidak dapat disebut kesengajaan. Kesengajaan menjadi ciri penting yang membedakannya dengan komunikasi binatang.

Sesuai dengan definisi komunikasi sebagai sarana pertukaran informasi, terdapat beberapa **elemen penting komunikasi** yaitu:

- Pengirim informasi
- Penerima informasi
- Isi informasi, misalnya: kesadaran mengenai kebutuhan atau gagasan seseorang, dll.
- Maksud komunikasi, misalnya: hasrat atau kebutuhan untuk mempengaruhi orang lain, mengubah perilaku, emosi atau ide orang lain, dll.
- Media pertukaran informasi antar individu

Kelima elemen di atas merupakan **prasyarat terjadinya komunikasi**. Namun demikian, dalam kenyataannya tidak semua elemen komunikasi dapat terpenuhi, misalnya pada model komunikasi penyandang gangguan berbahasa. Sebagai contoh, model komunikasi pada penyandang autisme dan Asperger syndrome akan muncul kecenderungan penghilangan satu atau lebih elemen komunikasi sebagaimana yang dijelaskan di atas (Bogdashina, 2005). Pembahasan mengenai sebab dan akibat dari hilangnya elemen komunikasi tersebut terdapat pada bab selanjutnya.

Komunikasi memiliki fungsi yang beragam. Ditinjau dari fungsinya, terdapat tiga **kategori utama komunikasi** yaitu:



- **Instrumental** (non-sosial), yaitu komunikasi untuk mempengaruhi perilaku orang lain untuk mencapai tujuan yang dikehendaki. Misalnya: meminta suatu benda atau perbuatan ('Tolong ambilkan pulpen itu'), menolak sesuatu.
- **Sosial** yaitu komunikasi untuk mempengaruhi kondisi mental. Misalnya: menarik atau mengarahkan perhatian pada dirinya, pada suatu benda atau pada suatu perbuatan atau hal ('Wah sayang sekali cuaca besok diperkirakan kurang bersahabat').
- **Ekspresif** yaitu komunikasi untuk mengekspresikan kondisi mentalnya sendiri. Misalnya: memberikan komentar ('Menurutku itu seperti pungguk merindukan bulan').

2) Bahasa

Pada hakikatnya berbahasa merupakan suatu kegiatan alamiah yang sama halnya dengan bernapas yang kita tidak memikirkannya. Akan tetapi, bila kita pikirkan seandainya kita tidak berbahasa, dan kita tidak melakukan tindak berbahasa, maka identitas kita sebagai "genus manusia" (*homosapiens*) akan hilang karena bahasa mencerminkan "kemanusiaan". Yang paling membedakan kita dari makhluk lain ialah bahwa kita mempunyai bahasa.



Di atas telah dijelaskan bahwa bahasa merupakan suatu alat komunikasi. Yang membedakan bahasa dari bentuk komunikasi lainnya meliputi empat hal berikut:

- Bahasa bersifat **sengaja** dan dibawah kendali individu.
- Bahasa bersifat **simbolis**, merujuk pada hal lain selainnya. Hubungan antara MAWAR dengan beberapa kelopak bunga dengan ranting berduri bersifat kewenangan. Walaupun jika semua pengguna bahasa Indonesia menggantinya dengan kata MARWA atau WARMA, kata itu tidak akan menggantikan hakikat obyek yang disimbolkannya. Pada pokoknya komunitas tutur dalam bahasa tersebut menyepakati penamaan tiap obyek sehingga masing-masing pembicara dan pendengar bersepaham dalam sistem tersebut.
- Bahasa bersifat **sistematis**. Dalam kosakata, makna kata yang bervariasi dipilah berdasarkan makna operasional penggunaannya. Misalnya selain kata MEMBAWA kita memiliki pilihan MENJINJING, MENGANGKUT, MENYERET. Secara gramatika, bahasa mengacu pada struktur, dari kata menjadi frasa dan frasa bergabung membentuk kalimat. Kita tidak bisa menyebut barisan kata sebagai kalimat karena penggabungan kata di dalamnya mutlak memiliki pola.



Gangguan Berbahasa

- Bahasa berfungsi dalam dua **modalitas** yang berbeda yaitu lisan dan tulisan. Lisan atau tutur bersifat lebih utama mengingat tulisan ditemukan sebagai produk lisan. Kita memperoleh kemampuan mendengar dan berbicara sebelum kita mampu membaca dan menulis.



Dengan adanya bahasa kita menjadi makhluk yang bermasyarakat (atau **makhluk sosial**). Bahasa merupakan perekat masyarakat dalam dinamikanya. Oleh karena itu jelaslah bahwa bahasa berperan besar dalam penciptaan, pengembangan dan pembinaan masyarakat.

Hidup dalam masyarakat tidak hanya dialami oleh manusia tetapi juga makhluk lain seperti lebah, semut, dan kera. Hewan tersebut mempunyai sistem komunikasi yang memungkinkan mereka bekerja sama.

Sistem komunikasi hewan berbeda dengan sistem

komunikasi manusia yang disebut bahasa. Perbedaan ini berdasarkan ciri-ciri khusus yang membedakan bahasa dari sistem komunikasi makhluk sosial lain. Charles F. Hockett, seorang pakar linguistik, mengelompokkan ciri-ciri tersebut pada tahun 1961 yang kemudian dikelompokkan ulang menjadi 18 ciri-ciri dalam 5 kategori oleh John Field (2003) yang meliputi jalur, ciri-ciri semantik, pembelajaran, struktur dan penggunaan.

A. Jalur

- Penggunaan jalur vokal-auditif:** tutur selalu berdasarkan bunyi vokal. Isyarat bahasa yang diucapkan dapat didengarkan di semua arah, karena suara bergerak melalui media udara. Penerimaannya terarah karena adanya penggunaan indera pendengaran dengan dua telinga, sehingga koordinasi pendengaran kedua telinga menghasilkan informasi dari mana arah datangnya isyarat bunyi. Bahkan rangsangan bunyi dapat diolah menjadi informasi meskipun manusia hanya memanfaatkan satu telinganya.
- Dapat saling berganti:** semua manusia dewasa dapat bertindak sebagai penyiar dan penerima isyarat-isyarat bahasa; artinya bisa menjadi pembicara dan juga menjadi pendengar. Pada jangkrik spesies tertentu



hanya jantannya yang mampu mengeluarkan bunyi yang dapat didengar dan dimengerti oleh sesamanya baik jangkrik jantan maupun betina.

3. **Umpamanya ketika kita berbicara, kita dapat memonitor apa yang sedang kita bicarakan.**

B. Ciri-ciri semantik

1. **Kebermaknaan:** Isyarat bahasa dapat berfungsi mengatur dan mengikat kehidupan suatu masyarakat karena ada ikatan yang teratur antara unsur-unsur bahasa dan hal-hal (benda-benda, sifat dan hubungan) dalam dunia luar. Dengan perkataan lain, unsur-unsur bahasa mempunyai makna atau merujuk pada hal-hal tertentu. Misalnya *meja* adalah suatu benda yang datar dan berkaki empat tempat kita menulis.
2. **Kewenangan:** hubungan makna antara isyarat bahasa dengan yang dirujuk ditentukan oleh persetujuan antara penutur bahasa itu, bukan oleh adanya hubungan bentuk atau hubungan materi antara unsur bahasa dan rujukan itu. Dalam bahasa terdapat beberapa kata yang dapat disebut bayangan jauh dari bentuk maknanya, seperti kata “dentum”, “dor” yang menyerupai bunyi yang dirujuknya. Kata-kata

seperti ini disebut *onomatopeia*. Onomatopeia satu bahasa berbeda dengan bahasa lain karena pengaruh beberapa hal misalnya budaya. Kata “dor” dalam bahasa Inggris menjadi “bang” dan gongongan anjing “guk-guk” menjadi “baw waw”.

3. **Keterpisahan:** bahasa terbentuk berdasarkan kosakata mandiri, yang merupakan unit yang dapat berpindah. Ini berarti bahwa setiap isyarat bahasa (kata) dapat digunakan sesuai dengan konteksnya dan dapat pula berubah bentuk dan maknanya dengan diberi imbuhan. Misalnya kata “tanggal” yang bersifat dwi makna pada kalimat “Tanggal berapa sekarang?” dan “Gigiku tanggal”. Kata ini juga dapat diimbuh dengan menjadi “menanggalkan”, “ditanggal”, dengan makna yang berbeda.
4. **Keterlepasan:** Ini berarti bahwa makna atau pesan suatu isyarat bahasa bisa merujuk kepada sesuatu hal yang jauh dalam jarak atau waktu dari tempat orang berbahasa itu. Kita dapat berbicara tentang sesuatu yang ada di tempat lain, misalnya “utopia”, ataupun tentang sesuatu di masa silam dan masa depan. Bandingkan dengan komunikasi makhluk lainnya yang bersifat “*here and now*” (di sini dan saat ini).

C. Pembelajaran:

1. **Transmisi kultural:** satu generasi dapat menurunkan kultur bertutur pada generasi selanjutnya. Kultur ini akan mengalami perubahan dan perkembangan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Transmisi ini bersifat tidak terelakkan mengingat manusia memiliki kesanggupan berkomunikasi dengan mewarisi kultur kebahasaan yang menyangkut aturan dan kebiasaan bahasa.
2. **Dapat dipelajari:** aturan dan kebiasaan bahasa manusia diwariskan melalui kegiatan belajar dan mengajar. Ini berarti bahwa kebiasaan itu bukan diwariskan melalui gen-gen yang dibawa sejak lahir. Gen-gen itu hanya memberikan kesanggupan dan keinginan berbahasa. Banyak ilmuwan yang berpendapat bahwa yang diwarisi itu tidak hanya kesanggupan secara umum melainkan kesanggupan yang memiliki pola dan aturan tertentu. Inilah yang disebut piranti pemerolehan bahasa (*language acquisition device*) yang disebut Chomsky membedakan manusia dengan makhluk lainnya. Karena aspek pembelajaran inilah, kita dapat mempelajari bahasa dengan menirukan ujaran yang dikatakan penutur lain.



D. Struktur

1. **Kreatifitas:** secara kreatif kita dapat membentuk ujaran yang tak terbatas variasinya. Bahkan kita dapat membentuk ujaran baru yang tidak pernah dikatakan atau terdengar sebelumnya. Bentuk kreatifitas itu dapat memunculkan variasi bahasa baru misalnya bahasa gaul, bahasa walikan, bahasa slang, bahasa plesetan dan lain sebagainya.
2. **Dualitas struktur:** bahasa mempunyai subsistem yang terdiri dari unsur-unsur yang tidak bermakna (tetapi mampu membedakan makna), dan unsur-unsur yang bermakna. Yang dimaksud unsur-unsur yang tidak bermakna merupakan subsistem fonologi, adapun unsur-unsur yang bermakna menjadi subsistem struktur leksis dan morfologi. Jumlah unsur dalam subsistem fonologi terbatas, tetapi jumlah unsur dalam subsistem struktur-leksikal tidak terbatas dan selalu bertambah. Unsur-unsur pada masing-masing subsistem tersebut akan tergabung dan membentuk unit baru yang lebih kompleks.
3. **Ketergantungan struktur:** semua bahasa memiliki struktur hirarki dari tataran fonem, morfem, kata, frasa, klausa, kalimat, hingga diskursus. Struktur hirarki ini saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lainnya. Ini berarti bahwa pesan bahasa



dapat dipecah menjadi unsur yang lebih sederhana, misalnya ujaran pada anak yang terdiri dari elemen yang membentuk kalimat sederhana yang menjadi semakin kompleks seiring perkembangannya.

E. Penggunaan

1. **Kontrol:** tutur digunakan secara sengaja dengan maksud tertentu. Hal ini berbeda dengan bunyi-bunyian yang dihasilkan tanpa kesengajaan.
2. **Spesialisasi:** daya biologis isyarat bahasa meskipun amat kecil namun hasil atau akibatnya dapat amat besar. Tenaga seseorang untuk mengucapkan: "Tolong robohkan tembok ini," adalah amat kecil, tetapi tenaga yang dikeluarkan oleh lawan bicara dapat menjadi sangat besar. Hal ini yang disebut perlokusi dalam pembahasan tindak tutur.
3. **Penggunaan spontan:** dalam bertutur kita tidak perlu mengawalinya dengan meditasi ataupun membutuhkan jeda waktu yang lama. Ujaran yang dihasilkan bersifat spontan seiring penginderaan untuk memahami ujaran tersebut yang juga bersifat spontan.
4. **Pergantian giliran:** dalam berbicara kita bergantian giliran dengan pembicara lain untuk merespon apa yang kita ujarkan sebelumnya.



5. **Putar balik makna:** kita dapat bertutur untuk memutarbalikkan makna misalnya dengan menggunakan bahasa figuratif atau majas tertentu. Hal ini berkaitan dengan asas benar atau tidak. Suatu pesan linguistik dapat bermakna tidak benar (dusta) dan dapat juga tidak bermakna secara logika (*nonsense* atau tidak masuk akal). Misalnya untuk memahami ujaran “rumput dapat tumbuh setinggi 10 meter” kita menyebutnya tidak benar, sedangkan “dia memelihara seekor dinosaurus” termasuk tidak bermakna logis. Kemampuan mengisyaratkan sesuatu makna benar atau tidak hanya dimiliki manusia, amat langka terjadi pada hewan. Ciri ini juga memungkinkan kita membuat hipotesis untuk diuji kebenarannya.
6. **Reflektivitas:** bahasa dapat kita gunakan untuk membicarakan bahasa itu sendiri. Hanya bahasa manusialah yang dapat digunakan untuk mengomentari bahasa itu sendiri.

3) Tutur



Bentuk bahasa disebut **tutur** karena adanya vokalisasi. Pengguna bahasa dapat memproduksi suara yang --jika bermakna-- dapat disebut tutur. Ada dua faktor yang mempengaruhinya:

- a. Bentuk, ukuran dan posisi artikulasi yang kita gunakan. Tutur membutuhkan hubungan yang kompleks antara lidah, gigi, lubang hidung, langit-langit dan kerongkongan serta kemampuan menggetarkan pita suara.
- b. Kemampuan bernafas dan mengeluarkan bunyi secara bersamaan. Manusia dapat mengontrol kemampuan nafasnya dibandingkan kebanyakan spesies lain. Kontrol ini menciptakan variasi bunyi yang dihasilkan aliran udara dari paru-paru dengan cara memanipulasi artikulasi.

Tutur berperan untuk menyampaikan pesan. Meskipun begitu, ada dua bentuk tutur yang kurang bermakna, misalnya:

- **Ekspletif** atau lontaran seperti “Oh!” untuk mengespresikan rasa kaget atau “Auw!” untuk mengungkapkan rasa sakit. Dapatkah kita menyebutnya kata? Apakah lontaran tersebut disengaja atau tidak?
- **Ujaran fatik** atau basa-basi seperti *Nice day!* atau *All*



right? sebagai ungkapan perasaan atau simpati yang tidak membutuhkan jawaban langsung.

Meskipun beberapa teori menyebutkan bahwa tutur bersifat lisan atau tutur menggunakan media suara dan jalur vokal, hal ini tidaklah bersifat mutlak. Kebanyakan orang memang beranggapan demikian, namun pada sebagian orang tutur disampaikan dengan isyarat atau gerak tangan. Umpamanya dalam Bahasa Isyarat Amerika (*American Sign Language* atau ASL). Sebagaimana bahasa lisan, ASL juga memiliki karakteristik linguistik seperti kewenangan, struktur hirarki, pembelajaran, penggunaan, ciri-ciri semantik, dan jalur.

B. Pemerolehan Bahasa Ibu

Istilah **pemerolehan bahasa** lebih dipilih kalangan psikolinguis daripada pembelajaran bahasa karena ditujukan pada proses penghasilan pengetahuan bahasa tanpa kualifikasi penutur (Lyons, 1981). Proses pemerolehan bahasa terjadi pada masa anak-anak dan bermotivasi internal yang mencakup tingkah laku dan komunikasi verbal. Data bahasa yang diperoleh tidak terprogram karena tidak ada guru atau instruktur formal. Hal inilah yang membedakan dengan **pembelajaran bahasa** yang terjadi setelah pemerolehan bahasa

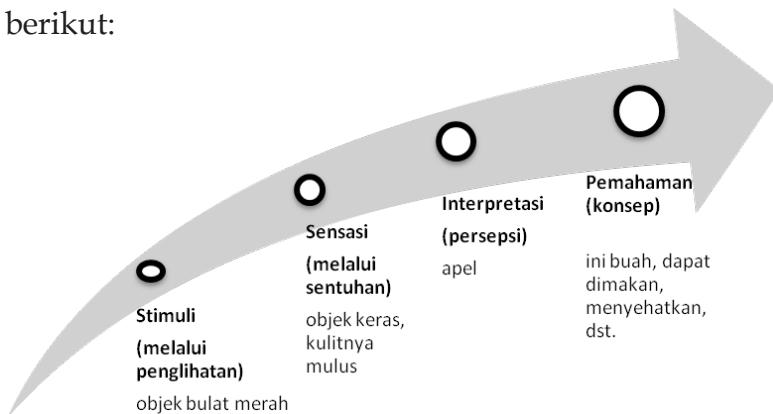
atau performasi pertama sudah tetap dan dipelajari dengan motif eksternal karena adanya kebutuhan dan kemanfaatan. Pembelajaran bahasa berlangsung secara terprogram dan melibatkan instruktur formal.

Setiap anak yang normal pertumbuhan pikirannya akan memperoleh bahasa pertama atau bahasa ibu dalam tahun-tahun pertama hidupnya, dan proses ini terjadi hingga kira-kira umur 5 tahun. Sesudah itu pada masa pubertas (sekitar 12-14 tahun) hingga menginjak dewasa (sekitar 18-20 tahun), anak itu akan tetap memperoleh bahasa ibu. Sesudah pubertas, keterampilan bahasa anak tidak banyak kemajuannya meskipun ia terus mengembangkan kosakatanya atau tidak sepesat kemajuan sebelumnya. Pemerolehan bahasa ibu merupakan bahasa yang utama bagi anak karena bahasa ini yang paling mantap pengetahuan dan penggunaannya. Senyampang digunakan terus menerus, bahasa ibu dapat berkembang. Apabila tidak digunakan, keterampilan bahasa ibu dapat hilang dengan sendirinya.

Ketika seorang anak sedang memperoleh bahasa ibunya, terjadi dua proses yaitu proses kompetensi dan proses performasi. Kedua proses ini merupakan dua proses yang berlainan. **Kompetensi** adalah proses penguasaan tata bahasa yang berlangsung secara tidak disadari. Proses kompetensi ini menjadi syarat terjadinya

proses **performasi** yang menyangkut proses memahami dan menghasilkan ujaran. Proses memahami ujaran melibatkan kemampuan mempersepsi kalimat yang didengar. Sedangkan proses menghasilkan ujaran akan menjadi kemampuan berbahasa selanjutnya.

Persepsi merupakan proses individu mengumpulkan, menafsirkan dan memahami informasi melalui piranti akal. Tahapan persepsi adalah sebagai berikut:



Tahap awal persepsi di atas disebut **persepsi literal**. Bayi mendapatkan informasi primer mengenai sebuah objek berdasarkan penginderaannya. Dengan berinteraksi mulai dikembangkan keterampilan visual dan auditori sehingga ia dapat membedakan stimuli yang berbeda baik dari segi bentuk, tekstur, warna, pola, bunyi, gerakan dan bagaimana hubungan antara pencitraan dengan makna (Bogdashina, 2005).

C. Teori Pemerolehan Bahasa

Dalam pemerolehan bahasa pertama, teori yang paling mendasar yaitu hipotesis nurani (*Innateness hypothesis*) yang menyebutkan bahwa pemerolehan bahasa sangat didukung adanya **LAD** (*Language Acquisition Device*) atau piranti pemerolehan bahasa. Menurut Chomsky, sebagai pelopor pandangan **nativisme** LAD dimiliki anak sejak lahir sehingga memungkinkannya memperoleh bahasa (baik bahasa ibu maupun bahasa lainnya). Disamping itu, LAD membuat anak mampu memperkirakan struktur bahasa. Oleh karena itu, banyak ciri-ciri tata bahasa ibu yang tidak perlu dipelajari seseorang dengan sadar atau secara khusus. Diasumsikan bahwa struktur-struktur dan pola-pola bahasa yang dibawa sejak lahir itu sama dalam semua bahasa. Hal inilah yang disebut struktur harfiah (*deep structure*) dalam tata bahasa semesta (gramatika universal).

Pandangan tentang adanya LAD sebagai implikasi hipotesis nurani di atas berawal dari kenyataan sebagai berikut:

- Semua anak normal akan memperoleh dan menguasai bahasa ibunya senyampang ‘diperkenalkan’ pada bahasa tersebut. Artinya, ia tidak diasingkan dari kehidupan ibunya atau keluarganya.
- Pemerolehan bahasa tidak langsung berhubungan

dengan tinggi rendahnya IQ. Artinya, baik anak yang cerdas maupun yang tidak cerdas akan memperoleh bahasa itu.

- Kalimat yang didengar anak seringkali tidak gramatikal, tidak lengkap, dan jumlahnya sedikit, namun pada akhirnya anak dapat menguasainya.
- Bahasa hanya dikuasai manusia, tidak dapat diajarkan pada makhluk lainnya.
- Proses pemerolehan bahasa pada anak-anak dimanapun akan sesuai dengan proses pematangan jiwanya
- Struktur bahasa yang walaupun rumit, kompleks dan bersifat universal, tetap dapat dikuasai anak dalam waktu relatif singkat, yaitu dalam waktu antara tiga sampai empat tahun saja.

Karena semua orang dilengkapi LAD, seorang anak tidak perlu menghafal dan menirukan pola-pola kalimat agar mampu menguasai bahasa itu. Ia akan mampu mengucapkan suatu kalimat yang belum pernah didengar sebelumnya dengan menerapkan kaidah-kaidah tata bahasa yang secara tidak sadar diketahuinya melalui LAD, dan yang dicamkannya dalam hati (*internalize*).

Rujukan pada menghafal dan menirukan pola-pola kalimat di atas adalah penerapan dan perwujudan teori linguistik strukturalisme dan teori psikologi **behaviorisme**

yang dipelopori B.F. Skinner. Pandangan behaviorisme menekankan bahwa pemerolehan bahasa dikendalikan dari luar berupa rangsangan melalui lingkungan untuk menghasilkan perilaku verbal. Penerapan kedua teori ini pada metode pengajaran bahasa disebut **audiolingualisme** yang dikembangkan oleh Bloomfield. Banyak ahli bahasa yang menganggap metode audiolingual tidak sesuai dengan teori pemerolehan bahasa ibu. Hal inilah yang kemudian dijelaskan oleh Chomsky dalam teori tata bahasanya yang disebut **transformasi generatif**. Selain itu ketidaksesuaian metode audilingual juga ditentang dalam teori psikologi kognitif.

Pandangan behaviorisme Skinner kemudian disempurnakan oleh Mowrer dan Osgood dengan **neobehaviorisme**. Osgood menekankan pada **proses mediasi pemerolehan bahasa** dengan formula:

stimulus - respon mediasi -- stimulus diri - respon
Stimulus yang berupa kumpulan stimuli yang terkait dengan objek, menghasilkan reaksi berupa penanda yang selanjutnya dalam proses mediasi akan menjadi 'makna kata' dalam diri yang berbentuk perilaku verbal sebagai respon akhirnya. Adapun Mowrer beranggapan bahwa 'makna kata' yang dihasilkan memiliki elemen emosional atau evaluatif dan denotatif atau konotatif. Sehingga dalam berkomunikasi menurut Mowrer kita

tidak hanya mentransfer makna kata pada orang lain, tetapi dengan menghubungkan dan mengkombinasikan makna kata yang diperoleh dengan memberikan informasi baru (dalam Bogdashina, 2005).



Selain pandangan behaviorisme dan neo-behaviorisme di atas, pemerolehan bahasa dianggap tidak terlepas dari teori **biologis** mengenai mekanisme perkembangan anak yang dipelopori Eric Lenneberg. Sejak usia 18 bulan, bayi memperoleh 3-50 kata hingga pada usia 3 tahun bahasa reseptifnya melesat menjadi 3000 kata dengan kemampuan ekspresif 1000 kata. Pada usia 4 tahun anak akan sepenuhnya menguasai gramatika bahasa ibu. ‘Pembelajaran’ bahasa hanya menyangkut adaptasi atau penyesuaian pemakaian bahasa sesuai kultur yang ada. Pada anak normal pemerolehan bahasa berkembang tanpa kesulitan apapun dengan adanya dukungan lingkungan dan komunitas linguistik hingga

periode emas perkembangan otaknya berakhir yaitu saat anak beranjak pubertas.

Penganut teori **kognitivisme** yang dipelopori Jean Piaget beranggapan bahwa urutan perkembangan kognitif berpengaruh pada perkembangan bahasa. Perkembangan intelektual anak yang menentukan kemampuannya menafsirkan serta mengoperasikan lingkungan linguistiknya. Proses mental inilah yang dapat diamati secara kualitatif yang dapat berbeda dari tingkah laku sebagaimana yang ditekankan dalam pandangan behaviorisme. Lebih jauh, Piaget membedakan dua kategori tutur yang dihasilkan anak sebagai berikut:

- **Tutur egosentrис.** Anak tidak peduli dengan siapa mereka bicara dan siapa yang mendengarkan bicaranya, dengan jenisnya yaitu:
 - Repetisi, anak mengulang kata dan frasa karena menikmati berbicara sendiri.
 - Monolog, anak mengucapkan apa yang dipikirkan dengan berbicara sendiri.
 - Monolog kolektif, meskipun ada teman yang tidak sedang mendengarkannya, anak berbicara sendiri tanpa membutuhkan lawan bicara.
- **Tutur sosialisasi.** Anak bertanya, menjawab pertanyaan, memberikan pendapat, melontarkan kritik pada orang lain. Kemampuan anak memahami



orang lain dan mengkomunikasikan gagasannya muncul mulai usia 7 tahun. Menurut Piaget, hal ini dipengaruhi hubungan paralel antara kemampuan verbal dan kognitif dimana kemampuan verbal mencerminkan perkembangan struktur kognitif anak (dalam Bogdashina, 2005).

Clark & Clark (1977) mempersoalkan seberapa banyak bahasa diperoleh sejak lahir, dan seberapa banyak bahasa dikuasai dari yang dipelajari. Untuk menjawab pertanyaan ini mereka membandingkan dua pendapat yang bertentangan yakni pandangan Chomsky di atas yang disebut nativisme dan pandangan empirisme yang mengatakan bahwa bahasa dipelajari sebagai hasil pengalaman, sama dengan keterampilan-keterampilan lainnya (seperti berjalan, bersepeda, mengemudi mobil, bersopan-santun dalam masyarakat). Kesimpulan yang dapat diambil yaitu dengan menengahi kedua pendapat di atas, bahwa sebetulnya tidak perlu ada pertentangan antara nativisme dan empirisme. Hal ini bukan menyangkut persoalan pihak mana yang benar atau yang salah, tapi lebih merupakan persoalan seberapa banyak yang dibawa sejak lahir dan seberapa banyak yang bukan. Sudah tentu ada piranti berbahasa yang dibawa sejak lahir yang membantu kalau kita belajar sesuatu. Selain itu harus dipertanyakan juga apakah seorang anak

cukup banyak diajak bicara sehingga ia mendengar dan menggunakan bahasa itu semaksimal mungkin. Yang jelas, tidak banyak bukti yang menunjukkan bahwa butir-butir tata bahasa tertentu diperoleh secara alamiah dari lahir atau dipelajari oleh seorang anak (Nababan, 1992).

D. Pemerolehan vs Pembelajaran Bahasa

Pemerolehan bahasa utamanya pada bahasa kedua dapat terjadi dengan bermacam-macam cara, pada beragam usia, untuk berbagai tujuan dan pada tingkat kebahasaan yang berlainan. Berdasarkan fakta ini, kita dapat membedakan beberapa tipe pemerolehan bahasa kedua. Perbedaan yang mendasar yaitu pemerolehannya: (1) secara **terpimpin** dan (2) secara **alamiah**. Krashen (1981) mengatakan bahwa pada umumnya pemerolehan bahasa ibu disebut akuisisi (*acquisition*) dan pada bahasa kedua disebut pembelajaran (*learning*). Pemerolehan lebih bersifat spontan sedangkan pembelajaran lebih bersifat terstruktur. Namun demikian, perbedaan keduanya dapat disebut sangat tipis karena keduanya dapat berlangsung secara simultan. Di bawah ini, kita akan membicarakan perbedaan antara pemerolehan bahasa secara terpimpin dan secara alamiah.

1. Pemerolehan bahasa kedua secara terpimpin

Pemerolehan bahasa kedua di sini diajarkan kepada pebelajar dengan menyajikan materi yang sudah ‘dicernakan’, yakni tanpa latihan yang terlalu ketat dan dengan mengoreksi kesalahan pebelajar.

Ciri-ciri pemerolehan bahasa kedua seperti ini ialah bahwa seleksi materi dan urutannya tergantung pada kriteria yang ditentukan guru, misalnya yang terkait dengan tingkat kesulitan pebelajar. Strategi-strategi yang dipakai guru juga sesuai dengan apa yang dianggap paling cocok bagi pebelajar. Sering ada ketidakwajaran dalam penyajian materi terpimpin ini. Umpamanya penghafalan pola-pola kalimat tanpa pemberian latihan-latihan tentang bagaimana menerapkan pola-pola itu dalam komunikasi.

Penyajian materi dan metode yang digunakan itu dapat berhasil senyampang kondisi pebelajar mendukung pemerolehan bahasa sehingga tidak menghambat kemajuan pemerolehan bahasa kedua. Krashen (1982) menyebutnya sebagai filter afeksi (*affective filter*) yang positif yang memungkinkan tercernanya input (*comprehensible input*).

2. Pemerolehan bahasa kedua secara alamiah

Pemerolehan bahasa kedua secara alamiah



atau spontan adalah pemerolehan bahasa kedua yang terjadi dalam komunikasi sehari-hari; bebas dari pengajaran atau arahan guru. Pemerolehan seperti ini tidak ada keseragaman dalam caranya, sebab individu memperoleh bahasa kedua dengan caranya masing-masing. Umpamanya seorang imigran dari luar negeri yang menetap di negeri lain akan memperoleh bahasa kedua dengan cara berinteraksi dengan penutur asli. Perlu diingat bahwa dengan bermukim di luar negeri di mana bahasa kedua itu dipakai belum menjamin penguasaan bahasa kedua. Yang paling penting adalah melakukan **interaksi** yang menuntut komunikasi bahasa dan mendorong pemerolehan bahasa.

Ciri utama pemerolehan bahasa kedua secara alamiah yaitu terjadinya interaksi spontan dalam komunikasi sehari-hari. Dengan menggunakan bahasa kedua dalam komunikasi harian, semakin tinggi motivasi pebelajar semakin cepat ia mencapai tujuannya. Dengan komunikasi inilah, pebelajar memusatkan perhatian pada inti komunikasi dan aspek-aspek kebahasaan itu sendiri. Selain itu pebelajar mencoba menggunakan bentuk-bentuk yang dikuasainya dan menghindari topik-topik yang kurang diketahuinya. Strategi penghindaran semacam ini merupakan strategi penggunaan bahasa kedua secara **pragmatik**, yakni sesuai dengan tujuan, situasi, dan tugas orang yang berkomunikasi.



BAB II

PERKEMBANGAN KEMAMPUAN BERBAHASA PADA ANAK

Kemampuan berbahasa merupakan prasyarat untuk memenuhi salah satu kebutuhan manusia sebagai makhluk sosial. Kemampuan ini terbentuk melalui proses pemerolehan sejak dini. Dengan menguasai bahasa sebagai salah satu alat komunikasi, anak akan belajar untuk dapat saling berhubungan, saling berbagi pengalaman, saling belajar dari yang lain, dan meningkatkan kemampuan intelektual. Perkembangan pemerolehan dan penguasaan bahasa pada anak akan dibahas berikut.

A. Perkembangan Pemerolehan Bahasa

Pada bagian ini dijelaskan perkembangan pemerolehan bahasa sesuai hirarki bahasa yaitu dari



fonologis hingga semantik.

1. Pemerolehan fonologis

Dalam pemerolehan fonologis, seorang bayi yang baru lahir hanya memiliki sekitar 20% dari kapasitas otak dewasanya. Hal ini sangat berbeda dengan binatang yang sejak lahir sudah memiliki sekitar 70% kapasitas maksimal otaknya. Sehingga dalam hal ini binatang cenderung dapat melakukan banyak hal setelah lahir. Sedangkan yang terjadi pada manusia tidak demikian, bayi hanya dapat menangis serta menggerak-gerakkan anggota badannya.

Bayi usia 3 hingga 4 bulan diperkirakan sudah mulai mengeluarkan bunyi. Mula-mula berupa tangisan atau bunyi *cooing* seperti burung merpati. Hingga pada usia 5 dan 6 bulan ia mulai mengoceh. Ocehannya ini kadang-kadang mirip bunyi ujaran karena diikuti dengan naik turunnya intonasi.

Senada dengan hal di atas, Dardjowidjojo (1991) menjelaskan bahwa seorang anak pada usia sekitar 6 bulan sudah mulai mengeluarkan bunyi-bunyi konsonan atau vokal. Bunyi-bunyi tersebut belum dapat dipastikan bentuknya karena memang belum jelas bentuknya. Adapun proses dari pemerolehan bunyi-bunyi tersebut dinamakan *cooing* (dekutan). Dalam hal ini seorang anak mulai mendekutkan bunyi-bunyi yang belum jelas identitasnya.

Seorang anak diperkirakan mulai dapat membedakan bunyi-bunyi pada pertengahan tahun pertama hingga selanjutnya dapat dikatakan bahwa persepsi bicara (*speech perception*) tergantung pada interaksi anak dengan lingkungannya. Hal ini dapat dibuktikan bahwa anak dari orang tuna rungu tidak berhasil menemukan atau mendeteksi pola-pola bunyi semata-mata dari rangsangan-rangsangan yang bersifat auditif baik yang berasal dari radio, tape atau pun dari televisi. Ternyata yang efektif adalah rangsangan auditif berupa bunyi-bunyi yang selalu didengar anak pada saat yang penting dan berarti bagi dirinya, misalnya bunyi atau suara saat ia diberi susu, pada saat dimandikan, dan bahkan pada saat popoknya diganti. Adapun ketika seorang bayi ditimang-timang diberi rangsangan visual oleh pengasuhnya, misalnya boneka yang sengaja dimainkan di depan anak akan memenimbulkan rangsangan visual.

Ocehan (*babbling*) merupakan suatu peristiwa bahasa bagi anak yang akan bertambah variasi dan kombinasinya. Seorang anak dalam masa *babbling* ini cenderung mengkombinasikan antara bunyi konsonan yang diikuti dengan bunyi vokal. Konsonan yang pertama keluar adalah konsonan bilabial nasal. Vokalnya adalah /a/. Dengan demikian, strukturnya adalah CV yang

kemudian diulang-ulang, hingga akhirnya muncullah struktur seperti berikut ini:

C1 - V1 - C1 - V1 - C1 - V1 *pa-pa-pa-, ma-ma-ma, ba-ba-ba ...*

Orang tua kemudian mengaitkan "kata" pa-pa dengan ayah, dan mama dengan ibu meskipun apa yang ada di benak anak tidak dapat diketahui dengan pasti; tidak menutup kemungkinan ocehan atau celotehan tersebut hanyalah sekedar latihan artikulatori belaka. Ocehan ini akan semakin bertambah sampai anak mampu memproduksi perkataan yang pertama, yakni pada periode kalimat satu kata, yang kira-kira akan muncul sekitar umur satu tahun.

Dalam beberapa hal, sering dilontarkan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan ocehan ini dengan proses pemerolehan sistem bunyi untuk orang dewasa. Ada dua pendekatan yang ditawarkan para ahli berikut ini:

- 1) **Pendekatan berkesinambungan** (*the continuity approach*) yaitu, pendekatan yang mengatakan bahwa bunyi ocehan merupakan pelopor langsung dari tuturan (*speech sound*).
- 2) **Pendekatan tak berkesinambungan** (*the discontinuity approach*), pendekatan ini menganggap bahwa ocehan



tidak ada hubungannya secara langsung dengan perkembangan bicara selanjutnya.

Dalam perkembangannya, kedua pendekatan tersebut di atas sering mendapat kritikan karena dianggap tidak dapat menjelaskan fakta-fakta secara tuntas. Hubungan antara ocehan (*babbling*) dan munculnya ujaran yang berarti atau dapat dimengerti, masih belum diketahui secara jelas. Bahkan diasumsikan bahwa proses fonologi merupakan bentuk keluaran dari *innate phonological acquisition device* yang senantiasa merefleksikan preferensi ekspresif anak.

Clark & Clark (1977) menjelaskan bahwa, seorang anak dalam proses menguasai segmen fonetik sering dilakukan dengan cara menggunakan teori *hypothesis - testing* atau *discovery procedure*. Menurut teori ini seorang anak menguji coba perbagai hipotesis tentang bagaimana memproduksi bunyi yang betul. Misalnya, anak mencoba mengucapkan perkataan “*dagu*”. Mula-mula ia hanya mengucapkan sebagai *gu*, kemudian berubah menjadi *agu* lalu *gagu* dan terakhir baru *dagu*.

Sering dijumpai apabila anak hanya mempunyai beberapa segmen yang dikuasai, ia berhasil menemukan cara yang tepat atau benar untuk memproduksi segmen tertentu. Misalnya contoh di atas, ia berhasil mengucapkan kata *dagu* (segmen d). Kemudian ia menambahkan

beberapa dalam satu perkataan (segmen d dan g) . Oleh karena itu, anak memusatkan diri pada segmen yang baru, yaitu segmen g sehingga terbentuklah kata *gagu*. Dan ia mulai memilih tanda-tanda (*gestures*) artikulasi yang benar untuk memproduksi kata *dagu* seperti pada umumnya yang diucapkan oleh orang dewasa.

Pada tahap-tahap permulaan pemerolehan bahasa, biasanya anak-anak memproduksi perkataan orang dewasa yang disederhanakan dengan beberapa cara seperti menghilangkan silabi (misalnya menyebut 'pi' untuk maksud 'topi') atau mereduplikasi silabi (misalnya menyebut 'kakang' untuk maksud 'nakal') dan lain sebagainya.

Menurut beberapa hipotesis, penyederhanaan ini sering disebabkan oleh *memory span* yang terbatas, kemampuan representasi yang terbatas, dan kepandaian artikulasi yang terbatas. Namun kemampuannya melakukan persepsi kata telah berkembang, anak akan menunjukkan ekspresi tidak suka jika orang dewasa menggodanya dengan menirukan ketidak sempurnaan artikulasinya. Hal ini karena dia memahami persepsi kata namun belum mampu menyempurnakan artikulasi penyebutan kata tersebut.

Penyederhanaan artikulasi kata sebagaimana dicontohkan di atas dapat hilang apabila anak telah

banyak menguasai lebih banyak segmen-segmen yang baru diperoleh serta anak mengoreksi dirinya sendiri apabila dalam pengucapan kata dirasa kurang tepat. Praktek dan koreksi diri ini, seperti yang dijelaskan oleh Clark & Clark (1977) bahwa hal ini dapat memberikan bukti tambahan bahwa seorang anak mengandalkan pada "model", yaitu pajanan yang diperolehnya berdasarkan contoh yang digunakan orang dewasa di sekitarnya.

2. Pemerolehan morfologis

Pada pemerolehan morfologis yakni pada periode kalimat dua kata, seorang anak sudah mulai membuat kalimat yang terdiri dari dua kata. Adapun kata yang digunakan pada umumnya masih berupa dua kata dasar yang dihubungkan. Hal ini, terlihat dengan belum adanya afiksasi pada kata dasar yang dapat menimbulkan perbedaan arti kata. Dalam proses merangkai kalimat, perubahan-perubahan terjadi pada pilihan kata yang menggunakan inmbuhan dan kemudian diikuti diferensiasi morfologi, yaitu ketika seorang anak mulai menggunakan kelas kata yang makin bervariasi.

Diferensiasi morfologi meliputi tiga hal penting, yaitu:

1. Pembentukan kata jamak
2. Pembentukan diminutiesuffix (verkleinwood)

misalnya: kata *jurk* (rok orang dewasa) *jurke* (rok anak)

3. Perubahan kata kerja.

Menyinggung hal di atas, Slobin (1973) dalam penelitiannya menemukan sebanyak 40 bahasa anak yang memiliki berbagai macam kesamaan dalam hukum-hukum pemerolehan bahasa (*operating principles*). Adapun hukum-hukum pemerolehan bahasa itu antara lain sebagai berikut:

Pertama, pada awal pengenalan kata, anak-anak mencari dan akhirnya menemukan bahwa kata-kata itu bermacam-macam bentuk dan maknanya. Melalui bantuan konteks, lambat laun seorang anak akan mengetahui perbedaan contohnya kata *bau* dan *bahu*, *tahu* dan *tau*, *tas* dan *pas* dan lain sebagainya. Mereka mengetahui hal ini karena orang dewasa selalu memakai pasangan kata tersebut dalam situasi, kondisi serta kejadian yang berbeda-beda. *Kedua*, seorang anak dapat menemukan misalnya ada dua hal yang harus dibedakan, yaitu kata kerja fungsional dan imbuhan kata, juga bahwa pada akhirnya sufiks *-an*, *-kan* dan *-i* selalu berhubungan dengan kata kerja, sufiks *-nya* dengan kata benda, ada ulangan dan lain sebagainya. *Ketiga*, menghindari adanya pengecualian, hal ini terbukti dengan adanya kecenderungan anak untuk membuat generalisasi seperti yang telah diuraikan di atas. *Keempat*, memperhatikan akhiran-akhiran kata dan

kemudian anak berkesimpulan bahwa akhiran (sufiks) itu dapat mengubah makna sebuah kata. Bahkan peranan konteks juga sangat penting dalam hal ini. Pernah ditemukan sebuah bukti dari pelbagai macam bahasa bahwa seorang anak sering memperhatikan akhiran (sufiks) dan memakainya terlebih dahulu daripada awalan (prefiks).

Kelima, seorang anak mengamati bahwa penempatan kata dan urutan kata itu memiliki aturan-aturan. Hal ini pada akhirnya dapat memisahkan antara awalan dan akhiran serta pemakaianya, sehingga tidak terbalik atau salah dalam pemakaianya.

3. Pemerolehan sintaksis

Dalam ranah pemerolehan sintaksis, anak mulai berbahasa dengan mengucapkan satu kata (bagian kata). Kata ini, bagi anak, sebenarnya hanyalah merupakan kalimat penuh, tetapi karena ia belum dapat mengatakan lebih dari satu kata, ia hanya mengambil satu kata dari seluruh kalimat. Seandainya anak tersebut bernama Andi dan yang ingin dia sampaikan adalah *Andi mau mobil*, dia akan memilih *di* (untuk kata *Andi*), *mo* (untuk kata *mau*), dan *bin* (untuk kata *mobil*).

Chaer (2003) meringkas beberapa teori yang terkait dengan pemerolehan sintaksis. **Pertama** yaitu teori tata

bahasa Pivot yang menerangkan bahwa anak cenderung menggunakan kata-kata fungsi yang bercirikan sebagai berikut:

- Terdapat pada awal atau akhir kalimat
- Jumlahnya terbatas
- Jarang memunculkan kata baru
- Tidak muncul sendirian
- Tidak muncul bersamaan dalam satu kalimat, dan
- Selalu merujuk pada kata-kata lain.

Teori **kedua** yaitu hubungan tata bahasa nurani yang dikemukakan oleh Mc Neil dengan mengacu pada teori Chomsky mengenai tata bahasa generatif transformasi. Mc Neil menyatakan bahwa ucapan anak meskipun terdiri dari dua kata juga memiliki struktur kalimat yang menunjukkan urutan Subjek-Verba dengan posisi Objek sebagai opsional.

Ketiga yaitu teori hubungan tata bahasa dan informasi situasi yang berpijak dari teori Bloom yang menunjang asumsi Mc Neil bahwa hubungan tata bahasa tanpa merujuk pada konteks atau informasi situasi belumlah cukup. Hal ini disebabkan ketaksaan gabungan kata yang dihasilkan anak.

Keempat, teori kumulatif kompleks yang dikemukakan Brown yang menyatakan bahwa pemerolehan sintaksis anak dimulai dari morfem yang

dikuasai. Teori **kelima** diajukan oleh Greenfield dan Smith yaitu teori pendekatan semantik. Senada dengan Bloom, teori ini mengangkat integrasi pengetahuan semantik dalam mengkaji perkembangan sintaksis. Pada anak hubungan-hubungan semantik tidak selalu sejalan dengan hubungan yang diterapkan oleh penutur dewasa.

4. Pemerolehan semantik

Pada pemerolehan semantik, anak mulai memperkaya perbendaharaan kosakatanya sesuai dengan usia sebagaimana yang diringkas Lenneberg (1966) sebagai berikut:

| Usia (tahun) | Jumlah kata |
|---------------------|------------------------|
| 1 | Beberapa kata |
| 2 | kata 270 – 200 |
| 3 | Lebih kurang 900 kata |
| 4 | Lebih kurang 1520 kata |
| 5 | Lebih kurang 2060 kata |
| 6 | Lebih kurang 2550 kata |

Pada hakikatnya pemerolehan semantik merupakan proses pemerolehan yang paling kompleks. Hal ini tidak hanya menyangkut jumlah kata yang dikuasai anak, namun juga menyangkut perluasan makna yang dipahaminya, asosiasi antar kata yang dimiliki anak, dan bagaimana kombinasi kata terbentuk menjadi kalimat yang bermakna (Dale dalam Bogdashina, 2005).

Dalam pemerolehan semantik, menurut DeVilliers kesulitan yang dihadapi anak yaitu dalam menguasai kata-kata **deiksis** (*deictic words*) yang merujuk pada objek tanpa menyebutkan secara langsung nama objek yang dimaksud, seperti: ini, itu, di sini, di sana. Selain itu juga dengan merujuk waktunya, seperti: sekarang, nanti, kemarin, hari ini, besok. Untuk itu anak harus memahami persektif penutur dalam beragam konteks (dalam Bogdashina, 2005).

B. Tahap-tahap Pemerolehan Bahasa Ibu

Beberapa tahap yang dialami anak dalam proses perkembangan bahasanya meliputi empat tahap yaitu: (1) Tahap ocehan, (2) Tahap satu kata, (3) Tahap dua kata, dan (4) Tahap telegrafis. Keempat tahap ini termasuk ke dalam tahap linguistik. Tangisan atau suara berdekut bayi dianggap termasuk tahap **pralinguistik** atau praverbal karena suara tersebut hanya merupakan respon tarhadap rangsangan di sekitarnya, bukan merupakan bentuk kreasi ujaran.

(1) Tahap **ocehan** (*babbling stage*)

Bayi usia enam bulan mulai mengoceh, mengucapkan sejumlah bunyi ujar tanpa makna atau beberapa penggal kata yang bermakna karena kebetulan saja. Mengoceh tidak tergantung masukan akustik atau

yang didengar dari sekelilingnya. Anak akan belajar menggunakan bunyi-bunyi ujar yang benar (yang diterima orang-orang sekelilingnya) dan membuang bunyi yang salah. Anak akan mulai menirukan pola intonasi yang diucapkan orang-orang di sekelilingnya. Dia akan mengenali intonasi yang mengungkapkan rasa marah, kagum, senang, sedih dan lain sebagainya.

(2) Tahap **satu kata** (holophrastic stage)

Tahap ini disebut tahap kalimat holophrastic (dari kata *holo*, utuh, dan *phrase*, frase). Pada usia satu tahun anak mulai menggunakan serangkaian bunyi berulang-ulang untuk makna yang sama. Contoh: Mam (untuk mengatakan saya mau makan), Ma (untuk meminta mama ada di sini). Kata-kata dalam tahap ini memiliki tiga fungsi yakni:

1. menghubungkan antara kata-kata dengan perilaku anak itu sendiri, atau suatu keinginan untuk suatu perilaku;
2. untuk mengungkapkan suatu perasaan; atau
3. untuk memberi nama kepada sesuatu benda.

Kata-kata pada tahap ini terdiri dari konsonan yang mudah dilafalkan seperti (m, p, j, k) dan vokal seperti (a, u, o). Menurut penelitian anak mampu memahami perbedaan-perbedaan bunyi ujar yang lebih banyak daripada yang sanggup diucapkannya.

(1) Tahap **dua kata** (*two-word stage*)

Anak usia paling lambat tahun dua tahun sudah mulai mengucapkan ujaran dua kata, misalnya “Mi’ cu” yang artinya anak minta minum susu. Beberapa ungkapan yang diucapkan sering tidak bersubjek Hubungan-hubungan seperti infleksi, kata ganti orang, dan bentuk jamak belum digunakan. Dalam pikiran anak konsep subjek + predikat terdiri dari kata benda + kata benda, seperti “Peda Opi” yang berarti Opi meminta diambilkan sepeda; atau menggabungkan kata sifat + kata benda, seperti “Kotor patu” yang maksudnya sepatu ini kotor, dan sebagainya.

(2) Tahap **telegrafis** (*telegraphic stage*)

Setelah melewati usia dua tahun, anak dapat merangkaikan tiga, empat kalimat bahkan lebih. Hubungan sintaksis dalam kalimatnya sudah tampak jelas, meskipun hingga usia ini yang menjadi topik pembicaraannya ialah hal-hal yang berkenaan dengan dirinya, yakni yang ada di tempat dan terjadi pada waktu itu (*here and now*).

Pada usia ini anak secara bertahap belajar bahasa ibunya dengan caranya sendiri. Kalimat yang dirangkainya menyerupai telegram artinya lebih banyak menggunakan kata-kata leksikal (*content word*) misalnya:

“Cat stand up table” (Kucing berdiri di atas meja)



“No sit here” (Jangan duduk di sini), dan sebagainya

Tahap perkembangan di atas terkait dengan perkembangan kognitif anak. Piaget menamakan periode kognitif pada bayi (0-2 tahun) dengan istilah sensomotoris, hal ini karena perkembangan kognitif ini mempunyai kaitan dengan penerimaan dan pemrosesan informasi yang diterima melalui organ sensoris atau indera.

Pada tahap berikutnya, usia 2-7 tahun oleh Piaget disebut **stadium pra-operasional**, yaitu periode anak mulai belajar menggunakan bahasa untuk menunjukkan suatu objek melalui imej dan kata-kata.

Pada usia 7-11 tahun anak bisa secara konkret berfikir logis tentang objek dan kejadian. Di usia 11 tahun ke atas, Piaget menjelaskan bahwa anak baru bisa berfikir dalam bentuk abstrak dan hipotetik.

Secara umum, perkembangan bahasa dan bicara pada anak bisa dibagi menjadi tiga fase, yaitu:

- **fase praverbal** (0-1 tahun),
- **fase verbal awal** (1 – 2,5 tahun), dan
- **fase diferensiasi** (2,5 – 5 tahun).

Anak-anak belajar untuk bicara melalui tahap mengerti (bahasa pasif) dan melalui bicara (bahasa aktif).

Selanjutnya mengenai bagaimana anak belajar bahasa, beberapa teori diajukan untuk menjawab pertanyaan ini. Sebagian ahli menganggap anak belajar

dari menirukan atau melakukan proses imitasi. Semula anak dianggap telah memperoleh bahasa ketika ia mampu menirukan ucapan orang dewasa. Imitasi yang dilakukan anak meliputi tidak saja ragam kosakata tetapi juga intonasi. Sebagian yang lain berasumsi bahwa anak belajar bahasa dari adanya penguatan. Sementara itu, yang lain berpendapat bahwa anak belajar bahasa dengan membuat analogi.

C. Faktor-faktor yang Berperan dalam Perkembangan Bahasa

Tidak sedikit faktor yang dianggap berperan dalam perkembangan bahasa, namun dalam buku ini hanya diangkat tiga yang terutama diantaranya yaitu: faktor usia, lingkungan dan perbedaan individu.

1. Faktor usia

Faktor usia kerap dianggap berperan dalam menentukan keberhasilan pemerolehan suatu bahasa. Kesimpulan ini ditarik dari kecenderungan mudahnya anak-anak ketimbang orang dewasa dalam memperoleh bahasa baru. Sejatinya proses pemerolehan suatu bahasa memiliki urutan yang sama apabila dimulai sejak usia dini maupun jika diawali pada usia dewasa. Perbedaannya hanya dari segi kemahiran mengingat ada hubungannya dengan hipotesis mengenai periode kritis pemerolehan

bahasa. Perbedaan tersebut antara lain:

- Anak-anak lebih mahir dalam pemerolehan sistem fonologi atau pelafalan sehingga dapat menyerupai penutur asli. Hal ini karena pajanan terhadap bahasa lain belum banyak dialami sebagaimana orang dewasa.
- Orang dewasa lebih mahir dalam pemerolehan morfologis dan sintaksis setidaknya pada awal masa pemerolehan.
- Anak-anak lebih mahir dalam pemerolehan tetapi tidak selalu lebih cepat daripada pemerolehan bahasa orang dewasa.

2. Faktor lingkungan

Proses perkembangan bahasa yang baik selalu dimulai sejak dini. Kesempatan anak untuk bercerita, berkomunikasi dengan yang lain akan sangat membantu perkembangan bahasa tersebut. Anak perlu memperoleh kesempatan untuk berbicara, mengungkapkan ide dan gagasan, berkomunikasi dengan yang lain untuk membuat kesepakatan

Perkembangan bahasa secara kognitif juga dipengaruhi hal-hal yang bersifat kontekstual, sehingga anak dapat semakin berkembang daya pikirnya. Daya pikir tersebut dapat dilihat dari kemampuannya mengungkapkan lebih banyak informasi dari sumber-sumber belajar di sekitarnya. Ketika fungsi kognisinya

meningkat, kemampuan berbahasanya juga berkembang ke tahap negosiasi.

Negosiasi adalah kemampuan seseorang untuk menawar, beradu argumentasi, saling memberi pendapat, dan membuat kesepakatan sehingga mendapatkan sesuatu yang lebih baik. Kemampuan negosiasi ini juga mengimbangi kemampuan menjelaskan suatu hal secara rinci, misalnya menyebutkan macam-macam fenomena, membandingkan antara satu hal dengan lainnya, membuat kesimpulan dan lain-lain. Proses ini bermanfaat dalam membentuk konstruk pemahaman akan pengetahuan sendiri dan kemampuan mengembangkan daya pikir relasional, asosiatif dan sintesis.

3. Perbedaan individu

Dengan diketahuinya perbedaan antar individu dalam proses pemerolehan bahasa akan berimplikasi pada deteksi dini kesulitan dan permasalahan belajar bahasa serta penentuan metode yang tepat untuk memaksimalkan pemerolehan bahasa. Perbedaan antar individu terdapat pada banyak faktor misalnya intelegensi, bakat, model kognitif, kepribadian, memori auditori, kesiapan belajar, emosi, minat dll. Dalam pembahasan berikut tiga faktor pertama, yaitu intelegensi, bakat dan model kognitif, dipandang paling berpengaruh.





A. Intelelegensi

Tes intelelegensi yang awalnya dikembangkan oleh Binet di Prancis, Burt di Inggris serta Stanford dan Terman di Amerika Serikat dewasa ini memunculkan kontroversi. Hal ini disebabkan tes tersebut dirancang untuk mengukur kapasitas kognitif dengan sudut pandang **psikometri**, namun tes tersebut tidak dapat mengukur fungsi kognitif sesungguhnya.

Dalam pemerolehan bahasa, intelelegensi bukanlah menjadi faktor yang penting. Bahkan pada anak-anak dengan keterlambatan mental dengan fungsi intelektual yang rendah sekalipun masih dapat mengembangkan keterampilan berbahasa.

Saat ini kebanyakan tes intelelegensi menggunakan bahasa ibu. Meskipun telah mulai dikembangkan tes intelelegensi yang tidak berbasis bahasa seperti Skala Intelelegensi Wechsler untuk anak, namun bahasa masih

menjadi piranti utama formasi konsep dalam tes intelegensi. Dengan demikian dapat terjadi salah kaprah karena jika anak gagal memahami maksud pertanyaan dalam tes intelegensi maka akan dianggap intelegensinya rendah meskipun pada kenyataannya tidak demikian.

Pada konteks pemerolehan bahasa, dengan adanya motivasi belajar yang kuat, orang dengan tingkat intelegensi di atas maupun di bawah rata-rata baik dapat mencapai keberhasilan dalam penguasaan bahasa.

B. Bakat

Tes bakat meliputi pengetahuan bahasa dan kemampuan auditori. Tes khusus bahasa akan memberikan prediksi terbaik apabila dihubungkan dengan prestasi pada pelajaran lainnya dan pengukuran minatnya. Meskipun demikian tes yang telah ada masih mengukur berdasarkan memori jangka pendek belum mengukur proses kognitif yang sesungguhnya.

C. Model kognitif

Kognisi merupakan proses olah mental seperti berpikir, menemukan, menalar, menyimbolkan, menduga, menggunakan aturan kompleks, memecahkan masalah, mengkhayal, meyakini dan menyusun maksud. Proses ini melibatkan transformasi, reduksi, penyimpanan,

pemulihan dan penggunaan input akal (Reber dalam Bogdashina, 2005).

Model kognitif menyangkut kebiasaan memproses informasi misalnya yang menyangkut kemampuan imitasi kalimat. Pebelajar bahasa yang belajar secara mandiri dapat menirukan kalimat lebih lengkap daripada pebelajar yang cenderung menirukan kalimat secara global dengan menghilangkan beberapa bagian kalimat. Hal ini terkait dengan sifat reflektivitas penutur yang mengkaji input kebahasaan sebelum memutuskan bagaimana informasi akan diproses.



g zxx(*&&)
gd\$kj do?csk
odh!@#

BAB III

KETIDAKMAMPUAN BERBAHASA

Pembahasan dalam bab ini menyangkut ketidakmampuan dalam mengembangkan pemerolehan dan proses bahasa. Apabila pada bab sebelumnya telah diterangkan kondisi yang memungkinkan terjadinya pemerolehan dan perkembangan penguasaan bahasa, berikut ini dipaparkan kondisi yang berbalikan atau yang tidak mendukung pemerolehan dan penguasaan bahasa. Kondisi tersebut yang mengakibatkan ketidakmampuan berbahasa.

A. Bahasa pada Kondisi Khusus

Pada bab ini kita akan membahas mengenai gangguan berbahasa. Berbeda dari pembahasan pada bab-bab sebelumnya yang berkaitan dengan pemerolehan

bahasa pada kondisi normal, disini kita mengangkat kesulitan berbahasa pada kondisi khusus. Diistilahkan kondisi khusus karena menyangkut:

- Kajian tentang gangguan berbahasa yang disebabkan **ketidaksempurnaan organ pendengaran maupun wicara.**
- Kajian tentang gangguan berbahasa yang disebabkan **keterbatasan kemampuan kognitif dan gangguan psikogenik.**
- Kajian tentang gangguan berbahasa yang disebabkan **ketidakmampuan mengolah informasi linguistik.**

Berbahasa merupakan proses mengeluarkan pikiran dan perasaan (dari otak) secara lisan dalam bentuk kata atau kalimat. Proses tersebut bersifat kompleks karena mensyaratkan berfungsinya berbagai organ yang mempengaruhi mekanisme berbicara, berpikir atau mengolah buah pikiran ke dalam bentuk kata-kata, serta modalitas mental yang terungkap saat berbicara yang juga ditentukan oleh faktor lingkungan.

Untuk mencapai kemampuan berbahasa diperlukan terpenuhinya beberapa elemen berikut:

- Lengkapnya sistem penginderaan
- Lengkapnya sistem syaraf pusat
- Kemampuan mental yang cukup

- Kestabilan emosi
- Pajanan pada bahasa

Apabila sejak masa anak-anak terdapat kekurangan atau ketiadaan setidaknya satu dari elemen di atas, dapat berimbas pada munculnya beragam gangguan berbahasa (Bogdashina, 2005).

Dalam berbahasa, terjadi proses mengeluarkan pikiran dan perasaan (dari otak) secara lisan, dalam bentuk kata-kata atau kalimat-kalimat. Otak menerima dan memahami masukan bahasa melalui telinga. Fungsi otak dan alat bicara yang baik akan mempermudah berbahasa dengan baik. Namun, mereka yang memiliki kelainan fungsi otak dan bicaranya, tentu mempunyai kesulitan dalam berbahasa, baik reseptif maupun produktif. Inilah yang disebut sebagai gangguan berbahasa. Menurut Field (2003) gangguan berbahasa perlu dipelajari dengan dua alasan mendasar sebagai berikut:

- Dengan memahami kesulitan penyandang gangguan bahasa dalam bidang linguistik dan dengan membandingkannya dengan pemerolehan bahasa secara normal, kita dapat mempertimbangkan jenis teknik pengajaran yang dapat membantu anak-anak dengan gangguan berbahasa
- Secara teoritis, dengan mempelajari penyimpangan pemerolehan bahasa, baik dari penyandang

dewasa maupun anak-anak, kita dapat mengetahui lebih banyak mengenai bagaimana kapasitas perkembangan pemerolehan bahasa yang normal. Selain itu keistimewaan setiap penyimpangan akan mengantarkan kita pada pemahaman ke arah hubungan antar sistem bahasa yang berbeda. Misalnya, bahasa pada anak dengan keterbelakangan mental akan membuktikan tentang peran intelegensi dalam perkembangan bahasa.

Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah bahwa gangguan berbahasa berdampak pada dua hal:

- **Lambat** dalam pemerolehan bahasa – dimana sebagai contoh, anak berusia lima tahun memiliki kompetensi bahasa setara dengan anak usia dua tahun; atau
- **Menyimpang** dari bentuk baku – dimana anak memperoleh bahasa dengan urutan yang berbeda dari kebanyakan anak, atau anak tersebut memiliki kemampuan yang sangat berbeda dari penutur asli bahasanya sendiri.
- Adapun jika ditinjau dari asalnya, gangguan berbahasa dapat dikategorikan kedalam dua kelompok:
- Gangguan berbahasa yang **berkembang**, artinya gangguan akibat kelainan yang dibawa sejak lahir. Pada sebagian anak, terjadi kesulitan dalam pemerolehan



bahasa akibat kelainan tumbuh kembang.

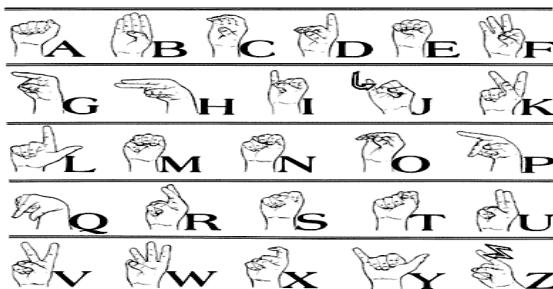
- Gangguan berbahasa yang **diperoleh**, artinya gangguan akibat operasi, stroke, kecelakaan atau penuaan.

B. Gangguan Berbahasa secara Biologis

Gangguan bahasa secara biologis disebabkan ketidaksempurnaan organ. Contohnya yaitu yang dialami tunarungu, tunanetra dan penyandang gangguan mekanisme berbicara.

1. Gangguan akibat ketidaksempurnaan organ

Pada penderita **tunarungu**, pendekatan modern yang digunakan untuk mendidik tunarungu memprioritaskan pada pengajaran bahasa isyarat. Dengan menggunakan bahasa isyarat sebagai bahasa ibu, tunarungu kemudian memahami bahasa lisan dan tulis sebagai bahasa kedua. Dewasa ini mengajarkan pemahaman membaca gerak bibir lebih ditekankan. Namun demikian bagi penderita tunarungu dengan kerusakan pendengaran yang sangat parah hanya dapat diajari dengan **bahasa isyarat**.



Kemampuan anak tunarungu memahami bahasa isyarat sama cepatnya dengan kemampuan anak normal belajar bahasa. Bahkan, kemampuan memproduksi ujaran pada anak tunarungu justru lebih cepat dibandingkan dengan anak normal. Mengapa demikian? Bahasa isyarat tidak membutuhkan jeda nafas untuk berpikir, dan tidak membutuhkan pembedaan mekanisme artikulasi organ wicara sebagaimana bahasa lisan.

Mengingat rumitnya fase belajar bahasa anak tunarungu yang bertingkat dari bahasa isyarat dan membaca gerak bibir, sebagai imbasnya dibutuhkan waktu yang lebih lama untuk belajar membaca dan menulis. Oleh karenanya kemampuan baca tulis anak tunarungu lebih lambat dibandingkan anak normal. Keterampilan komunikasi yang dicapai terbatas pada komunikasi tatap muka atau *face-to-face*, dengan demikian tanpa teknologi visual sulit dilakukan percakapan pertelepon.

Secara umum perkembangan bahasa pada anak tunarungu ditentukan oleh tiga faktor mendasar:

1. tingkat kerusakan pendengaran;
2. status pendengaran orang tua (apakah normal atau tunarungu) dan
3. usia diperkenalkan pada sistem komunikasi tertentu serta konsistensi latihan berkomunikasi (Carrol, 1986).

Pada penyandang **tunanetra** beberapa keraguan



mengenai kemampuannya berbahasa kerap dilontarkan. Salah satu pertanyaan yang sering muncul yaitu apakah kelainan visual mengakibatkan keterlambatan dalam memperoleh bahasa? Hal ini mengingat kondisi anak yang tidak terbantu dengan ekspresi wajah, bahasa tubuh atau pandangan pada obyek disekitarnya. Riset membuktikan bahwa anak tunanetra ternyata memperoleh sistem fonologi lebih lambat daripada anak normal. Anak tunanetra kadang-kadang bingung dengan fonem yang mirip dalam pengucapan, misalnya /n/ dan /m/. Kemampuan anak tunanetra sama dengan anak normal ketika mulai meracau dan mengatakan kata-kata pertama. Namun demikian terdapat perbedaan pada isi kosakata awal mereka. Anak tunanetra umumnya kurang memvariasikan kata kerja, hal ini menunjukkan bahwa mereka memiliki keterbatasan pengkategorian yang berdampak pada keberagaman kosakatanya.

2. Gangguan pada mekanisme bicara

Ketidak sempurnaan organ wicara menghambat kemampuan seseorang memproduksi ucapan (perkataan) yang sejatinya terpadu dari pita suara, lidah, otot-otot yang membentuk rongga mulut serta kerongkongan, dan paru-paru. Hal ini disebut **gangguan mekanisme berbicara**. Menurut Chaer (2003) berdasarkan mekanismenya,

gangguan berbicara dapat terjadi akibat kelainan pada paru-paru (**pulmonal**), pada pita suara (**laringal**), pada lidah (**lingual**), serta pada rongga mulut dan kerongkongan (**resonental**).

I. Gangguan akibat faktor **pulmonal**

Gangguan berbicara ini dialami oleh para penderita penyakit paru-paru. Pada penderita penyakit paru-paru ini kekuatan bernapasnya sangat kurang, sehingga cara berbicaranya diwarnai oleh nada yang monoton, volume suara yang kecil sekali, dan terputus-putus, meskipun dari segi semantik dan sintaksis tidak ada masalah.

II. Gangguan akibat faktor **laringal**

Gangguan pada pita suara menyebabkan suara yang dihasilkan menjadi serak atau hilang sama sekali. Gangguan berbicara akibat faktor laringal ini ditandai oleh suara yang serak atau hilang, tanpa kelainan semantik dan sinataksis. Artinya, dilihat dari segi semantik dan sintaksis ucapannya bisa diterima.

III. Gangguan akibat faktor **lingual**

Lidah yang sariawan atau terluka akan terasa pedih jika digerakkan. Untuk mencegah rasa sakit itulah cara berbicara diatur dengan gerak lidah yang dibatasi. Dalam keadaan seperti ini maka pengucapan sejumlah fonem menjadi tidak sempurna. Misalnya



kalimat “Jangan ragu-ragu silahkan ambil saja” menjadi “Hangan agu-agu siakang ambiy aja”.

Pada orang yang terkena stroke dan badannya lumpuh sebelah, maka lidahnya pun lumpuh sebelah. Berbicaranya menjadi pelo atau cadel yang dalam istilah medis disebut disatria (terganggunya artikulasi).

IV. Gangguan akibat faktor **resonansi**

Gangguan akibat faktor resonansi ini menyebabkan suara yang dihasilkan menjadi sengau. Misalnya yang diderita orang sumbing akibat gangguan resonansi pada langit-langit keras (palatum) pada rongga mulut. Selain itu juga terjadi pada orang yang mengalami kelumpuhan pada langit-langit lunak (velum). Rongga langit-langit itu tidak memberikan resonansi yang seharusnya sehingga suaranya menjadi bersengau. Penderita penyakit *miastenia gravis* (gangguan yang menyebabkan otot menjadi lemah dan cepat lelah) sering dikenali secara langsung karena kesengauan ini.

C. Gangguan Berbahasa secara Kognitif

Pada bab sebelumnya kita telah membahas mengenai keterkaitan antara bahasa dan pikiran karena bahasa dipersyarati kemampuan manusia berkognisi. Isi pikiran diutarakan dalam ekspresi verbal. Oleh karena itu, bisa disimpulkan bahwa ekspresi verbal yang terganggu

bersumber atau disebabkan oleh pikiran yang terganggu.

Gangguan kognitif tersebut dapat berupa sebagai berikut:

1. Demensia

Istilah demensia mencakup diagnosa yang luas sebagai simptom dari kemunduran intelektualitas akibat perubahan jaringan sel di otak. Orang yang menderita demensia menunjukkan banyak gangguan seperti:

- *agnosia* (kesulitan mengenali obyek melalui rangsang indera),
- *apraksia* (ketidakmampuan melakukan perbuatan kompleks dan tangkas menurut kehendak),
- *amnesia* (gangguan memori),
- perubahan kepribadian,
- perubahan perilaku, dan
- kemunduran dalam segala macam fungsi intelektual.

Semua gangguan ini menyebabkan kurangnya berpikir, sehingga ekspresi verbalnya diwarnai dengan kesukaran menemukan kata-kata yang tepat. Kalimat seringkali diulang-ulang, pembicaraan sering terputus karena arah pembicaraan tidak teringat atau sering berpindah ke topik lain.

Sebagai akibat menurunnya fungsi kognitif, penderita mengalami agnosia yaitu ketidakmampuan mengenali benda yang dilihat, didengar atau diraba. Selain itu dia tidak mampu mengenali benda tersebut



melalui pengalaman lampauanya. Ketidakmampuannya dalam bertindak juga beragam, antara lain:

1. **apraxia ideal**, tidak mampu mempertahankan ide dalam waktu tertentu;
2. **apraxia ideomotorik**, ketidakmampuan memformulasikan rencana suatu perbuatan;
3. **apraxia kinetik**, tidak mampu berbuat menurut kehendak;
4. **dressing apraxia**, tidak mampu mengenakan pakaian karena gangguan orientasi ruang sehingga tidak tahu mana yang diperlukan untuk lengan atau tungkai;
5. **apraxia konstruksi**, ketidakmampuan mencontoh gambar atau menyusun balok sesuai contoh (Usman, 2008).

Dr. Martina W.S. Nasrun (dalam Chaer, 2003) mengatakan bahwa demensia atau pikun adalah suatu penurunan fungsi memori atau daya ingat dan daya pikir lainnya yang dari hari ke hari semakin buruk. Gangguan kognitif ini meliputi terganggunya ingatan jangka pendek, kekeliruan mengenali tempat, orang, dan waktu. Juga gangguan kelancaran bicara.

Penyebab pikun ini antara lain karena terganggunya fungsi otak dalam jumlah besar, termasuk menurunnya jumlah zat-zat kimia dalam otak. Biasanya volume otak akan mengecil atau menyusut, sehingga rongga-rongga

dalam otak melebar. Selain itu dapat pula disebabkan oleh penyakit seperti stroke, tumor otak, depresi, dan gangguan sistemik. Pikun yang disebabkan oleh depresi dan gangguan sistemik dapat pulih kembali, tetapi kebanyakan kasus dimensia lainnya tidak dapat kembali ke kondisi sebelumnya.

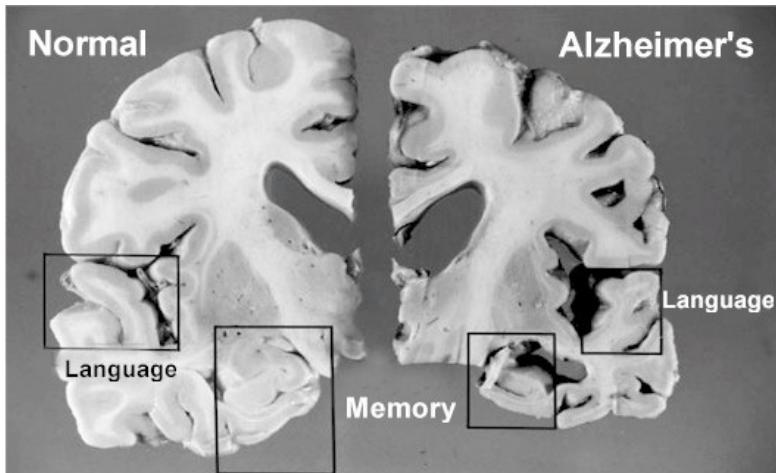
Selanjutnya Dr. Martina menjelaskan bahwa hal pertama yang harus dilakukan untuk mengobati demensia adalah mencari tahu penyebab gangguan perilaku tersebut. Apakah karena adanya nyeri fisik akibat luka atau ada hubungannya dengan depresi. Penanggulangan gangguan perilaku pada demensia dapat dilakukan melalui metode non-obat ataupun dengan obat. Terapi non-obat dilakukan sebelum terapi obat. Jika masalah yang dihadapi tidak berat, terapi non-obat sudah dapat memproses penyembuhan.

Membicarakan demensia juga menyangkut variasi gejalanya yang secara umum dibedakan menjadi dua macam, demensia kortikal dan demensia subkortikal (Obler & Gjerlow, 2000).

- **Demensia kortikal (Alzheimer's dementia)**

Pada demensia ini terjadi perubahan sel pada struktur kortikal otak yang terlihat dalam gambar berikut:





Penderitanya setidaknya menunjukkan tiga dari empat gejala berikut:

- Mengalami kesulitan berbahasa
- Mengalami gangguan memori
- Bermasalah dalam melakukan sesuatu yang sebelumnya dapat dilakukan dengan mudah dengan menggunakan pengetahuan yang dimilikinya (misal mengeja 'mobil' secara terbalik)
- Perubahan sikap, mudah marah, suka bertengkar

Pada saat diuji dengan menceritakan peristiwa dalam gambar, penderita Alzheimer's dementia menunjukkan hasil yang sama dengan penderita afasia Wernicke, yaitu muncul kesulitan mengaitkan antara kemampuan sintaksis dan semantik karena kalimatnya tidak mengkomunikasikan makna, pengetahuannya

maupun kemampuan logikanya.

Perubahan struktur sel kortikal yang mengakibatkan lesi pada lobus temporalis dan frontal, mempengaruhi kemampuan bahasa Alzheimer's dementia. Kalimat yang dihasilkannya sama sekali tidak kohesif dan topiknya melenceng, merepitisi beberapa kata tanpa makna, mirip dengan kalimat yang dihasilkan penderita afasia Wernicke. Hal ini sebagaimana yang dilaporkan Baylez & Kaszniak (dalam Obler & Gjerlow, 2000: 95) berikut:

No, for goodness sake. What is you doing? Coming home from a story, or playing? My parents is has a present for you....Ah, your parents has the house-cleaning. Timmy. We, we, no. Running out at three, then, the car wash, they, uh, fill, four, happy everyone, then can come back again.

- **Demensia subkortikal (Parkinson's dementia)**

Simptom demensia subkortikal muncul pada sepertiga penderita Parkinson. Selain mengalami kesulitan berjalan dengan stabil, penderitanya mengalami kesulitan berbicara. Suaranya terdengar berbisik dan sulit dipahami. Hal ini karena perubahan struktur sel pada hampir seluruh jaringan subkortikal yang mempengaruhi kemampuan berbicara dan sistem organ wicara. Penderita menunjukkan kesulitan mengartikulasikan

bunyi sebagaimana penderita disatria. Kerap dijumpai pula kesulitan menulis atau disgrafia sehingga muncul mikrografia atau kecenderungan menulis dengan huruf yang sangat kecil dengan jeda yang tidak tepat. Hal ini disebabkan hilangnya kontrol otot.

Pada sepertiga penderita Parkinson terjadi pula perubahan kognitif yaitu bermasalah dalam memori dan menggunakan pengetahuan yang dimiliki. Adapun kemampuan linguistiknya juga terpengaruh, misalnya menghilangkan akhiran kata, salah memilih kata, dan tidak bisa mengingat kata-kata yang diperdengarkan sebelumnya.

2. Huntington's Disease

HD merupakan kelainan genetik **neurogeneratif progresif** yang mengakibatkan kemunduran motorik, kognitif dan kejiwaan. Satu dari sepuluh ribu orang dapat terjangkit HD. Ada 2 macam HD yaitu yang umumnya muncul di usia 35-42 tahun dan yang terjadi pada masa anak atau remaja. Ditemukan tahun 1872 oleh George Huntington, identifikasi HD nampak dari hilangnya kemampuan sebagai berikut:

- berjalan (mengendalikan koordinasi motorik),
- berbicara (mengekspresikan pikiran),
- mengingat (memori dan persepsi), dan
- kemandirian (membutuhkan perawatan).

Sebelum kemampuan motoriknya menghilang, terdapat beberapa simptom yang mengindikasikan HD seperti:

- Perubahan perilaku: perilaku antisosial, berhalusinasi, mudah marah, paranoid, gelisah, tidak bersemangat.
- Gerakannya tidak normal: menggerakkan kepala untuk menggantikan gerak mata, mimik muka meringis, gerakan lamban tidak terkontrol, gerakan lengan dan tungkai menghentak, keseimbangan sering goyah.
- Pikun: hilang memori, tidak bisa mengambil keputusan, penurunan kemampuan bicara, perubahan kepribadian dan sering bingung.
- Gejala lain: stress, cemas, tegang, sulit menelan (*dysphagia*), gangguan berbahasa
- Gejala pada anak: kaku, gerakan pelan, gemetar.

Selain beberapa gejala di atas, komplikasi yang sering menyertainya antara lain:

- Tidak mampu merawat diri sendiri
- Tidak mampu berinteraksi
- Melukai dirinya sendiri atau orang lain
- Beresiko tinggi terinfeksi
- Depresi

Kompleksitas di atas menyebabkan rentang usia

penderita HD hanya bertahan hingga 10-25 tahun sejak diagnosa HD ditegakkan. Dari karakteristiknya dapat dikatakan bahwa penderita HD memiliki kompleksitas kelainan layaknya gabungan antara Alzheimer, Parkinson dan Schizophrenia secara bersamaan (Dugdale, 2009).

Adapun **masalah komunikasi** yang dialami individu HD bervariasi antar penderitanya, antara lain:

- Lemahnya otot dan tidak terkoordinasinya organ wicara seperti bibir, lidah, dan tenggorokan (disatria)
- Kacauanya gerak otot wicara (apraksia)
- Berkurangnya kendali bicara (terlalu cepat atau lambat)
- Kualitas suara buruk (parau, mendesah, volume suara terlalu rendah atau tinggi)
- Bermasalah dalam koordinasi nafas dan suara
- Kesulitan menemukan kata dalam memori
- Ujaran pendek, hanya terdiri satu atau dua kata
- Pelafalan tidak tepat
- Tidak dapat memulai percakapan
- Saat bicara sering terhenti pada kata atau frasa tertentu dan terus mengulangnya
- Membeo kalimat/ekolalia
- Kesulitan secara pragmatik (tidak bisa berganti giliran dalam percakapan, kesulitan mengembangkan topik

pembicaraan)

- Tidak mampu berbicara
- Kesulitan mengawali kata atau kalimat, repetisi bunyi (gagap)
- Kesulitan memahami informasi
- Kesulitan baca tulis

3. Schizophrenia

Sisofrenia adalah gangguan berbahasa akibat gangguan berpikir. Penyandang sisofrenia kronis disebut *schizophrenic word salad* yang dapat melafalkan *word-salad* dengan lancar dan volume cukup ataupun lemah sekali. Curah verbalnya penuh dengan kata-kata neologisme. Irama serta intonasinya menghasilkan curah verbal yang melodis.

Seorang penderita sisofrenia dapat berbicara terus menerus. Ocehannya hanya merupakan ulangan curah verbal semula dengan sedikit tambahan atau dikurangi beberapa kalimat. Gaya bahasa sisofren dapat dibedakan dalam beberapa tahap dan kriteria. Yang utama adalah diferensiasi dalam gaya bahasa sisofrenia halusinasi dan pasca-halusinasi.

Sebelum diganggu halusinasi (biasanya **halusinasi auditorik**), bahasa para penderita sisofrenik ini tampak terganggu. Pada tahap awal penyandang sisofrenia



ini mengisolasi pikirannya. Mereka tidak banyak berkomunikasi dengan dunia luar tetapi banyak berdialog dengan diri sendiri. Ekspresi verbal terbatas, tetapi kegiatan dalam dunia bahasa internal (berbahasa dalam pikiran diri sendiri) sangat ramai. Oleh karena itu, gangguan ekspresi verbal sisofrenia tahap awal ini menyerupai mutisme elektif (membisu pada orang-orang tertentu saja). Pada tahap pra-halusinasi ini gaya bahasa verbal dan tulisnya diceraki dengan penggunaan kata ganti “aku” yang berlebihan. Lalu dia mengalami kesulitan dalam mencari kosakata yang tepat.

Pada tahap berikutnya, penyandang malah mendeteksi bahwa kata-kata yang tidak hendak digunakan justru secara tidak sengaja digunakannya. Gangguan ekspresi verbal itu membuat penyandang lebih menarik diri dari pergaulan, sehingga ekspresi verbalnya menjadi sangat terbatas dan jarang. Begitu halusinasi auditorik melandanya yang terganggu sesungguhnya bukanlah gaya bahasanya, melainkan makna curah verbalnya yang abnormal. Apa yang dibicarakan atau dikeluhkan memiliki hubungan dengan halusinasinya. Kemampuan linguistik sisofrenia dibahas secara rinci pada bab selanjutnya.

4. Depresif



Orang yang tertekan jiwanya tampak dari gaya bahasanya dan makna curah verbalnya. Volume curah verbalnya lemah lebut dan kelancarannya terputus-putus dalam interval yang cukup panjang. Namun, arah arus isi pikiran tidak terganggu. Kelancaran bicaranya terputus oleh tarikan napas yang dalam, serta pelepasan napas keluar yang panjang. Perangai emosional yang terasosiasi dengan depresi itu bersifat universal. Curah verbal deprefis diceraki topik yang menyedihkan, menyalahi dan mengutuk diri sendiri, kehilangan semangat bekerja dan gairah hidup, tidak mampu menikmati kehidupan, malah cenderung berupaya mengakhirinya.

Hampir semua orang tumbuh dan berkembang hingga mencapai kompetensi sepenuhnya dalam bahasa ibunya tanpa dipengaruhi keberagaman baik



lingkungannya maupun intelegensinya. Inilah yang membuktikan bahwa bahasa dapat berkembang seiring dengan perkembangan kemampuan berpikir. Konsep yang terkait dengan pernyataan tersebut meliputi kajian tentang *Down Syndrome* dan Autisme yang dibahas secara mendalam pada bagian gangguan berbahasa pada anak-anak.

D. Gangguan Berbahasa secara Psikogenik

Selain karena faktor kognitif sebagaimana dijabarkan di atas, gangguan berbahasa disebabkan segi mental atau psikogenik. Gangguan ini bersifat lebih ‘ringan’ karena itu lebih tepat disebut sebagai variasi cara berbicara yang normal sebagai ungkapan dari gangguan mental. Modalitas mental ini terungkap dari nada, intonasi, intensitas suara, lafal, dan dixsi. Ujaran yang berirama lancar atau tersendat-sendat juga mencerminkan sikap mental si pembicara. **Gangguan psikogenik** ini antara lain sebagai berikut:

1. Berbicara manja

Disebut berbicara manja karena ada kesan keinginan untuk dimanja sebagaimana anak kecil yang membuat perubahan pada cara bicaranya. Fonum [s] dilafalkan [c] sehingga kalimat “sakit sekali susah sembuhnya” menjadi

“cakit cekali cucah cembuhnya”. Gejala seperti ini dapat diamati pada orang tua pikun atau jompo (biasanya wanita). Gejala ini memberikan kesan bahwa struktur bahasa memiliki *substrat serebral*. Namun bagaimana bentuk organisasinya belum masih diteliti.

2. Berbicara kemayu

Menurut Sidharta (dalam Chaer, 2003) istilah kemayu mengacu pada perangai kewanitaan yang berlebihan yang dalam hal ini ditunjukkan oleh seorang pria. Berbicara kemayu dicirikan oleh gerak bibir dan lidah yang menarik perhatian dan lafal yang dilakukan secara menonjol atau ekstra lemah gemulai dan memanjang. Meskipun berbicara jenis ini tidak langsung termasuk gangguan bahasa, tetapi dapat dipandang sebagai *sindrom fonologik* yang mengungkapkan gangguan identitas kelamin.

3. Berbicara gagap



Gagap yaitu berbicara yang kacau, tersendat-sendat, mendadak berhenti, lalu mengulang-ulang suku karta pertama, kakta-kata berikutnya, dan setelah berhasil mengucapkan kata-kata itu kalimat dapat diselesaikan. Penderita gagap kerap tidak berhasil mengucapkan suku kata awal, hanya berhasil mengucapkan konsonan atau vokal awalnya dengan susah payah hingga bisa menyelesaikan kalimatnya. Dalam usahanya mengucapkan kata pertama yang barangkali gagal, penderita gagap menampakkan rasa letih dan kecewanya.

Penyebab gagap belum diketahui secara tuntas. Namun, hal-hal yang dianggap berperan misalnya:

1. Faktor ‘stress’;
2. Pendidikan anak yang terlalu keras dan ketat, serta tidak mengijinkan anak berargumentasi atau membantah;
3. Adanya kerusakan pada belahan otak (hemisfer) yang dominan;
4. Faktor neurotik familial

Dulu gagap dianggap terjadi karena adanya pemaksaan untuk menggunakan tangan kanan pada anak-anak yang kidal. Namun, kini anggapan tersebut tidak dapat dipertahankan. Gagap termasuk **disfasia ringan** yang lebih sering terjadi pada kaum laki-laki daripada perempuan, dan lebih banyak terjadi pada golongan

remaja daripada orang dewasa. Penjelasan mengenai gagap akan dibahas lebih lanjut pada bab berikutnya.

4. Berbicara latah

Latah atau *ekolalia* yaitu perilaku membeo atau menirukan ucapan orang lain. Ini merupakan sindrom yang terdiri atas *curah verbal repetitif* yang bersifat jorok (*koprolalla*) dan gangguan lokomotorik yang dapat dipancing. Kata-kata jorok yang ditiru cenderung berorientasi pada alat kelamin laki-laki. Yang sering dihinggapi sindrom ini adalah wanita berumur 40 tahun ke atas. Timbulnya latah ini berkorelasi dengan kepribadian histeris.

E. Gangguan Berbahasa secara Linguistik

Yang dimaksud dengan gangguan berbahasa secara linguistik yaitu ketidakmampuan dalam pemerolehan dan pemrosesan informasi linguistik. Di atas telah disinggung gangguan berbahasa yang berkembang dari kelainan sejak lahir. Kelainan ini dapat berimbas pada beberapa hal berikut:

1. Masalah kefasihan.

Pada sebagian penutur, masalah ini lebih banyak bersifat psikologis, misalnya yang terjadi pada orang yang gagap dan latah. Pada penutur lain masalah ini bersifat fisiologis, menyangkut kesalahan formasi dan pengolahan organ artikulasi (seperti mulut, lidah, langit-

langit, pangkal tenggorok dll.).

2. Masalah bahasa **tulis (Aleksia/Disleksia)**.



Masalah ini dialami oleh penyandang aleksia. Aleksia atau yang lebih populer disebut disleksia merupakan gangguan berbahasa yang menyebabkan kesulitan membaca, menulis, atau mengolah informasi linguistik secara tertulis. Gangguan ini jika terjadi pada orang dewasa timbul sebagai akibat kerusakan pada jaringan otak yang sangat menentukan kemampuan membaca, menulis dan mengeja. Kerusakan tersebut selain disebabkan masalah tumbuh kembang dapat terjadi karena penyumbatan pembuluh darah atau stroke, kecelakaan, trauma kepala, adanya tumor otak atau efek pembedahan otak. Gangguan dalam membaca dan menulis disebut disleksia, sedangkan gangguan mengenali tulisan disebut agrafia. Gangguan ini dapat bersifat

sementara ataupun permanen dan dapat diderita oleh segala usia. Untuk menghilangkan gangguan tersebut harus diawali dari pemulihan kerusakan jaringan otak.

Berdasarkan jenis kesulitan yang dialami penyandangnya khusunya pada orang dewasa, disleksia terbagi menjadi beberapa jenis berikut:

1. **Aleksia agrafia** dengan karakteristik sebagai berikut:
 - Penderita mengalami kesulitan melabel benda. Sebagai contoh mengetahui bahwa pensil fungsinya untuk menulis tetapi tidak dapat menyebut kata 'pensil'
 - Dapat berbicara spontan namun seringkali membuat kesalahan. Contoh: *melari* untuk kata *lemari*
 - Tidak mampu membaca sehingga tidak mampu menulis apapun
 - Juga disebut dengan istilah sindrom Gerstmann
 - Kerusakan jaringan otak terdapat pada lobus parietalis di sisi kiri otak
 - Penderita kebingungan membedakan angka 3 dan 8, kiri dan kanan (*right-left disorientation*)
 - Sulit berhitung / akalkulia, untuk penghitungan sederhana pada awalnya bisa namun berikutnya untuk penjumlahan dan pengurangan tidak mampu dilakukan.
 - Pada beberapa penderita juga mengalami *finger agnosia*, yaitu kesulitan mengenali jari-jari

- Penderita bisa mengalami keterbatasan pandangan akibat penyempitan lapangan pandang sebelah kiri atau gangguan persepsi ruang (*unilateral spatial neglect*). Akibatnya penderita sering membentur benda yang berada di sisi kirinya atau mengabaikan benda-benda yang berada di lapangan pandang kirinya. Kelainan ini juga dapat dikenali dengan menyuruh penderita membuat gambar yang simetris dan dia akan menghilangkan sisi kiri dari gambar tadi. Misalnya disuruh membuat gambar jam, maka hasilnya ialah sebuah gambar jam yang angka-angka 8, 9 dan 10 tidak tergambar (Kusumoputro & Sidiarto, 1984).

2. Aleksia murni tanpa agrafia

- Terjadi akibat kerusakan pada lobus osipitalis atau pada jaringan yang berada di *medial temporal* yang berfungsi untuk mengenali warna
- Penderita dapat berbicara normal tetapi tidak mampu melabel warna meskipun dapat mengenali perbedaan antar warna sehingga bukan termasuk buta warna
- Dapat menulis secara utuh namun tidak mudah membacanya. Hal ini karena adanya kelainan pada pandangan mata kanan. Mata kanan hanya dapat melihat sepanjang objek
- Terjadi hilangnya memori jangka pendek. Meskipun memori ini dapat kembali namun membutuhkan

waktu lama

- Terjadi gangguan sensorik dan motorik, terkadang penderita bisa merasakan panas atau dingin terkadang tidak bisa

Hilangnya kemampuan baca-tulis karena cidera otak pertama kali ditemukan 2000 tahun yang lalu. Pada penutur multilingual, alexia murni tidak menghilangkan seluruh kemampuan baca tulisnya.

Hinshelwood menemukan bahwa seorang warga Inggris yang terserang stroke pada usia 34 tahun kehilangan kemampuan baca tulis dalam bahasa Inggris, namun dalam bahasa Latin dan Prancis masih bisa meskipun tidak lancar, adapun dalam bahasa Yunani sama sekali hilang. Penguasaan bahasa ibunya (bahasa Inggris) dan bahasa asing yang pernah dipelajarinya (bahasa Prancis, Yunani dan Latin), secara lisan tidak mengalami hambatan sedikitpun (dalam Obler & Gjerlow, 2000).

Dalam perkembangan kajian mengenai alexi murni ditemukan beberapa variasi hilangnya kemampuan baca-tulis. Beberapa kasus menunjukkan kemampuan mengenali huruf-huruf namun tidak dapat membaca rangkaianya. Kasus lain menunjukkan kemampuan membaca suku kata saja tetapi tidak bisa membaca perkata (yang disebut **aleksia literal**). Ada pula yang

tidak dapat membaca huruf tetapi dapat mengenali angka dengan mudah.

Berbeda halnya dengan aleksia murni di Cina dan Jepang. Pada bahasa Cina setiap simbol mewakili makna satu kata (logografis) sehingga penyandang aleksia murni kesulitan membaca dan memaknainya. Pada bahasa Jepang ortografinya lebih kompleks, terdiri dari huruf ‘kanji’ yang merepresentasikan kata dan ‘kana’ yang berfungsi membentuk suku kata dan kata serapan. Penyandang aleksia murni akan menemui kesulitan pada salah satu jenis ortografi, kanji atau kana saja (Obler & Gjerlow, 2000).

3. Aleksia afasia

- Ciri yang menonjol yaitu kesulitan berbahasa sehingga kemampuan membaca dan menulis terkendala
- Ketika berbicara sering keliru dan tidak dapat dipahami orang lain
- Biasanya disertai dengan gangguan sensori dan kelumpuhan di sisi kanan
- Berbeda halnya dari aleksia agrafia dan aleksi murni, penderita aleksi afasia tidak mengalami penyempitan lapang pandang kanan. Namun gerakan bola matanya tidak beraturan

Selain pembagian jenis disleksia di atas, berdasarkan area kerusakan otak yang dialami penderitanya, disleksia

dapat dibedakan yaitu disleksia fonologis, disleksia luar dan disleksia perkembangan.

Disleksia fonologis terjadi pada penderita kerusakan otak di sekitar jaringan penghubung lobus parietalis, lobus oksipitalis dan lobus temporalis. Akibatnya penderita mengalami kesulitan membaca secara fonetis, artinya dia hanya mampu membaca suku kata yang pernah dikenalinya sebelum kerusakan otak tersebut terjadi. Dia tidak dapat mengenali kata-kata baru.

Disleksia luar terjadi apabila penderita dapat membaca secara fonetis tetapi mengalami kesulitan membaca kata-kata secara utuh. Suku kata dengan ejaan yang sederhana lebih mudah dibaca daripada suku kata dengan ejaan khusus. Misalnya membaca *ri-da* akan lebih mudah daripada membaca *rin-dang*

Disleksia dalam terjadi berlawanan dengan disleksia luar, penderita tidak dapat membaca secara fonetis namun dapat membedakan antara kata dan bukan kata yang tulisannya mirip (contoh: *leua* dan *lena*). Dalam membaca kata ditangkap secara utuh sehingga menimbulkan kesalahan semantik yang menarik, contohnya kata ‘orchestra’ dibaca nyaring ‘symphony’. Dalam membaca kata dengan imbuhan juga cenderung menghilangkan akhiran karena hambatan visualnya

(Obler & Gjerlow, 2000). Pada bahasa dengan logografis seperti bahasa Cina, lebih umum ditemukan disleksia dalam.

Disleksia perkembangan terjadi pada anak-anak yang meskipun memiliki tingkat intelejensi normal kemampuan membacanya terkendala. Ciri-ciri disleksia ini mirip dengan disleksia luar yang diderita orang dewasa. Penyebabnya yaitu perkembangan yang tidak normal pada korteks serebral khususnya pada kawasan yang mempengaruhi perkembangan berbahasa di hemisfer kiri. Penjelasan mengenai disleksia pada anak-anak akan dibahas pada bab selanjutnya.

Secara umum penyandang disleksia mengalami kesulitan pada area kognitif tertentu – termasuk membedakan kiri/kanan, barat/timur; juga konsep waktu seperti hari, tanggal, bulan, tahun; serta pengolahan secara matematis. Ada indikasi bahwa disleksia diwarisi secara genetis. T.R Miles, peneliti disleksia berkomentar:terdapat anomali perkembangan yang berimbang pada ketidakseimbangan keterampilan. Anomali ini kadang-kadang, tapi tidak selalu, dihasilkan dari faktor keturunan. Kemampuan berlogika tidak terpengaruh, dan pada bidang tertentu misalnya kesenian banyak yang justru berbakat. Meskipun demikian, kelemahannya selalu muncul pada usia 3 tahun di saat mulai terlibat

Gangguan Berbahasa

dalam bahasa lisan dan pada saat anak tersebut harus mulai mengenal tulisan.

Kesulitan membaca di atas bersumber dari perbedaan struktur otak yang disebabkan oleh kerusakan atau ketidaksempurnaan perkembangan otak. Dewasa ini makin banyak penelitian yang mengkaji hal ini. Mengingat fleksibilitas otak yang mampu berubah melalui latihan yang efektif, terapi bagi penyandang disleksia merupakan harapan baru bagi kesembuhannya untuk mengatasi kesulitan membaca dan berbahasa.

BAB IV

RAGAM GANGGUAN BERBAHASA KHUSUS (AFASIOLOGI)

Bab ini menjelaskan mengenai afasiologi yang diawali dengan tinjauan neurolinguistik dalam mekanisme dan pemrosesan bahasa. Selanjutnya ragam gangguan berbahasa dibahas secara rinci sesuai dengan jenis lesi atau kerusakan yang dialami.

A. Tinjauan Neurolinguistik

Istilah Neurolinguistik dan Afasiologi merupakan isu baru dalam dekade terakhir yang mengkaji dan menguraikan relasi antara bahasa dan otak. Teknik dan konsep yang berkontribusi pada dua kajian tersebut diantaranya dari perspektif linguistik, psikolinguistik, neuroatonomi, kecerdasan buatan, dan bidang medis (Caplan, 1998). Seluruhnya mengarahkan pada temuan

Gangguan Berbahasa

mengenai gangguan berbahasa yang bertujuan pada pemahaman yang lebih komprehensif tentang relasi bahasa dan otak.

Pada awalnya hubungan antara bahasa dan otak ditengarai dari adanya kerusakan pada otak yang mempengaruhi kemampuan berbahasa. Hal ini dikemukakan oleh Edwin Smith, ilmuwan Amerika, yang menemukan lembar papirus pada tahun 1862 yang menyebutkan adanya 48 kasus yang terjadi pada tahun 3000 SM. Kasus ke-22 menjelaskan tentang kerusakan otak akibat cidera kepala yang mengakibatkan hilangnya kemampuan berbicara. Inilah yang kemudian disebut afasia dan disatria, ketidakmampuan mengartikulasikan ucapan akibat gangguan neuromotorik organ wicara (Gleason & Ratner, 1998).

Perihal bagaimana otak manusia menghasilkan dan memproses bahasa dikaji dalam neurolinguistik. Dalam hal ini yang perlu diangkat bukan hanya perbedaan pengaruh otak kanan dan otak kiri pada perilaku manusia, melainkan bagaimana secara anatomis hemisfer kanan dan kiri bekerjasama dalam mengolah informasi kebahasaan. Inilah yang menjadi fungsi utama *corpus callosum* yang menjadi panel penghubung kedua sisi hemisfer (Schovell, 2004).

Dalam perkembangan neurolinguistik, menurut

Caplan (1998) terdapat beberapa pandangan yang memperkaya analisa gangguan berbahasa yang menjadi fokus linguistik afasiologi. Pandangan tersebut antara lain:

1. Argumen linguistik dan psikolinguistik mengenai struktur syaraf.

Relasi bahasa dan otak diawali dengan temuan Sigmund Freud mengenai makna kata yang menyangkut hubungan spesifik modalitas ganda sehingga melibatkan wilayah bahasa yang luas di otak. Temuan tersebut ditindaklanjuti Carl Wernicke yang menyimpulkan bahwa pencitraan sensorik mengenai suatu kata muncul secara alamiah pada saat menghasilkan tutur yang juga melibatkan refleks auditori hingga reflek motorik. Argumen ini terus dikembangkan oleh linguis kontemporer terkait dengan keunikan susunan syaraf manusia pada wilayah kebahasaan yang tidak dapat ditemukan pada struktur otak spesies lain.

2. Argumen struktur dan fungsi syaraf terkait dengan hakikat bahasa dan proses syaraf kebahasaan

Menindaklanjuti pendapat Wernicke, Jackson mengembangkan konsep hirarki struktur syaraf kebahasaan dan menghubungkannya dengan ketidakmampuan menggunakan bahasa secara bermakna, sesuai, fleksibel dan inovatif. Analisa lebih jauh mengenai permasalahan



umum neuropsikologi bahasa juga dilakukan oleh A.R. Luria. Menurut temuannya, lesi pada wilayah kebahasaan di otak menyebabkan hilangnya aspek predikatif dan fungsi dinamis kata-kata.

3. Argumen struktur paralel

Argumen ini menggabungkan dua pemikiran di atas. N. Geschwind menyatakan bahwa penamaan objek berhubungan dengan kerja lobus parietal otak manusia. Pada spesies lain, asosiasi antara objek dan labelnya diolah dalam lobus limbik yang berfungsi utama pada pemenuhan kebutuhan fisik seperti lapar-haus. Adapun pada manusia, stimuli kortikal berasosiasi dengan auditori dan visual sehingga kemampuan linguistiknya sangat kompleks.

4. Hasil analisis penyakit pada otak

Saat ini, hubungan antara bahasa dan otak makin menguat dengan adanya temuan empirik mengenai hasil analisis penyakit pada otak. Hal ini juga menjelaskan gangguan bahasa yang muncul berdasarkan perbandingan antara ketidaknormalan struktur otak dan kesulitan berbahasa yang terjadi.

Cidera pada otak berakibat fatal terhadap perkembangan dan kemampuan berbahasa. Adanya kelainan dalam sistem otak yang kompleks dipelajari dalam relasi neuroopatologi dan gangguan komunikasi.

Gleason & Ratner (1998: 70) menjelaskan bahwa terdapat penyebab lesi pada otak yang tidak saja disebabkan trauma tetapi juga karena adanya penyakit *cerebrovascular*. Penyakit tersebut membunuh jaringan saraf dan memotong aliran darah ke otak yang sejatinya membutuhkan suplai glukosa dan oksigen. Penyakit lain seperti tumor dan *hydrocephalus*, menggerogoti jaringan syaraf sehingga fungsinya terganggu. Adapun *multiple sclerosis* mengikis lapisan *myelin* pada otak sehingga hubungan antar syaraf terganggu. Penyakit Huntington dan Parkinson (lihat penjelasan pada bab sebelumnya) juga mengakibatkan ketidaksinkronan hubungan antar syaraf. Relasi antara neuropatologi dan gangguan berkomunikasi diringkas dalam tabel berikut:

| Jenis Neuropatologi | Jenis Gangguan Berkomunikasi |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Penyakit <i>cerebrovascular</i> (<i>hemorrhage, aneurysm, arteriovenous malformation</i>) | Afasia, disatria, demensia |
| Penyakit degeneratif (<i>Alzheimer</i>) | Demensia |
| Trauma di kepala | Afasia, disatria, kebingungan berbahasa |
| Parkinson | Demensia, disatria |
| <i>Mutiple sclerosis</i> | Disatria |
| Hidrosefalus | Afasia |
| Tumor | Afasia dan/atau disatria |



| | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Huntington | Demensia dan/atau disatria |
| Ataksia hereditas | Disatria |
| <i>Amyotropic lateral sclerosis</i> | Disatria |
| <i>Myasthenia gravis</i> | Disatria |

Beberapa riset mutakhir makin menguatkan asumsi relasi bahasa dan otak. Salah satunya yaitu kajian mendalam yang dilakukan oleh Herbert dkk. (2002). Ditemukan ketidaknormalan ukuran asimetri korteks otak yang berperan dalam pemrosesan bahasa pada penyandang autisme. Penelitian tersebut membandingkan antara belahan otak atau hemisfer pada 16 remaja pria autisme non-verbal dibandingkan remaja pria normal. Autisme, yang lebih banyak disandang anak laki-laki, mempengaruhi fungsi kognisi, bahasa dan sosial anak, yang dicurigai berpangkal dari ketidaknormalan pola struktur otak. Dengan berakhirnya proses lateralisasi otak pada masa remaja, terjadi asimetri ukuran otak yang berakibat pada dominasi fungsi hemisfer utamanya yang terkait dengan fungsi kebahasaan.

Terjadi kebalikan asimetri antara hemisfer kanan dan kiri pada area Broca. Pada remaja autis area frontal hemisfer kanan lebih besar 27%, sedangkan pada remaja normal area frontal hemisfer kiri justru lebih besar 17%.

Adapun pada area Wernicke juga menunjukkan perbedaan yang signifikan. Pada remaja autis area posterior hemisfer kanan lebih besar 39%, sedangkan pada remaja normal area tersebut hanya lebih besar 2%. Perbedaan volume otak juga mempengaruhi sirkulasi darah pada serebral terkait dan berimbang pada mekanisme koordinasi stimuli kebahasaan.

Ketidaknormalan struktur dan volume hemisfer berakibat pada gangguan berbahasa dan berkomunikasi yang menjadi hambatan utama penyandang autisme dan *Specific Language Impairment*. Bahkan pada individu dewasa penyandang Asperger Syndrome yang termasuk *high functioning autism*, hal ini berimbang pada kemampuan sosialnya. Asimetri hemisfer yang tidak normal menyulitkan fungsi-fungsi kebahasaan berikut:

- **Fungsi pragmatik** (penggunaan bahasa yang sesuai dengan konteks sosial, memperhatikan kebutuhan lawan bicara)
- **Fungsi semantik** (memaknai berbagai ragam kata sesuai konteks)
- **Fungsi fonologis** (penggunaan prosodi yang sesuai seperti intonasi yang tepat untuk menyampaikan maksud yang berbeda)
- **Fungsi komunikasi non-verbal** (kemampuan membaca mimik muka lawan bicara dan memanipulasi

ekspresi wajahnya untuk menyampaikan pesan dalam konteks sosial yang bervariasi)

B. Afasiologi

Gangguan berbahasa dapat bersifat lebih kompleks daripada sekedar gangguan berbicara sebagaimana yang dijelaskan pada bab sebelumnya karena gangguan ini melibatkan kesulitan berkomunikasi dan penyandangnya mengalami kegagalan menerapkan kemampuan bahasa yang pernah diperolehnya. Pemerolehan bahasa yang merupakan proses serebral yang menyangkut proses ekspresi verbal dan komprehensi auditorik, membutuhkan kesempurnaan kinerja neuron atau sel syaraf dalam otak. Proses rumit yang dilakukan neuron meliputi penyimpanan masukan linguistik dan mengeluarkan kembali masukan tersebut, serta mengalihkan konsep linguistik yang tersimpan dalam bentuk kode ke dalam bentuk ekspresif saat berkomunikasi dengan orang lain.

Proses di atas dalam neurologi termasuk **fungsi luhur** atau **fungsi kortikal** yang meliputi fungsi bahasa, persepsi, memori, emosi dan kognitif. Dengan mengetahui gangguan fungsi tersebut, maka gejala elementer yang muncul dapat dipergunakan untuk menetapkan adanya kerusakan di otak. Kerusakan tersebut selain diketahui dari observasi klinis juga melalui tes psikometrik (contoh:

Raven's Progressive Matrices). Sebagai tahap terakhir pemeriksaan untuk mengetahui gangguan bahasa perlu dilakukan tes afasia (contoh: *Token Test*) yang melibatkan ahli bina wicara (Kusumoputro & Sidiarto, 1984).

Afasiologi merupakan kajian tentang afasia dan perkembangannya yang menjelaskan jenis-jenis gangguan berbahasa akibat kerusakan di hemisfer kiri yang bertanggung jawab dalam pemrosesan bahasa yaitu khususnya pada area Broca dan Wernicke.

Gangguan berbahasa tidak semata-mata terjadi akibat adanya lesi pada hemisfer kiri. **Dominasi hemisfer** juga dapat mempengaruhi proses pemerolehan bahasa pada anak. Doman menemukan bahwa bahasa berfungsi pada hemisfer yang dominan, ketidakmampuan untuk mengendalikan organ juga berpengaruh terhadap kegiatan yang terkait kebahasaan, termasuk menyimak, berbicara, membaca dan menulis. Artinya, supaya efisien anak yang kidal lebih dominan menggunakan tangan kiri, kaki kiri, telinga kiri, dst. Demikian pula pada anak yang cenderung menggunakan bagian tubuhnya sebelah kanan. Proses penentuan dominasi ini terjadi hingga usia enam tahun (dalam Bogdashina, 2005).

Pada anak dengan gangguan tumbuh kembang dapat terjadi **kekacauan dominasi hemisfer**. Anak menerima informasi pada satu sisi hemisfer tetapi

disimpan di hemisfer yang lain yang kemudian tidak dapat diakses kembali.

Kekacauan dominasi hemisfer dan alur akses informasi akibat gangguan tumbuh kembang disebabkan terlambatnya **proses lateralisasi serebral**. Hal ini kerap terjadi pada penyandang spektrum autisme. Anak-anak autis mengalami **masalah integrasi hemisfer kanan-kiri**. Apabila pada kebanyakan orang pemrosesan bahasa dapat terjadi secara langsung, pada anak autis hal ini membutuhkan upaya yang sangat keras. Dari hasil proses berpikir diubah menjadi tutur verbal adalah hal yang sulit sehingga perlu strategi kompensasi.

Salah satu **strategi kompensasi** yaitu dengan membeo atau meniru tutur orang lain yang dihapalkan anak. Contoh: Alex bertanya kepada ibunya, “Mau kentang goreng?” dengan maksud bukan menawari kentang pada ibunya tapi dia menunggu respon balasan dari ibunya dengan pertanyaan yang sama. Ketika ibunya merespon “Oh, Alex mau ibu ambilkan kentang goreng?”. Alex pun langsung menjawab “Ya.” (Bogdashina, 2005: 150). Alex gagal menyimpan informasi bagaimana meminta sesuatu tetapi yang diingat adalah kalimat menawarkan sesuatu.

C. Jenis-jenis Afasia

Secara garis besar afasia terbagi menjadi ketidakmampuan ekspresif atau afasia motorik dan ketidakmampuan reseptif atau afasia sensorik. Adapun beberapa varian afasia secara rinci dijelaskan berikut ini.

1. Afasia Motorik

Kerusakan pada lapisan permukaan daerah Broca (**lesi kortikal**), atau lapisan bawah daerah Broca (**lesi subkortikal**), maupun daerah antara Broca dan Wernicke (**lesi transkortikal**) dapat menyebabkan afasia motorik sebagai berikut:

a. Afasia motorik kortikal (Afasia Broca)

Penderitanya mengalami kegagalan dalam menggunakan perkataan untuk mengutarakan maksud secara verbal. Sebagai pilihannya penderita dapat menggunakan ekspresi visual berupa tulisan atau isyarat. Adapun kemampuannya dalam memahami bahasa lisan dan bahasa tulisan tidak mengalami kendala.

Kesulitan utamanya adalah dalam berbicara spontan, bicaranya lambat, terbata-bata, monoton, menggunakan kalimat pendek. Meskipun penyimakan bahasa secara umum baik, namun muncul kesulitan memahami kalimat dengan struktur kompleks. Pengulangan kalimat cenderung buruk dan penyebutan nama benda juga buruk. Hal ini disebabkan kerusakan atau lesi di bagian anterior.

Goodglass & Geschwind menjelaskan bahwa penderita afasia Broca berupaya menyelesaikan kalimatnya yang didominasi nomina yang tidak terangkai secara gramatikal (dalam Schovel, 2004: 75). Berikut adalah contoh pada saat menceritakan pertemuannya dengan dokter gigi:

Yes...ah...Monday...er...Dad and Peter H..., and Dad.... er... hospital... and ah... Wednesday.... Wednesday, nine o'clock... and oh... Thursday...ten o'clock, ah doctors... two ... an' doctors... and er... teeth... yah

b. Afasia **motorik subkortikal (Afasia Wernicke)**

Penderitanya dapat memahami bahasa baik verbal maupun visual serta dapat berekspresi secara visual melalui tulisan atau isyarat. Namun kemampuannya menghilang dalam mengeluarkan pikiran dengan perkataan selain dengan cara membeo atau berceloteh tanpa makna yang jelas.

Akibat lesi posterior di otak, penderitanya menunjukkan ciri bicara spontan dengan cepat dan kadang-kadang terlalu cepat namun tak berarti, lagu atau intonasi kalimat baik dan panjang kalimat cukup. Sering memunculkan kata-kata baru atau neologisme. Meskipun nampaknya fasih, penderita sangat buruk dalam menyimak bahasa. Tulisannya jelek. Sama halnya dengan afasia Broca, penderitanya mengalami pengulangan kalimat dan penyebutan nama benda yang juga buruk.

Goodglass & Geschwind menjelaskan bahwa penderita afasia Wernicke dapat menyusun frasa dan klausa kohesif namun tidak muncul koherensi dan kejelasan tujuan komunikasinya (dalam Schovel, 2004: 75). Hal ini nampak dalam contoh berikut ketika penderita diminta menceritakan gambar keluarga di dapur:

Well this is... mother is away here working her work out o'here to get her better but when she's looking, the two boys looking in the other part. One their small tile into her time here. She's wokring another time because she's getting too...

c. **Afasia motorik transkortikal (Afasia konduksi)**

Penderitanya mengalami gangguan dalam menghubungkan antara pengertian bahasa dan ekspresi bahasa. Misalnya penderita diminta mengambil pulpen, dia akan mampu mengenali benda tersebut dan mengambilnya. Tetapi bila diminta melabel nama benda tersebut, perkataan yang muncul bukan pulpen melainkan "tu, tu, tu, tulis". Demikian juga jika diminta mengambil kursi dan menyebut nama benda yang diambilnya tersebut, maka yang muncul "du, du, duduk". Kegagalan dalam hal leksikon ini juga disebut afasia nominatif.

Penderita dapat berbicara dengan fasih, penyimakan dan penyebutan nama tidak terhambat, hanya mengalami kesulitan dalam pengulangan kalimat. Ini disebabkan

cidera pada jaras antara wilayah Broca dan Wernicke.

2. Afasia Sensorik

Penderitanya mengalami kehilangan pengertian bahasa lisan dan bahasa tulis. Namun dia masih dapat mengupayakan curah verbal dengan membentuk kata-kata baru yang bisa jadi tidak dipahami oleh dirinya sendiri maupun orang lain. Kata-kata baru tersebut muncul tidak beraturan karena tidak mirip atau sesuai dengan perkataan bahasa apapun. Bahasa baru atau perkataan yang asing tersebut merupakan neologisme bertolak dari ketidakmampuan memahami apa yang didengar maupun apa yang diucapkannya sendiri.

Gangguan ini sangat kompleks karena adanya kerusakan pada leksikortikal yang merupakan kawasan asosiatif antara visual, sensorik, motorik dan pendengaran. Tidak hanya mengalami kesulitan mendengar tapi pengertian dari yang dilihatpun terganggu. Pada penderita dengan pengertian visual yang tidak terlalu parah masih dapat diupayakan berkomunikasi secara non-verbal melalui media gambar yang sederhana.

3. Afasia Nominal (Anomik)

Penderita dapat berbicara secara spontan dan lancar. Kemampuan menyimak dan mengulang kata juga baik. Hanya bermasalah dalam penyebutan nama benda. Pada afasia jenis ini, penderita tidak mempunyai

letak lesi yang tetap di otak.

4. Afasia Global

Penderita mengalami kesulitan yang kompleks akibat kerusakan pada seluruh hemisfer kiri. Buruk dalam berbicara spontan atau tidak fasih, tidak dapat menyimak dan mengulang kalimat. Sangat buruk dalam penyebutan nama benda.

Obler & Gjerlow (2000: 40) meringkas simptom afasia di atas dalam tabel berikut:

| Afasia | Produksi bahasa | Pemahaman | Pengulangan kata | Pelabelan | Lesi/cidera di otak |
|------------------------|-----------------------------------------------|-----------|------------------|----------------|--------------------------------------|
| Broca | tidak fasih | Baik | Buruk | Buruk | anterior |
| Wernicke | Fasih | Buruk | Buruk | Buruk | posterior |
| Konduksi | Fasih | Baik | Buruk | Buruk | <i>arcuate fasciculus</i> |
| Anomik | fasih, substitusi kata yang dimaksud | Baik | baik | Buruk | tidak menetap/di segala posisi |
| Global | tidak mampu | Buruk | buruk | Buruk | luas |
| Motorik transkortikal | sedikit | Baik | baik | tidak buruk | diluar lobus frontal |
| Sensorik transkortikal | Fasih | Buruk | baik | Buruk | diluar lobus parietalis |

5. Afasia pasca stroke

Afasia atau gangguan ekspresi verbal dan nonverbal sering dijumpai pada penderita stroke. **Stroke** adalah gangguan peredaran darah di otak yang selain



mengakibatkan gejala kelumpuhan juga berdampak pada cacat bicara apabila stroke menyerang hemisfer kiri. Penderitanya sering mengandalkan komunikasi non-verbal dengan menggunakan bagian tubuhnya (gestural). Sebaliknya, penderita stroke lebih memahami pembicaraan orang lain apabila menggunakan gabungan ekspresi verbal/lisan dengan non-verbal/gestural.



Berbeda halnya apabila stroke menyerang hemisfer kanan. Penderitanya tidak mengalami kesulitan ekspresi verbal. Secara linguistik, ekspresi verbalnya benar namun tuturnya tidak disertai ekspresi nonverbal sehingga bahasanya terkesan monoton, datar, tanpa disertai gerakan tangan, muka atau mata (Cummings, 1985). Perbedaan tersebut karena organisasi serebral yang berbeda. **Hemisfer kiri** berperan pada kemampuan linguistik seperti fungsi fonologis, morfologis, siktaksis

dan semantik. Adapun **hemisfer kanan** lebih berperan pada fungsi pragmatik yang mencakup gestur non verbal, melodi, penekanan suara, mimik muka dan kontak mata.

Penelitian yang dilakukan terhadap penderita stroke hemisfer kiri menunjukkan cacat ekspresi verbal secara fonologis dan leksikal. Adapun cacat gramatiskal dan pragmatis dapat berangsur-angsur berkurang seiring keberhasilan terapi (Sastra dkk, 2001). Cacat fonologis muncul akibat terganggunya efektivitas lidah, kekakuan labial dan bilabial. Kebanyakan konsonan seperti /d, l, s, k, r/ akan berubah menjadi plosif /h/ yang lebih mudah diucapkan. Fonem /p/ menjadi /f/. Pada pengulangan leksikal sering muncul penghilangan akibat terganggunya fungsi koordinasi syaraf baik sensorik maupun motorik. Syaraf sensorik mengantarkan rangsangan dari reseptor ke susunan syaraf pusat. Syaraf motorik yang mengantarkan rangsangan dari susunan syaraf pusat ke efektor atau penggerak pada otot/kelenjar. Akibatnya terjadi pelesapan morfem baik yang berada di awal, tengah ataupun akhir kata.

Selain cacat ekspresi fonologis dan leksikal, muncul gejala **agramatisme** atau struktur kalimat tidak purna bentuk yang terdeteksi dari kesalahan memberi makna pada ujaran yang diberikan. Misalnya: kalimat “ini tidak dimakan ya” direspon dengan tindakan memakan

makanan yang dimaksud, kalimat “belok kanan ya” direspon dengan tindakan berbelok ke kiri. Artinya penderita memahami ujaran dengan lawan kata makna yang dimaksud. Demikian pula dalam penyusunan kata masih sering terjadi pembalikan seperti “nasi-makan-belum-saya” yang diucapkan dengan keterbatasan fonologisnya untuk maksud “saya belum makan nasi”.

Gejala ekolalia kerap muncul, yaitu mengulang suku kata. Berbeda dengan penyandang gagap bicara, ekolalia yang muncul akibat gangguan psikologis dan sering lupa. Apa yang sudah diujarkan seringkali tidak diingat penderita lagi sehingga memunculkan kesalahan penafsiran. Apabila suku kata pertama mengandung konsonan yang sulit diucapkan, pengulangan suku kata akan terjadi berkali-kali dengan diiringi ekspresi non verbal.

6. Afasia pada Bilingual

Pada awalnya diasumsikan bahwa kemampuan linguistik semua bahasa yang diperoleh akan diproses pada jaringan sel otak yang sama sehingga cidera otak akan mengganggu semua bahasa tersebut. Namun demikian hal ini tidak selamanya demikian berdasarkan hasil riset. Afasia pada bilingual memunculkan fenomena yang menarik. Charlton meneliti afasia bilingual pada sembilan penderita yang mengalami gangguan bahasa

yang bersifat paralel, tujuh di antara mereka akhirnya pulih. Paradis melaporkan bahwa lebih dari separuh penderita mengalami gangguan pada semua bahasanya. Apabila pulih diawali dari satu bahasa yang paling sering digunakannya yang kemudian secara bertahap semua bahasa yang dikuasainya akan pulih (dalam Obler & Gjerlow, 2000).

Pada kasus yang lain, pemulihan bahasa pada penderita afasia bilingual tidak selalu paralel karena dipengaruhi faktor kebiasaan. Minkowski menemukan kasus afasia bilingual pasca stroke yang dapat pulih bahasa keduanya (Prancis dan Jerman standar), adapun bahasa ibunya (Jerman Swiss) sepenuhnya hilang. Albert & Obler melaporkan kasus afasia bilingual pada penderita tumor yang fasih dalam bahasa keempatnya (Ibrani), masih sedikit mengingat bahasa pertama (Hungaria) dan keduanya (Prancis), sedangkan bahasa ketiganya (Inggris) hilang. Pada kedua kasus tersebut bahasa yang pulih adalah yang lebih biasa dipakai saat menjelang terjadinya afasia (dalam Obler & Gjerlow, 2000).

Afasia bilingual juga dapat terjadi pada bahasa isyarat. Haglund mengamati afasia bilingual pada seorang wanita yang sebelum terserang sakit kejang menguasai bahasa Inggris dan ASL (American Sign Language) yang didapatnya sejak kecil karena kakaknya tunarungu.

Kemampuannya melabel benda baik dalam bahasa Inggris maupun ASL terganggu. Lesi pada area Broca menyebabkan gangguan berbahasa Inggris dan produksi ASL. Setelah menjalani operasi pada lobus temporalis anterior kemampuan menghasilkan gesture mulai pulih meskipun masih bermasalah sedangkan kemampuan ejakulasi jarinya sedikit terganggu. Hal ini menunjukkan bahwa area lobus temporalis anterior lebih berperan dalam bahasa isyarat daripada bahasa lisan (dalam Obler & Gjerlow, 2000).

7. Afasia Progresif

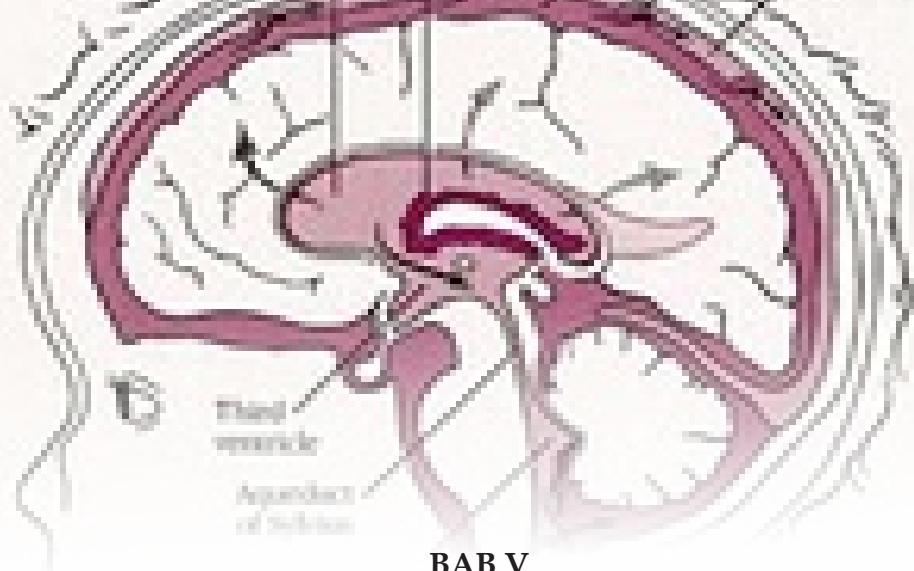
Afasia progresif tidak terjadi sebagai akibat stroke atau cidera otak melainkan muncul akibat **serangan penyakit pada otak**. Gejalanya mirip dengan penderita dementia namun tidak diiringi dengan perubahan kognitif (Obler & Gjerlow, 2000). Dalam berbahasa tidak muncul kesulitan pemahamanan namun menemui kendala dalam menemukan kata-kata yang tepat (*finding words*) dalam senarai kosakata yang tidak lazim dipakai, contoh: disertasi, jarum, musang, dll. Penderita afasia progresif juga kesulitan dalam mengeja secara tepat.

Secara umum afasia memiliki perbedaan yang cukup signifikan jika dibandingkan dengan gangguan berbahasa lainnya sebagaimana yang dikategorikan berikut ini oleh Goorhuis & Schaerlaekens dalam Tiel

(2010):

| Afasia | Gangguan bahasa spesifik <i>(Specific Language) (Impairment)</i> | Gangguan bahasa non-spesifik |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hilang secara tiba-tiba kemampuan bicara dan berbahasa | Perkembangan yang tidak mencukupi (adekuat) dalam perkembangan bicara dan bahasa | Perkembangan yang tidak mencukupi (adekuat) dalam perkembangan bicara dan bahasa |
| Gejala yang menunjukkan adanya cedera otak | Perkembangan yang berbeda namun sesungguhnya masih merupakan perkembangan yang normal | <ul style="list-style-type: none"> • Kurang pendengaran • Retardasi mental • Masalah-masalah neurologik dan psikiatrik anak • Gangguan sosial • Gangguan kesehatan |





BAB V

GANGGUAN BERBAHASA PADA ANAK

Dalam bab ini dijelaskan beberapa faktor pencetus gangguan berbahasa pada anak. Selain itu juga dibahas hambatan belajar sebagai sebab dan akibat adanya gangguan berbahasa pada anak. Secara rinci gejala gangguan berbahasa akan dijelaskan sesuai dengan jenis diagnosa yang ditegakkan.

A. Penyebab Gangguan Berbahasa pada Anak

Pada anak-anak, gangguan berbahasa atau berkomunikasi pada umumnya dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Gangguan berbicara yang disebabkan:

- Masalah artikulasi
- Gangguan bersuara
- Masalah kefasihan

- Afasia karena ketidaksempurnaan perkembangan otak
- Keterlambatan berbicara yang dapat dipicu faktor lingkungan, gangguan pendengaran atau gangguan tumbuh kembang

2. **Gangguan pendengaran** baik parsial maupun total yang jenisnya antara lain:

- Gangguan pendengaran konduktif yang disebabkan oleh suatu penyakit yang mengganggu fungsi telinga bagian luar dan tengah sehingga penyandangnya perlu menggunakan alat bantu pendengaran
- Gangguan pendengaran akibat hilangnya sensor syaraf karena kerusakan sel sensorik di dalam telinga yang berfungsi mengantarkan pesan atau rangsangan suara. Penyandangnya mengalami kendala merespon suara apapun meskipun menggunakan alat bantu pendengaran
- Gangguan pendengaran kompleks akibat rusaknya fungsi pada telinga bagian luar, tengah dan dalam
- Gangguan pusat pendengaran yang terjadi akibat kerusakan pada syaraf atau jaringan otak.

3. **Gangguan akibat kondisi tertentu** seperti:

- Kesulitan belajar yang dapat menjadi sebab maupun akibat gangguan bahasa
- Serebral palsy atau lumpuh otak
- Retardasi atau keterbelakangan mental

- Bibir sumbing

Kesulitan yang dihadapi anak pada saat belajar bicara dapat disebabkan oleh faktor-faktor berikut.

- Keterbatasan pendengaran.
- Keterlambatan perkembangan jaringan otot organ wicara sehingga anak kesulitan menggerakan otot wicara dengan cepat untuk menghasilkan suara.
- Keterlambatan pemahaman bahasa orang dewasa yang perkataannya panjang dan rumit.
- Kurang berinteraksi dengan orang lain.
- Terlalu pasif dalam pergaulan sosial.
- Terlalu mengandalkan komunikasi nonverbal yang efektif diterapkan di rumah tetapi tidak berterima di masyarakat, anak akan malas mencoba menggunakan kata-kata.
- Kurang dipedulikan orang lain karena dianggap sama sekali tidak mampu bicara atau memahami orang lain.
- Ketika ditanya jawabannya sering diwakili orang lain.
- Tidak cukup waktu karena orang lain tidak memberinya kesempatan merespon sementara anak membutuhkan waktu untuk mulai bicara.
- Rangsangan terlalu banyak dalam arti bahasa yang diajarkan terlalu banyak, sama halnya dengan melempar banyak bola pada anak yang sedang belajar menangkap bola.

Gangguan Berbahasa

- Terlalu banyak bahasa formal bukan bahasa komunikatif yang diberikan, misalnya tentang angka dan macam-macam warna yang kurang bermanfaat untuk komunikasi harian.
- Terlalu sering bermain sendiri karena yang dihadapi hanya mainan bukan orang lain.

Lebih jauh, gangguan berbahasa pada anak yang disebabkan gangguan perkembangan neurolinguistik dapat dilihat dalam tabel berikut yang diadaptasikan dari Lenneberg oleh Obler & Gjerlow (2000: 68-69):

| Usia | Perkembangan bahasa normal | Keterangan | Efek cedera/lesi hemisfer kiri |
|-------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| bulan 0-3 | Mongoceh/babbling | Tidak terjadi fungsi lateralisasi | <ul style="list-style-type: none">• 50% kasus tidak muncul efek apapun• 50% perkembangan bahasa lebih lambat |
| bulan 4-20 | Mongoceh membentuk kata | | |
| bulan 21-36 | Pemerasahan struktur bahasa | <ul style="list-style-type: none">• Terjadi pilihan penggunaan tangan (kanan/kiri)• Fungsi bahasa didominasi hemisfer kiri• Bahasa melibatkan seluruh kinerja otak | <ul style="list-style-type: none">• Kemampuan menghilang• Pemerasahan mulai dari awal |

| | | | |
|-------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| tahun 3-10 | Pembentahan gramatika dan perluasan ko- sakata | <ul style="list-style-type: none"> Kedua hemisfer aktif; lesi pada hemisfer kiri/kanan menghambat bahasa Jika hemisfer kiri cidera, fungsi dialihkan ke hemisfer kanan | <ul style="list-style-type: none"> Muncul simtom afasia Dapat pulih total (kecuali kemampuan baca-tulis) |
| tahun 11-14 | Menguasai aksen bahasa kedua/ asing | <ul style="list-style-type: none"> Proses lateralisasi berakhir, umumnya tidak bisa berubah lagi | Simtom afasia tidak mudah hilang, terutama jika mengalami cidera berat |
| Dewasa | Pemerolehan bahasa kedua makin sulit | Bahasa terlateralisasi di hemisfer kiri pada 97% populasi | Simtom afasia menetap apalagi jika tidak ada perubahan dalam 3-5 bulan sejak terjadi lesi |

Disamping penjelasan di atas, menurut Nyiokiktjen dalam Tiel (2010) klasifikasi gangguan komunikasi dan berbahasa pada anak adalah sebagai berikut:

A. *Developmental language disorders (gangguan perkembangan berbahasa)*

1. Hanya mengalami **gangguan ekspresif dengan reseptif normal**, dengan sedikit atau tanpa komorbiditas gangguan lain yang menyertainya (*pure dysphasia*

development atau expressive language disorder menurut DSM IV)

2. **Gangguan campuran antara perkembangan bahasa ekspresif dan reseptif** (*mixed receptive-expressive language disorder DSM IV*). Seringkali terjadi adanya deskrepansi (perbedaan) yang bermakna antara skor tes verbal IQ dengan performasi (non-verbal) IQ, dimana skor verbal IQ mencapai skor yang sangat rendah. Atau non-verbal IQ (performasi) mencapai skor lebih tinggi daripada tes pemahaman bahasa. Pemahaman bahasa lebih rendah daripada rata-rata seusianya, artinya ada gangguan perkembangan bahasa reseptif (*receptive dysphasia*).

1 dan 2 di atas dapat terjadi pada anak yang mengalami gangguan perkembangan bahasa dan bicara. Pada anak-anak dengan gangguan perkembangan bicara dan bahasa ekspresif di saat masih kecil dalam fase belajar bicara, jumlah vokabulari yang dimiliki masih jauh tertinggal dari teman-teman sebayanya, sehingga ia juga mengalami gangguan pemahaman bahasa (semantik) yang menyebabkan rendahnya skor verbal IQ. Tetapi pada anak-anak dengan gangguan perkembangan bicara dan bahasa ekspresif sekalipun saat kecil mengalami gangguan reseptif juga, tetapi ia mempunyai skor perfomansi IQ yang lebih tinggi daripada skor verbal IQ. Skor performasi



IQ mempunyai skor dalam batas normal hingga tinggi. Pada autisme skor verbal IQ yang rendah disertai juga dengan skor performasi IQ yang lebih rendah daripada normal.

B. **Gangguan bahasa reseptif:** diluar *definisi dysphasia development*, karena pemahaman bahasa lebih jelek daripada bahasa ekspresif.

1. Kemampuan reseptif dan ekspresif sangat rendah (terlambat atau tertinggal); seringkali diikuti dengan gangguan nonverbal (mengalami juga keterbelakangan mental). Dalam bentuk yang parah didapatkan *asymbolic mental retardation* atau “*mute autistic*”. Pemahaman bahasa dan bicara sama sekali tak nampak.
2. *Verbal-auditory agnosia* atau *congenital word deafness* (bentuk ringan dari *phonologic perception problem*)
3. *Cortical deafness, total auditory agnosia* (*congenital auditory imperception*).
4. Gangguan sensorik pendengaran yang parah.

C. **Gangguan semantik-pragmatik**

Gangguan bahasa semantik (pengertian) – pragmatik (penggunaan) yang ditunjukkan dengan seringnya memulai bicara dengan membeo atau echolalia.

- D. **Gangguan kelancaran bicara**, atau gagap.
- E. **Mutisme selektif** (tidak mau bicara dalam situasi atau tempat tertentu)
- F. **Miskin bahasa** karena kurang stimulasi
- G. **Gangguan artikulasi** dan gangguan perkembangan bahasa dan bicara, sering disebabkan karena masalah seperti dalam pembagian 1 & 2

Gangguan perkembangan bicara dan bahasa juga muncul karena sebab-sebab lain:

1. *Child-aphasia* (disebabkan karena traumatic, tumor, infeksi)
2. *Landau-Kleffner-syndrom* (gejala mirip pada pembagian B)
3. Kemunduran perkembangan bahasa dan bicara dengan penyebab tak diketahui dengan atau tanpa epilepsi saat tidur dan gangguan nosologi yang tak diketahui penyebabnya, sering juga terjadi pada *Autism Spectrum Disorder* (ASD).

B. Hambatan Belajar pada Anak

Gangguan berbahasa pada anak dapat berimbang pada hambatan belajar (*learning disabilities*). Gangguan berbahasa dan berkomunikasi melibatkan hambatan memahami dan memproduksi bahasa. Kedua hal ini termasuk keluaran dari proses pengolahan informasi,

pesan dan pikiran yang diikuti pemilihan kata-kata yang tepat sehingga penjelasan secara verbal dapat dipahami lawan bicara (Kemp dkk., 2011). Indikasi kesulitan belajar berbasis gangguan bahasa meliputi masalah bahasa verbal seperti kesulitan menceritakan kembali suatu cerita, masalah kefasihan, kesulitan menangkap makna kata, membedakan kelas kata, memahami arahan, dll.

Lebih jauh, hambatan belajar dapat disebabkan ketidakmampuan dalam memproses informasi melalui masukan auditif atau visual. Kemampuan mendengar atau **mempersepsi auditif** mempengaruhi keterampilan bahasa reseptif yang mencakup membaca, menulis dan mengeja. Hal ini karena kesulitan dalam pembedaan bunyi dan memahami konsep dasar baca tulis. Adapun kesulitan **mempersepsi visual** berakibat pada kesulitan membedakan bentuk, menempatkan angka dan huruf, melompati kata, mengira jarak atau lebar bentuk, serta bermasalah dalam koordinasi mata dan tangan. Hal ini termasuk pemrosesan visual yang berperan dalam kinerja motorik kasar dan motorik halus, kemampuan membaca dan matematika. Jenis hambatan belajar diringkas oleh Kemp dkk (2011) dalam tabel berikut:

Gangguan Berbahasa

| | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Dyslexia | Kesulitan memproses bahasa | Bermasalah dalam membaca, menulis, mengeja, berbicara |
| Dyscalculia | Kesulitan dalam berhitung | Bermasalah dalam belajar matematika, membaca jam, menggunakan uang |
| Dysgraphia | Kesulitan menulis | Bermasalah dalam menulis dengan rapi, mengeja, mengelola ide |
| Dyspraxia (Sensory Integration (Disorder | Kesulitan dalam motorik halus | Bermasalah dalam koordinasi mata-tangan, keseimbangan, memandu ketangan-kasan |
| Auditory Processing Disorder | Kesulitan membedakan bunyi | Bermasalah dalam memahami bacaan, berbahasa |
| Visual Processing Disorder | Kesulitan menafsirkan informasi visual | Bermasalah dalam membaca, berhitung, membaca peta, grafik, simbol, gambar |

C. Jenis Gangguan Berbahasa pada Anak

Beberapa jenis gangguan berbahasa dapat terdeteksi sejak masa kanak. Diantaranya yang akan dibahas berikut ini yaitu spektrum autisme, atraksia,



disleksia, gagap, keterlambatan berbicara (*speech delay*) dan *cerebral palsy*. Dewasa ini prevalensi yang sering muncul adalah pada gangguan berbahasa khusus yang disebut keterlambatan bicara, yang disusul dengan prevalensi spektrum autisme.

1. Spektrum Autisme (ASD)

Autisme bukan lagi istilah yang asing terdengar. Istilah ini dikenal sejak 60 tahun yang lalu sebagai gangguan tumbuh kembang anak-anak. Di Indonesia sindrom ini baru mem-*booming* dalam kurun waktu tiga tahun terakhir. Konsentrasi para ahli pun mulai terfokus pada bagaimana mengatasi sindrom ini. Sayangnya, di negara maju pun belum ditemukan terapi yang bisa mengentas dan menyembuhkan sindrom ini selain hanya melalui pemberian suplemen atau obat-obatan yang tidak bisa menjamin ketiadaan efek samping. Sebagaimana dilansir majalah TIME, autisme tidak dapat disembuhkan dan hanya dapat ditanggulangi secara simtomik.

Istilah autisme, menurut Karner penemu sindrom ini (dalam Hembing, 2003) diambil dari istilah Schizoprenia yaitu *Bleuler* yang mengindikasikan gejala berupa kehidupan dalam dunia sendiri tanpa menghiraukan dunia luar. Secara umum pada penyandang autima terdapat problem neurologis yang mempengaruhi pikiran, persepsi dan perhatiannya yang lalu merambat

mempengaruhi perilaku. Dalam etape berikutnya, simptom yang ada akan menghambat dan mengganggu signal pancaindera, sampai membatasi perkembangan anak dalam berkomunikasi, berinteraksi, serta berimajinasi. Kemampuan anak yang terkena sindrom ini terhadap lingkungan dan sosioempirik pun melemah atau bahkan nyaris tidak ada sama sekali.

Diistilahkan spektrum autisme atau *Autism Spectrum Disorder* (ASD) karena terdapat variasi yang sangat beragam antar penyandangnya. Masing-masing memiliki kemampuan, simtoma dan kesulitan yang unik baik dalam hal keterampilan sosial, berkomunikasi dan berperilaku (Smith dkk, 2010). Pada kenyataannya dua anak yang sama-sama didiagnosa autisme dapat menunjukkan perilaku dan kemampuan yang tidak sama.

Anak autis selain tidak responsif terhadap orang lain juga terobsesi dengan kesamaan lingkungan. Artinya, dia sangat kaku dengan rutinitas yang dihadapinya, dia akan marah apabila terdapat perubahan kondisi dari yang biasa dijumpainya.

Ada dua kategori perilaku autisme yaitu perilaku eksesif (berlebihan) dan perilaku defisit (berkekurangan). Yang termasuk **perilaku eksesif** yaitu hiperaktif dan tantrum (mengamuk) berupa jeritan, menyepak, menggigit, mencakar, memukul, dsb. Disini juga sering

terjadi anak menyakiti diri sendiri (self-abuse). **Perilaku defisit** ditandai dengan gangguan bicara, perilaku sosial kurang sesuai (naik ke pangkuan ibu bukan untuk kasih sayang tapi untuk meraih kue), defisit sensoris sehingga dikira tuli, bermain tidak benar dan emosi yang tidak tepat, misalnya tertawa tanpa sebab, menangis tanpa sebab, dan melamun (Handoyo, 2004).

Contoh simtom yang mencirikan autisme diantaranya yaitu: tidak mau melakukan kontak mata; tidak mau berinteraksi; keterbatasan komunikasi; lamban belajar bahasa, hiperaktif; berjalan menjinjit atau berputar-putar; stimulasi diri; suka menggeleng-gelengkan kepala; sensitif terhadap suara tertentu; gangguan metabolisme atau pencernaan dan pola tidur; suka berteriak-teriak sendiri; sering berbicara, tertawa atau menangis sendiri tanpa sebab yang jelas; menggigit-gigit pensil, rambut, kuku, mainan, tepi jilbab atau pakaian; suka memerawang; suka melihat benda yang kecil; ketika mengangkat atau mengambil suatu benda, matanya selalu mendekatinya; menyusun benda secara berbaris, suka menciumi benda, tidak bisa duduk diam; tidak bisa mengordinasi gerakan sendiri; sering melakukan gerakan yang menggunakan tenaga kuat misalnya berlari-lari, menepuk tangan dengan keras; dan lain sebagainya.

Dari seluruh simtom di atas, yang membedakan antara penyandang autisme yang satu dengan lainnya yaitu:

1. **Kondisi mental** yang mencerminkan kondisi batin dan watak seorang anak sekaligus menunjukkan ada tidaknya minat yang diperlihatkan terhadap sesuatu
2. **Kemampuan bahasa** yang mengindikasikan kemampuan atau ketidakmampuan berkomunikasi verbal
3. **Tingkatan usia** yang merupakan patokan khusus dalam mengenali simtom yang diperlihatkan anak

Pada kasus autisme terjadi kombinasi antara kelainan kognitif dan sosial. Penyandang autisme bisa jadi membisu hingga usia lima tahun, atau hanya membeo kata-kata orang dewasa yang didengarnya. Hal ini mengindikasikan bahwa penyandang autisme memiliki keterbatasan alam pikir, artinya mereka tidak mampu memahami dunia dari sudut pandang orang lain. Segala aspek komunikasi sulit dicapai penyandang autisme, kecuali aspek fonologis yang pada sebagian penyandang tetap dapat dikuasai. Perkembangan keterampilan bahasanya tidak saja mengalami keterlambatan tetapi juga penyimpangan.

Secara fonologis, artikulasinya cukup jelas meskipun sering muncul beragam kesalahan dalam

penyebutan obyek. Demikian pula dalam **kemampuan morfologis** sering memunculkan kesalahan. Misalnya substitusi atau menyebut dengan kata lain, menghilangkan suku kata tertentu, asimilasi dengan kata lain, menambahkan dengan suku kata yang salah. Intonasinya cenderung datar dan salah dalam membuat penekanan ucapan. **Kemampuan sintaksis** sangat lamban karena sering muncul kalimat peniruan atau echolalia, yaitu mengulang-ulang kalimat yang tidak relevan dengan konteks. **Kemampuan memahami semantik** juga lamban, misalnya membedakan antara “*Ibu menuapi adik*” dengan “*Adik menuapi ibu*”.

Salah satu temuan yang menarik pada penyandang autisme yaitu kecenderungan *hyperlexics* yang muncul pada beberapa kasus khususnya pada penyandang yang memiliki IQ tinggi. Anak hiperleksik dapat belajar mandiri membaca dengan cepat dan nyaring namun mereka tidak memahami makna yang dibacanya. Kegemarannya membaca didorong kemampuannya menghapal dan kekuatan memorinya, utamanya ketika membaca kalender dan informasi detil yang bagi orang awam sama sekali tidak penting.

Cossu & Marshall melaporkan keunikan penyandang autis di Italia yang berusia sembilan tahun di kelas tiga Sekolah Dasar dengan IQ 47 yang dapat

membaca dengan lancar. Kemampuan bahasanya normal meskipun pemahaman auditorinya buruk. Kemampuan meniru gambar dan mengingat angka juga buruk. Dia murid terbaik dalam hal membaca nyaring di kelas meskipun dia tidak menangkap isi bacaan (dalam Obler & Gjerlow, 2000). Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa keterampilan membaca seorang hiperleksik sebatas kemampuan mengenali kode fonologis bahasa tulis, tidak secara langsung memaknai maksud tulisan.

Sama halnya dengan anak sindroma Down, gangguan berbahasa, berkonsentrasi dan berinteraksi sosial pada penyandang autisme di atas dapat diatasi dengan intervensi dini yang baik dengan ditunjang diet CFGF (*Casein Free Gluten Free*) yang mendukung proses perbaikan pada kondisis psikologis, neurologis, fisiologis, dan endokrin.

Dalam mengevaluasi adanya gangguan berkomunikasi pada spektrum autisme, diperlukan observasi mendalam yang selanjutnya akan berperan untuk menentukan program intervensi yang dibutuhkan anak. Wetherby dan Prizant (dalam Staskowski, 2006)

menyusun ceklis berikut:

| Kemampuan Berbahasa | Konteks | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|------------|
| | Sekolah | Rumah | Masyarakat |
| A. Komunikasi dan Bahasa Ekspresif | | | |
| 1. Komunikasi bermakna | | | |
| • Gesture bermakna (memberikan, menunjukkan, mengusir, meraih) | | | |
| • Vokal bermakna | | | |
| • Koordinasi gesture dan vokal | | | |
| • Ekolalia | | | |
| • Verbal (pesan tunggal dan jamak) | | | |
| • Ujaran berulang-ulang | | | |
| 2. Komunikasi berfungsi sesuai perilaku, interaksi sosial atau berbagi perhatian | | | |
| • Meminta benda | | | |
| • Meminta tindakan | | | |
| • Memprotes | | | |
| • Meminta suatu kebiasaan | | | |
| • Meminta untuk kenyamanan | | | |
| • Minta ijin | | | |
| • Memamerkan sesuatu | | | |
| • Menunjuk pada sesuatu | | | |
| • Berkomentar | | | |
| • Meminta dan memberi informasi | | | |
| B. Produksi Bahasa | | | |
| 1. Menggunakan sejumlah konsonan dan vokal | | | |
| 2. Menggunakan sejumlah suku kata | | | |
| C. Bahasa Reseptif | | | |
| 1. Pemahaman bahasa | | | |
| 2. Pemahaman nonlinguistik (penanda non-verbal, situasional, paralinguistik) | | | |



Gangguan Berbahasa

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| BAHASA YANG TERKAIT KOGNISI 1. Bermain simbolis 2. Bermain konstruktif/kombinasi 3. Keterampilan perhatian 4. Menirukan | | | |
| PERILAKU AFEKTIF SOSIAL 1. Melakukan kontak mata saat berinteraksi 2. Menunjukkan afeksi positif 3. Menunjukkan afeksi negatif 4. Strategi mengatur emosi 5. Tenang selama observasi dan dalam persepsi pengasuhnya | | | |

O'Neill mengkaji sejumlah perbedaan antara karakteristik perbedaan bahasa penyandang ASD dibandingkan dengan penutur pada umumnya. Karakteristik utama tersebut antara lain:

- 1) **Ekolalia** yang terbagi menjadi ekolalia langsung dan ekolalia tertunda. **Ekolalia langsung** terjadi ketika kalimat tanya yang didengar langsung ditirukan, misalnya pertanyaan “Mau minum?” dijawab dengan “Mau minum?” Hal ini menurut Prizant & Duchan dilakukan dengan dua maksud:
 - Komunikatif: untuk berganti giliran bicara, menyatakan maksud, menjawab ‘iya’, atau meminta secara tidak langsung
 - Non-komunikatif: karena sedang tidak fokus, hanya menghapalkan kalimat tanya tersebut, atau karena kebiasaan

- Adapun apabila terjadi **ekolalia tertunda** yaitu pengulangan kata atau frasa yang pernah didengarnya di masa lampau, hal ini juga didasari dua maksud:
 - Komunikatif: untuk berganti giliran bicara, berkespresi verbal, memberitahu orang lain, melabel sesuatu, memprotes, memanggil, menyatakan sesuatu atau mengarahkan orang lain.
 - Non-komunikatif: karena sedang tidak fokus, hanya menhubungkan dengan situasi yang terkait, berbicara sendiri, atau karena kebiasaan (dalam Bogdashina, 2005)
- 2) **Pembalikan kata ganti orang.** Penggunaan kata ganti orang pertama (saya/aku) dan kedua (anda/kamu) bukanlah hal yang mudah untuk diucapkan. Sebagai gantinya mereka menggunakan nama orang yang dimaksud atau menyebutkan namanya sendiri (Jordan dalam Bogdashina, 2005). Kesulitan yang sama juga dihadapi ketika harus menggunakan kata rujukan (*deictic words*) seperti ini, itu, di sini, di sana, kemarin, besok, tadi, dsb.
- 3) **Sangat literal.** Penggunaan basa-basi akan tidak efektif karena pemamahan mereka yang sangat literal. Misalnya “Bisakah saya minta tolong diambilkan buku itu?” Akan dijawabnya “Tidak.” Karena yang dipahaminya sebagai kalimat permintaan adalah

“Ambilkan buku itu.” Penggunaan majas juga tidak ada fungsinya. Contoh: ketika anak memecahkan vas lalu disindir “Terima kasih ya sudah menambah repot begini.” Akan diresponnya “Sama-sama” karena hal itu dipahaminya sebagai balasan ucapan terima kasih.

- 4) **Bahasa metafora.** Beberapa penyandang ASD menciptakan istilah tertentu sebagai kosakata khusus yang hanya dipahami orang terdekatnya yang mengetahui asal muasal penggunaan frasa yang dimaksud. Blackman melakukan observasi terhadap Lucy, seorang penyandang autisme yang selalu menyebut kata ‘Bertie’ untuk maksud yang berbeda-beda seperti: menyatakan kesedihannya, jika ia ingin menarik perhatian ibunya, dan saat dia sedang terperangah mengagumi seseorang. ‘Bertie’ adalah nama anjingnya yang sudah mati 15 tahun yang lalu namun perluasan makna yang diciptakan Lucy mewakili sejumlah kondisi emosionalnya (dalam Bogdashina, 2005).
- 5) **Neologisme.** Anak autis verbal dikenal memiliki kemampuan menciptakan kata-kata baru yang hanya dipahami dirinya sendiri atau yang disebut kosakata pribadi.
- 6) **Menyatakan persetujuan dengan repetisi.** Anak cenderung menjawab pertanyaan persetujuan dengan

repetisi daripada menjawab "ya". Kanner menjelaskan kesulitan yang dialami Donald untuk menjawab "ya". Ketika ditanya ayahnya apa dia mau digendong, Donald hanya menirukan pertanyaan ayahnya dengan maksud "ya". Lalu ayahnya memberitahu jika dia harus menjawab "yes" jika mau digendong dan "no" jika menolak. Selanjutnya Donald selalu berkata "yes" jika dia minta digendong dan tetap mengulang pertanyaan ayahnya. Donald gagal memahami perbedaan antara kalimat tanya, kalimat permintaan dan jawaban ya-tidak (dalam Bogdashina, 2005: 186).

- 7) **Pertanyaan repetisi.** Anak autis kerap mengulang pertanyaan yang sama berkali-kali meskipun mereka sudah mengetahui jawabannya yang sama apabila diulang-ulang. Mereka memang menghendaki repetisi jawaban yang sama termasuk dengan urutan kata dan intonasi yang sama. Jika jawaban yang didengarnya berbeda dapat membuatnya mengamuk. Pengulangan pertanyaan sebenarnya bukan untuk memperoleh informasi tetapi untuk memprediksi reaksi yang sama, hal ini karena perilaku rigiditas autis yang berupaya meyakinkan tidak ada perubahan dan semuanya baik-baik saja. Untuk mengatasi hal tersebut dapat dilakukan dengan cara berikut:
 - Mengembalikan pertanyaan tersebut dengan



mengulangi pertanyaan yang sama

- Menulis jawaban yang dimaksud dan menunjukkannya pada anak
- 8) **Menghendaki skenario verbal yang sama.** Anak cenderung menuntun orang lain mengawali percakapan sesuai urutan tutur yang biasa dia lakukan, dia menghendaki kesamaan skenario verbal dengan memberi contoh dialog yang diinginkannya.
- 9) **Gaya diskursus autis.** Anak autis menggunakan bahasa sesuai dengan kaidah baku baik dalam kosakata maupun gramatika. Gaya bicaranya cenderung membosankan dengan topik yang tidak berbeda. Apabila pembicaraannya dipotong, anak tidak segan mengulangi kalimatnya dari awal lagi.
- 10) **Tidak memunculkan prosodi.** Tutur yang dihasilkan datar, monoton, dengan intonasi, pola dan penekanan yang aneh. Sebaliknya mereka juga gagal menafsirkan maksud lawan bicara yang tercermin melalui pola intonasinya.

Dengan adanya karakteristik berbahasa di atas, penyandang ASD bermasalah dalam berteman, memahami bahasa tubuh, berkomunikasi secara verbal dan melakukan kontak mata. Spektrum autisme yang umum dikenal terdiri dari: autisme klasik (sebagaimana

yang dijabarkan di atas), ADD/ADHD, PDD-NOS dan Asperger's Syndrome. Adapun Rett's disorder, Heller's syndrome dan Landau-Kleffner syndrome masih tergolong isu baru. Menurut data **Autism Spectrum Resource Center**, diantara seuruh spektrum autisme, hanya 20% yang menyandang autisme klasik yang merupakan spektrum terparah. Adapun sisanya adalah penyandang varian spektrum yang lebih ringan seperti Asperger's Syndrome (atau yang disebut *high functioning autism*), PDD-NOS atau autisme atipikal (Smith dkk., 2010).

a. ADD/ADHD

Anak yang terdiagnosa ADD (*Attention Deficit Disorder*) kesulitan duduk dengan tenang, tetap fokus, mengikuti perintah, teratur dan menyelesaikan tugas. Adapun pada anak dengan ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) kondisi ini didominasi dengan sifat hiperaktifnya.



Ciri-ciri lain penyandang ADD antara lain:

- Tidak memperhatikan detil
- Membuat kesalahan yang berulang dan ceroboh
- Mudah beralih perhatian
- Sulit menyimak lawan bicara
- Sulit mengingat sesuatu dan mengikuti arahan
- Kesulitan membuat rencana dan menyelesaikan pekerjaan
- Mudah bosan sebelum tugas terselesaikan
- Sering kehilangan benda, buku, mainan atau barang lainnya.

Pada penyandang ADHD, selain memiliki ciri di atas juga menunjukkan **indikasi** berikut:

- Sering gelisah dan menggeliat
- Selalu berputar, berlari kesana kemari atau memanjat apapun
- Terus menerus berceloteh
- Tidak bisa bermain dengan tenang atau santai
- Selalu ingin pergi dan bergerak aktif
- Mudah marah

Perilaku impulsif anak-anak ADD/ADHD menyebabkan masalah pengendalian diri. Oleh karena itu mereka sangat sulit mematuhi arahan seperti “sabar, tenang” dan “tunggu sebentar”. Mereka sangat *moody* dan secara emosional sering berlebihan. Perilaku impulsif yang

muncul antara lain:

- Bertindak tanpa berpikir terlebih dahulu
- Di kelas suka melontarkan jawaban meskipun dia tidak ditanya dan asal menjawab tanpa menunggu pertanyaan selesai diucapkan
- Tidak mau mengantri atau menunggu giliran
- Suka berbicara tidak pada tempatnya
- Sering memotong pembicaraan orang lain
- Suka mengganggu orang lain dan berbuat iseng
- Tidak bisa menunjukkan emosi yang sesuai sehingga sering marah atau mengamuk tanpa sebab
- Bersikap ngawur dan asal-asalan dalam memecahkan masalah

Untuk menegakkan diagnosa ADD/ADHD secara akurat diperlukan beberapa pertimbangan terkait dengan faktor berikut:

- **Hambatan belajar** atau masalah membaca, menulis, keterampilan motorik dan berbahasa
- **Riwayat atau pengalaman trauma** (misal: perceraian orang tua, kematian anggota keluarga, pelecehan, perpindahan tempat tinggal, dll.)
- **Gangguan psikologis** seperti kecemasan, depresi, dan gangguan bipolar
- **Gangguan perilaku** seperti kecenderungan menentang dan berbuat kekacauan

- **Kondisi medis** seperti masalah kelenjar tiroid, kondisi neurologis, epilepsi dan gangguan tidur.

Selain kekurangan di atas, menurut Smith & Segal (2011) penyandang ADD/ ADHD memiliki beberapa **kelebihan** sebagai berikut:

- **Unggul dalam kreativitas dan imajinasi**, penuh ide, dan berpotensi menjadi seniman. Meskipun sulit fokus, mereka dapat memperhatikan sesuatu yang tidak dilihat orang lain.
- **Fleksibel** dalam segala hal sehingga mempunyai banyak alternatif dan terbuka pada ide yang berbeda.
- **Antusias dan spontan** karena ketertarikannya pada banyak hal meskipun mudah bosan. Kadang menyakiti hati orang lain namun sebenarnya memiliki kepribadian yang menyenangkan
- **Bersemangat dan tangkas** ketika sedang termotivasi pada hal yang diminatinya

b. PDD-NOS

PDD atau *Pervasive Developmental Disorder* merupakan istilah medis yang meliputi seluruh spektrum autisme yang terdeteksi melalui kriteria diagnosa autisme DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*). Adapun PDD-NOS (*Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified*) merupakan kondisi awal dimana muncul simptom autisme

yang meliputi kendala interaksi, komunikasi, minat atau pola perilaku stereotip sebagaimana yang termasuk dalam kriteria diagnosa autisme DSM-IV, namun tidak sepenuhnya memenuhi ciri autisme klasik maupun ciri gangguan pervasif (Pervasive Development, 2011).

Salah satu simtom PDD-NOS yaitu **kesulitan semantik-pragmatik** dalam berkomunikasi. Kalimat yang dihasilkan bisa utuh atau lengkap namun tujuan fungsionalnya tidak jelas. Selain itu penyandang mengalami kesulitan memahami kalimat kompleks, bahasa figuratif atau intruksi berganda. Karena itu ia membutuhkan bantuan orang lain untuk menyederhanakan maksud kalimat yang tidak mampu dipahaminya.

Sama halnya dengan penanganan pada autisme klasik dan spektrum autisme, untuk penyandang PDD-NOS dapat dilakukan melalui beragam **program intervensi**. Beberapa jenis program yang ditawarkan antara lain:

- **DIR Floor Time** (*Developmental, Individual-difference, Relationship-based*). Merupakan bentuk terapi melalui permainan yang memperhatikan perkembangan anak, kebutuhan anak dan keterampilan berinteraksi sosial, yang dikembangkan Dr. Stanley Greenspan, psikiater anak (Autism Teaching, 2000).

- **ABA** (*Applied Behavior Analysis*) dikembangkan oleh Lovaas melalui prosedur modifikasi perilaku berbasis teori pembelajaran dan teknik pengembangan program perilaku dan wicara pada anak. Program ini mencakup latihan, interaksi dan pemodelan yang didukung pemberian hadiah untuk setiap pencapaian. Tiga intruksi awal yang dilatihkan dalam ABA yaitu “ayo sini”, “duduk”, dan “lihat”. Setiap perilaku yang ditargetkan dipecah menjadi beberapa rangkaian langkah sederhana, contoh berpakaian terdiri dari memegang kaus, melihat bagian atasnya, memasukkan kepala, masukkan tangan kanan lalu tangan kiri, merapikan.
- **Metode Miller.** Metode ini berasumsi bahwa anak belajar lebih efektif dengan melibatkan seluruh gerak tubuhnya misalnya dengan mendorong, menarik, mengangkat, memanjat, dsb sehingga mereka dapat memfokuskan perhatiannya pada aktifitas yang dilakukan. Selain itu perilaku anak yang negatif dapat berubah menjadi perilaku fungsional yang positif. Secara simultan metode ini mengajarkan bahasa verbal dan non-verbal. Salah satu bagian dari metode Miller yaitu *The Symbol Accentuation Reading Program*, dirancang untuk mengenalkan anak pada gambar yang menyimbolkan objek.

- **Social stories.** Dalam menentukan jenis program intervensi yang tepat, perlu dipertimbangan beberapa faktor seperti tingkat intelejensi anak, kelebihan yang dimiliki anak dan kebutuhan pendidikannya. Karena setiap anak memiliki kekhususan kebutuhan, program intervensi dirancang dengan memperhatikan prinsip berikut:
 - Bersifat individual
 - Kurikulum bersifat khusus sesuai kesulitan anak
 - Menekankan pada penguatan keterampilan berkomunikasi
 - Melibatkan partisipasi keluarga
 - Pengajaran bersifat sistematis dan terstruktur
 - Diterapkan secara intensif (minimal 20 jam/minggu)
 - Sesuai dengan tahapan perkembangan praktik
 - Juga melibatkan interaksi dengan sesama anak berkebutuhan khusus
- **Pengajaran dengan media komputer.** Komputer dapat membantu penyandang yang terhambat dalam ekspresi bahasa lisan dan cenderung pada bahasa tulis. Selain itu menurut Jordan komputer dapat mengatasi masalah pengendalian pembelajaran karena masing-masing langkah tersusun secara berurutan dan sistematis (dalam Bogdashina, 2005). Namun

demikian, tidak semua penyandang ASD tertarik menggunakan komputer karena mereka memiliki keterbatasan visual atau kepekaan berlebihan pada stimuli visual (*hypervision*). Akibatnya mereka hanya bertahan sebentar ketika menatap layar komputer.

c. Asperger's Syndrome (AS)

AS bukan sebutan untuk nama penyakit melainkan suatu kondisi yang mempengaruhi cara otak memproses informasi sebagaimana yang dialami penyandang spektrum autisme lainnya. AS termasuk dalam edisi ke-10 *The International Classification of Diseases* (ICD-10).

Ditemukan oleh **Hans Asperger** pada 1940an, kekhasan dari penyandangnya yaitu keunggulan dalam mengolah beberapa jenis informasi seperti fakta dan angka, namun kesulitan dalam memahami pikiran, perasaan dan cara komunikasi orang lain. Penyandang AS tidak mengalami keterlambatan bicara. Namun demikian, dalam berkomunikasi mereka tidak memahami perbedaan maksud mimik muka, kesulitan menangkap makna banyolan, tidak bisa membedakan antara pernyataan biasa atau cemoohan, memaknai kalimat yang mengandung metafora, dan memahami kompleksitas bahasa lainnya. Karena sering salah menafsirkan dan responnya disalahartikan orang lain, penyandang AS

dapat menarik diri dari kontak sosial. Ia juga kesulitan mengikuti permainan sebagaimana anak seusianya. Ia juga harus diingatkan untuk berganti giliran ketika sedang asyik dengan kegiatannya. Anak AS cenderung menyibukkan diri dengan bermain sendiri karena lebih nyaman berada dalam situasi yang tenang.

Kebanyakan penyandang AS memiliki **masalah sensorik** terhadap yang diraba, dirasa, dilihat, dibau atau didengar. Terutama ketajaman sensori pendengaran yang dapat menyebabkan mereka gelisah dan panik di tengah keramaian orang. Penyandang AS sangat terikat pada rutinitas dan tidak menyukai kejutan. Perubahan dalam hal yang rutin dihadapinya dapat diasumsikan sebagai sebuah ancaman yang mengusik ketenangannya. Pada beberapa anak AS, koordinasi motorik kasar kurang baik sehingga perlu dilatih untuk melakukan gerakan seperti menendang dan menangkap bola. Otot lengan dan pundaknya juga lemah sehingga kesulitan bergelayut.

Dalam berkomunikasi kesulitan penyandang AS adalah mengalihkan topik pembicaraan selain yang terkait dengan minatnya. Dia cenderung memulai pembicaraan tentang hal yang diminatinya (contoh: komputer) dan tidak bisa menangkap sinyal bahwa lawan bicara sudah bosan dan mengajak berganti topik (Welton, 2004).

67% penyandang AS menunjukkan kemampuan

pragmatik yang tidak normal. Selain kesulitan dalam memilih topik pembicaraan, mereka juga kesulitan dalam merespon kaidah sosial. Adapun komunikasi nonverbalnya juga berbeda, misalnya dalam postur tubuh, kesulitan berekspresif, dan nada bicaranya yang datar atau aneh (Tantam, 1991).

AS merupakan kondisi yang disandang sejak lahir, namun diagnosanya baru dapat ditegakkan setelah kesulitan anak dalam memproses informasi teridentifikasi. Baik anak laki-laki maupun perempuan dapat menyandang AS, namun lebih banyak kasus ditemukan pada anak laki-laki. Hingga dewasa ciri AS tidak dapat dihilangkan secara total akan tetapi individu AS dapat belajar beradaptasi dengan bimbingan orang lain untuk meminimalkan kesulitannya (Welton, 2004).

Anak penyandang AS memiliki beberapa karakteristik yang sama dengan anak *gifted* menurut Webb dkk (dalam Tiel, 2010: 14). Diantaranya yaitu:

- Keduanya (AS dan *gifted*) sama-sama memiliki memori luar biasa dan kemampuan bicara yang baik
- Gemar menanyakan sesuatu secara terus menerus
- Membicarakan suatu hal intelektual dan sejak kecil sudah mulai membicarakannya
- Sangat cepat menerima sesuatu yang diminatinya, selalu mencari tahu mengenai fakta atau pengetahuan

mengenai yang diminatinya, namun AS tidak membuat hubungan antara fakta dan pengetahuan yang diperolehnya.

- Menjunjung tinggi kejujuran dan keadilan, meskipun pada AS ini cenderung pada hal yang logik daripada masalah yang emosional.
- Memiliki masalah konsentrasi karena pikirannya terfokus pada hal lain di luar yang tengah dihadapinya.
- Memiliki rasa humor yang datar, mudah terangsang dengan stimulus seperti suara, tekstur, cahaya, bau-bauan, dan rasa.
- Dipandang orang lain sebagai anak yang halus, rentan, sensitif, dan berbeda.
- Memiliki pola perkembangan yang asinkroni (khususnya pada AS yang asinkroninya sangat ekstrim dengan perilaku yang aneh)
- Mengalami kesulitan dengan model pendidikan yang konvensional
- Mempunyai masalah dalam keterampilan sosial, merasa tidak nyaman di tengah banyak orang
- Memiliki kepribadian menarik diri

Selain karakteristik di atas, penyandang AS juga memiliki kelebihan yaitu pemikir handal dan dapat menjadi pakar pada bidang yang diminatinya. Sebagai contoh yaitu ilmuwan dan seniman dunia seperti Abert

Einstein dan L.S. Lowry yang diduga menyandang AS (Welton, 2004).

Salah satu faktor yang mendasari kelebihan atau kecermatan penyandang AS yaitu karena keistimewaannya dalam proses persepsi atau pencitraan mental terhadap objek di sekelilingnya. Sama halnya dengan penyandang ASD, masing-masing mengalami pola persepsi sensorik yang unik. Sehingga konstruk yang dihasilkan berbeda dengan yang dialami kebanyakan orang karena interpretasinya yang sangat konkret dan spesifik yang tersimpan dalam memorinya yang kuat.

Salah satu contoh keunikan pola persepsi sensorik tersebut diungkapkan oleh Donna Williams, seorang penyandang ASD dewasa. Pada masa kecilnya dia kesulitan mengingat kata ‘kucing’ yang tidak ada ada hubungannya dengan objek yang dimaksud. Yang direkamnya adalah ‘fus’ yang baginya mirip dengan suara yang dihasilkan saat tangan membelai bulunya dan ‘bruk’ saat hewan itu tiba-tiba muncul di hadapannya. Untuk mengingat kata ‘sisir’ juga bukan hal yang mudah. Yang direkamnya adalah benda datar, keras dan jika digosokkan ke gigi menghasilkan bunyi ‘srik-srik’. Dia tidak peduli pada fungsinya untuk menyisir rambut. Dia baru bisa mengingat kata dengan lebih mudah pada usia 10 tahun (Bogdashina, 2005).

d. Rett's Disorder

Rett's disorder termasuk gangguan perkembangan pervasif yang dipacu kelainan genetik. Sindrom ini disebut tidak tergolong spektrum autisme karena kondisi medis yang berbeda. Rett's disorder termasuk dalam edisi ke-10 *The International Classification of Diseases* (ICD-10). Penyandangnya mengalami tumbuh kembang normal hingga usia enam sampai delapan bulan namun kemudian perkembangannya lebih lambat dibandingkan anak seusianya. Keseimbangannya sangat lemah sehingga menyulitkan kemampuan berjalan. Perkembangan ukuran lingkar kepala juga tidak sebesar perkembangan normal.

Yang paling menonjol pada penyandang Rett's disorder yaitu pemerolehan bahasanya yang terhambat dan koordinasi tangannya tidak baik. Anak tidak menunjukkan minat mengembangkan interaksi sosial dan suka mengulang-ngulang gerakan stereotipi seperti sedang mencuci tangan. Secara umum mengindikasikan retardasi mental, sering menjerit dan mengamuk. Hampir separuh penyandang Rett's disorder mengalami gangguan tidur dan sering kejang. Hal inilah yang kerap membingungkan dalam menegakkan diagnosa karena kemiripan dengan autisme klasik.

Prevalensi Rett's disorder lebih banyak muncul pada anak perempuan yaitu mencapai 3.8 per kelahiran

10.000 anak perempuan. Adapun pada anak laki-laki ditemukan akibat mutasi gen MECP2 yang menjadi pemicu terjadinya Rett's disorder (Pervasive Development, 2011).

e. **Heller's Syndrome**

Heller's syndrome juga diistilahkan *Childhood Disintegrative Disorder (CDD)* yang merupakan gangguan perkembangan pervasif yang banyak muncul pada anak laki-laki daripada anak perempuan. Heller's syndrome juga termasuk dalam edisi ke-10 *The International Classification of Diseases* (ICD-10). Penyandangnya mengalami perkembangan bahasa, sosial dan keterampilan lainnya secara normal hingga usia dua sampai tiga tahun. Bulan-bulan berikutnya terjadi kemunduran misalnya dalam hal *toilet training* (BAB dan BAK), keterampilan bahasa dan sosial. Anak menjadi pendiam, hilang keterampilan bermainnya, dan mengembangkan perilaku stereotip seperti penyandang autisme. Kemiripan dengan simtom autisme sering menimbulkan kesalahan diagnosa penyandang Heller's syndrome. Pada penyandangnya secara mental terjadi kemunduran yang signifikan seperti mengalami kepribadian bipolar yaitu bercampurnya situasi depresi dan impulsif.

f. Landau-Kleffner Syndrome

Sindrom ini juga dikenal dengan *Acquired Aphasia with Epilepsy*. Penyandangnya mengalami kehilangan kemampuan berbicara dan sering mengalami kejang. Gejala ini dihubungkan dengan kelainan pola gelombang syaraf yang teridentifikasi melalui uji EEG (*electroencephalogram*). Penyandangnya cenderung menggunakan komunikasi non-verbal dan menghindari komunikasi verbal karena mengalami kemunduran yang sangat signifikan dalam keterampilan berbahasa secara umum sehingga mirip dengan diagnosa autisme klasik.

2. Apraksia Lisan



Apraksia lisan merupakan gangguan motorik wicara yang dapat terjadi pada berbagai usia. Pada anak, penyebab gangguan tutur khusus ini masih dikaji lebih

lanjut. Hanya pada beberapa kasus disebabkan hambatan suplai oksigen ke otak bayi saat persalinan.

Anak dengan apraksia lisan mengalami kesulitan merencanakan dan menghasilkan urutan gerak organ wicara yang tepat dan sesuai untuk ekspresi yang dapat dipahami lawan bicara (Apraxia-Kids, 2005). Apraksia lisan memiliki beberapa tingkatan, ringan, sedang dan berat. Hambatannya adalah menggerakkan motorik organ wicara seperti lidah, bibir, lahang, dan langit-langit lunak karena kesulitan dalam pemrograman bahasa di otak.

Menurut Bowen (1998), apraksia lisan pada anak juga dikenal dengan beberapa istilah sebagai berikut:

- Disapraksia
- *Developmental Apraxia of Speech* (DAS)
- *Childhood Apraxia of Speech* (CAS)
- *suspected Childhood Apraxia of Speech* (sCAS)
- *Developmental Verbal Dyspraxia* (DVD)
- *Developmental Articulatory Dyspraxia* (DAD)

Tindak tutur berawal dari hasrat berkomunikasi. Kemudian terbentuk sebagai garis besar keinginan yang akan disampaikan. Ujaran pesan lalu dirangkai sesuai kaidah gramatika. Ujaran yang terdiri dari rangkaian bunyi atau fonem dan suku kata tersebut diterjemahkan menjadi informasi bunyi untuk diolah melalui gerakan

motorik lidah, bibir, lahang, dan langit-langit lunak.

Otot pada organ wicara diatur oleh otak sehingga artikulasinya sesuai. Dalam hal ini diperlukan **kekuatan** dan **kelenturan otot wicara** yang diperoleh dengan belajar dari pengalaman. Semakin banyak kata atau ujaran diulang, semakin otomatis gerak motorik wicara terjadi. Proses merancang dan menghasilkan ujaran makin mudah karena terprogram di otak dan dapat diakses dengan cepat manakala dibutuhkan. Disinilah letak aspek kesulitan pada anak-anak penyandang apraksia lisan. Akses informasi ke otak untuk merancang ujaran dan menghasilkan tutur terhambat karena sebab tertentu (Apraxia-Kids, 2005).

Untuk menegakkan diagnosa apraksia lisan pada anak, Bowen (1998) merekomendasikan observasi pada kemampuan wicara anak sebagai berikut:

- 1) Anak tidak mengucapkan kata, kosakata sedikit antara 100-200 kata. Ujaran maksimal terdiri dari kombinasi dua kata.
- 2) Anak menunjukkan kesulitan mengucapkan kata, sedikit mencoba berbicara tapi mudah frustasi.
- 3) Anak menggunakan isyarat atau gesture untuk berkomunikasi, termasuk menggunakan ekspresi wajah dan gerak tubuh. Cenderung menirukan bunyi (suara mobil, mesin, binatang, dll.)



4) Karakteristik tutur anak:

- Pengucapan kata tidak jelas, kecuali yang tingkat kesulitannya rendah seperti kata 'no'
- Kesalahan pengucapan baik vokal maupun konsonan. Contoh:kata 'milk' diucapkan 'meh'
- Pengucapan tidak konsisten. Contoh: kata 'me' diucapkan bervariasi 'bee', 'nee','dee'.
- Pengucapan fonem yang benar pada satu kata tetapi tidak dapat digunakan pada kata lain. Contoh: fonem /p/ diucapkan dengan benar pada kata 'poppy' tapi ketika melafalkan kata 'happy' diucapkan 'huh-ee'.
- Ketika diminta menirukan kata, anak tampak ragu dan sulit memulai
- Tutur anak dengan intonasi dan pola penekanan yang aneh, banyak jeda.

5) Pemahaman bahasanya sangat bagus meskipun bahasa ekspresinya jauh tertinggal.

Terdapat sejumlah perbedaan mendasar antara apraksia lisan pada anak dan disatria (pada individu dewasa) yang dijelaskan McCaffrey (2008) sebagai berikut:



| Aspek | Apraksia lisan | Disatria |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologi | Disebabkan gangguan mengolah program motorik untuk menggerakkan organ wicara. Kesulitannya pada merancang/memprogram wicara, atau sebagai gangguan tutur khusus , tidak sekedar kesulitan menggerakkan otot wicara. Lesi pada otak di wilayah Broca atau Brodmann 44 di lapisan ketiga lobus frontal hemisfer kiri sebagai akibat rusaknya sistem syaraf otak pusat. | Disebabkan gangguan mengalirkan pesan pengendali otot wicara karena lesi pada sistem syaraf pusat atau periferal. Kesulitannya pada masalah menggerakkan otot wicara saja sehingga termasuk gangguan neuromotorik . Jika terjadi lesi pada sistem syaraf pusat, muncul disatria kaku atau kakunya pergerakan otot wicara. Jika lesi pada sistem syaraf permukaan/periferal, terjadi disatria lemas , atau lemasnya gerak otot wicara. |
| Jenis kesalahan berbicara | Kesalahannya tidak konsisten dan tidak dapat diprediksi karena perbedaan pada masing-masing penderita. Penderita lebih sulit menirukan kata-kata orang lain dengan tepat daripada menghasilkan ucapan sendiri. Dapat berbicara dengan jelas pada kata-kata yang biasa dilatihkan, tapi masih kesulitan mengucapkan beberapa fonem yang ditargetkan. Sering mengulang-ulang kata (<i>repetisi</i>), menambah fonem (<i>addition</i>), menukar letak fonem (<i>transposition</i>), memanjangkan fonem (<i>prolongation</i>), menghilangkan fonem (<i>omission</i>), melesapkan fonem (<i>distortion</i>). | Kesalahannya menetap dan dapat diprediksi. Penderita tidak pernah mengucapkan ujaran dengan jelas baik dalam menghasilkan kalimat spontan maupun menirukan kata-kata orang lain. Jenis kesalahan berbicara yang terutama yaitu melesapkan fonem (<i>distorsi</i>) dan menghilangkan fonem (<i>omission</i>) |



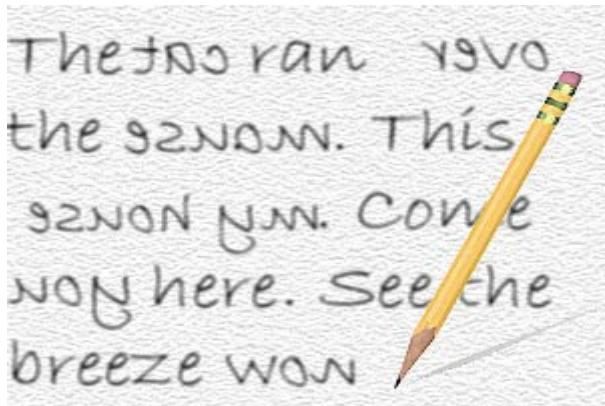
Gangguan Berbahasa

| | | |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bunyi tutur yang dihasilkan | Konsonan lebih sulit diucapkan daripada vokal. Konsonan di awal kata lebih sulit diucapkan daripada di akhir kata. Konsonan <i>fricative</i> /f, v, s, z, t, th/ dan <i>affricate</i> /sh, j/ termasuk fonem yang sulit diucapkan | Konsonan tidak pernah diucapkan secara tepat Baik konsonan di awal maupun di akhir kata tidak bisa diucapkan dengan tepat Vokal tidak terpengaruh meskipun masing-masing vokal kadang terdengar mirip |
| Aspek tutur yang terpengaruh | Gangguan artikulasi menyebabkan ketidakfasihan dan masalah prosodi seperti menghasilkan intonasi dan resonansi yang sesuai | Semua aspek tutur terhambat, seperti artikulasi, menghasilkan fonem, resonansi, prosodi, dan pengaturan nafas. Sering dijumpai penderita yang juga mengalami kesulitan menelan (<i>dysphagia</i>) |
| Masalah yang terkait | Lesi pada Broca tidak mempengaruhi kerja otot wicara. Terhambatnya gerak organ wicara hanya terjadi pada saat bertutur. Jika stroke menyerang area Broca dapat terjadi <i>dysphagia</i> . | kerja otot terpengaruh tidak hanya pada saat bertutur tetapi juga pada saat mengunyah dan menelan makanan |
| Kompleksitas ujaran | Sejak kompleks ujaran semakin sulit ditirukan penderita. Lebih mudah mengucapkan kata dengan silabi tunggal daripada kata yang terdiri dari beberapa suku kata | Kalimat kompleks dan tidak kompleks sama sulitnya untuk ditirukan Kata dengan silabi tunggal dan kata yang terdiri dari beberapa suku kata diucapkan dengan pelesapan fonem |



| | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kecepatan bertutur | Semakin lancar kecepatan bertuturnya dan semakin jelas tuturnya menunjukkan kemajuan otomasi bicaranya | Semakin lancar kecepatan bertuturnya semakin tidak jelas bunyi yang dihasilkan. Penderita diminta bertutur pelan untuk memperjelas persukukata yang diucapkan. |
| Terapi | Terapi Intonasi Melodis direkomendasikan untuk merangsang koneksi neural pada hemisfer kanan sebagai area Broca potensial untuk mengendalikan tutur. | Wajib menjalani terapi klinis. Jika mengalami kerusakan pada proses motorik akan sulit disembuhkan. Penderita dilatih teknik berbicara untuk memperjelas tuturnya. |

3. Disleksia



Pada bab sebelumnya telah dibahas mengenai disleksia secara umum. Kajian mengenai disleksi pada anak lebih rumit daripada disleksia pada orang dewasa yang terjadi setelah tuntasnya pemerolehan kemampuan

membaca sebelum akhirnya hilang akibat cidera otak. Adapun pada anak-anak proses pemerolehan membaca bersifat kompleks karena juga menyangkut kemampuan kognitif.

Firth (dalam Obler & Gjerlow, 2000) menjelaskan bahwa dalam pemerolehan membaca diperlukan empat tahap berikut:

- Pengembangan **keterampilan logografis** yaitu kemampuan mengenali kata secara utuh
- Pemerolehan **keterampilan alfabetis** yaitu mempu mengenali setiap fonem dan huruf
- Pemerolehan **keterampilan ortografis** yaitu mempu mengenali morfem
- Pengembangan **keterampilan baca tulis**.

Pada kebanyakan anak yang menyandang disleksia perkembangan kesulitannya muncul pada mengenali kata secara utuh (yang diistilahkan *dyseidetic*). Sebagian lagi kesulitan dalam mengenali bunyi yang berhubungan dengan huruf (yang diistilahkan *dysphonetic*).

Tidak semua kasus disleksia perkembangan disebabkan masalah tumbuh kembang neurologis, beberapa kasus muncul pada anak yang mengalami infeksi telinga pada masa awal perkembangan bahasa. Kesulitannya dapat berupa masalah kefasihan maupun masalah baca-tulis karena pada masa kritis pemerolehan

bahasanya tidak memperoleh **input sistem fonologis** yang sempurna. Adapun pada disleksia perkembangan karena faktor neurologis, kebanyakan terdapat pada anak **kidal** yang mengalami **perbedaan lateralisasi** otak.

Disleksia perkembangan lebih banyak terjadi pada anak laki-laki daripada perempuan. Hal ini didasari **perkembangan hormonal** pada janin yang terkait gender yang mempengaruhi migrasi sel pada area bahasa dan kecenderungan penggunaan tangan kanan/kiri. Pada penyandang disleksia perkembangan, Galaburda dkk. menemukan perkembangan hemisfer kanan yang melebihi normal dan terdapat gumpalan sel pada area otak yang berperan untuk membaca. Kecenderungan hemisfer kanan inilah yang membuat anak-anak tersebut memiliki talenta khusus seperti seni visual (dalam Obler & Gjerlow, 2000).

4. Gagap/Stuttering

Gagap melibatkan gangguan pada kemampuan untuk bicara lancer dengan waktu yang tepat. Untuk dapat didiagnosis sebagai gagap, kurangnya kelancaran bicara harus tidak sesuai dengan usia anak. Gagap biasanya dimulai pada usia antara 2 dan 7 tahun dan terdapat pada sekitar 1 di antara 100 anak sebelum pubertas (APA, 2000). Gangguan ini ditandai oleh satu dari beberapa

karakteristik sebagai berikut:

- (1). Repetisis dari suara- suara dan suku kata
- (2). Perpanjangan pada suara- suara tertentu
- (3). Penyisipan suara- suara yang tidak tepat
- (4). Kata-kata yang terputus, seperti adanya jeda di antara kata- kata yang diucapkan
- (5). Hambatan dalam berbicara
- (6). *Circumlocution* (subtitusi kata-kata alternatif untuk menghindari kata-kata yang bermasalah)
- (7). Tampak adanya tekanan fisik ketika mengucapkan kata- kata, dan
- (8). Repetisi dari kata yang terdiri dari suku kata tunggal (misalnya, "S-s-saya senang bertemu Anda")

Gagap muncul terutama pada laki- laki dengan rasio sekitar 3 : 1. Gagap akan hilang pada 80% anak, umumnya sebelum usia 16 tahun. Sebanyak 60% kasus menunjukkan perbaikan tanpa penanganan (Greene dkk., 2005). Gagap dipercaya melibatkan interaksi antara faktor genetis dan lingkungan. Pada beberapa kasus mungkin ada penyebab kecemasan sosial dan fobia sosial, paling tidak pada orang dewasa yang gagap. Penanganan pada gangguan komunikasi umumnya dilakukan melalui terapi bicara dan konseling psikologis untuk kecemasan sosial dan masalah-masalah emosional lainnya.

5. Gangguan bicara dan bahasa khusus (*Specific Language Impairment*)

Pada jenis ini, gangguan bahasa bersifat primer, artinya murni karena **gangguan perkembangan anak** sehingga menyebabkan lambat bicara. Menurut Goorhuis & Schaerlackens, gangguan ini hanya terjadi pada produksi bahasa atau kemampuan ekspresif anak, tidak menghambat penerimaan bahasa atau kemampuan reseptif anak (dalam Tiel, 2010: 3). Mekanismenya tidak diketahui secara jelas, namun penyebabnya adalah **faktor genetik**. Anak tidak memiliki gangguan retardasi mental, bukan mengalami gangguan sosial dan perilaku, tidak memiliki gangguan pendengaran, serta tidak bermasalah dalam kemampuan reseptif. Bahkan dalam pemeriksaan neurologis sama sekali tidak ditemukan gangguan apapun. Dengan demikian anak tidak boleh mendapat diagnosa apa-apa selain *specific language impairment* (SLI).

Anak dengan SLI menunjukkan gejala **gangguan perkembangan bicara dan bahasa ekspresif** sebagai berikut:

- Mempunyai perkembangan bahasa reseptif yang baik atau normal dibanding dengan kemampuan rata-rata anak seusianya.
- Mengalami gangguan pada gangguan bahasa ekspresif (secara umum produksi bahasanya lebih rendah

daripada kemampuannya memahami bahasa karena mengalami kesulitan menyampaikan pikiran dalam bentuk verbal).

- Menemui kesulitan dalam komunikasi dialog yang lebih sulit daripada berbicara spontan, sebab komunikasi dialog melibatkan arahan orang lain.
- Terganggunya kelancaran bicara terutama yang menyangkut pencarian daftar kosa kata dalam memori (*finding words*), dan kesulitan menyatukan elemen dalam sebuah cerita.
- Kesulitan membangun kalimat dan bentuk kata-kata.
- Menyampaikan sesuatu dengan menunjuk-nunjuk, menarik-narik, atau dengan suara-suara: aah...uuuhh... uuuhh...uuuuuh (Tiel, 2009: 5)

Gejala-gejala di atas adalah gejala yang dapat dilihat secara langsung dalam suatu pengamatan atau observasi. Hasil pemeriksaan lainnya menurut Tiel (2009: 5) adalah sebagai berikut:

- Pada pemeriksaan dengan menggunakan tes IQ (WISC) akan menunjukkan inteligensi normal hingga tinggi (tes inteligensi menunjukkan performasi IQ normal atau lebih tinggi dari rata-rata anak seusianya, walaupun verbal IQ rendah)
- Pada penelusuran tumbuh kembang bicara dan bahasa,

dilaporkan tidak mengalami gangguan pada jadwal perkembangan fase pra-lingual/ pra-verbal. Anak mempunyai periode membentuk bunyi-bunyian tidak begitu banyak, sekalipun dapat dikatakan bahwa ia mempunyai periode *babbling*. Ia mulai membentuk bunyi sebagai dasar pembentukan kata-kata (dada mama papa). Bahkan dilaporkan juga diantaranya ada yang sudah mulai berbicara (periode awal verbal/lingual dini) dengan kemampuan menyebutkan beberapa kata, namun tidak begitu banyak, perkembangan itu tidak berlanjut berkembang membangun sebuah kalimat.

- Pada pemeriksaan otot-otot sekitar mulut, tidak mengalami gangguan motorik otot-otot yang mendukung bicara (*dyspraxia*). Ia juga bisa mengucapkan bunyi-bunyian dengan baik.
- Pada pemeriksaan neurologi, tidak ada tandatanda mengalami gangguan neurologis (antara lain keseimbangan motorik kasar baik, mempunyai refleks yang baik, atau gangguan-gangguan lain yang menunjukkan sebagai gangguan neurologis).
- Mempunyai perkembangan emosi sosial yang baik sebagai dasar belajar berkomunikasi.
- Mempunyai kemampuan membaca bahasa isyarat (komunikasi non-verbal)

- Mempunyai perilaku yang relatif normal.

SLI juga diistilahkan dengan *pure development dysphasia*. Tan menjelaskan bahwa anak penyandang SLI tidak mempunyai cacat di otak baik dalam gejala mayor maupun minor. Kebanyakan muncul masalah karena adanya gangguan yang mengikuti atau **komorbiditas** seperti gangguan motorik dan konsentrasi (dalam Tiel, 2010: 4).

Pure dysphatic development sebenarnya bukanlah suatu diagnosa, tetapi terminologi yang digunakan bagi sekumpulan gejala atau syndrom dari bentuk *speech and language disorder* yang nampak secara klinis beberapa saat dalam suatu perkembangan seorang anak sehingga perkembangan itu terlihat tidak normal. Maksudnya bahwa gejala-gejala yang ditampilkan itu tidak akan terdapat pada seorang anak yang normal (Tiel, 2006: 4).

Pure Dysphatic Development juga berbeda dengan term dysphasia, sekalipun istilah dysphatic diambil dari dysphasia juga. Dysphasia sendiri diambil dari istilah aphasia. Aphasia adalah keadaan dimana seseorang mengalami gangguan kehilangan kemampuan bicara yang disebabkan karena *traumatic brain injury*, atau karena *cerebral palsy*, akibat kecelakaan, tumor, dan pendarahan otak (lihat penjelasan pada bab sebelumnya).

Dysphasia adalah bentuk ringan dari aphasia, namun dalam *dysphatic development* tidak ditemui adanya kondisi yang patologis pada otak yang disebabkan cidera otak. Kondisi dysphatic disebabkan perkembangan neurologis karena faktor genetik (Nyiokiktjien dalam Tiel, 2006: 4).

Lambat bahasa menjadi ciri utama anak penyandang *gifted visual spatial learner*. Meskipun lambat bicara, anak tidak mengalami hambatan intelejensi senyampang kemampuan dimensinya baik (Greenspan, Levine, dalam Tiel 2010: 5). Anak juga memiliki *higher order thinking* atau intelejensi tinggi yang mencakup kemampuan analisa sintesa, pemecahan masalah dan membuat kreasi baru. Anak-anak *visual learner* termasuk cerdas dan tidak tuli. Mereka memiliki kemampuan tersendiri dalam mengekspresikan apa yang dipikirkannya. Mereka juga memiliki kelebihan tersendiri dibandingkan anak lainnya. *Visual learner* sering dikaitkan dengan disleksia meskipun sesungguhnya keduanya tidak berhubungan. Hal ini dibuktikan dari hasil pemeriksaan CT scan antara penyandang *visual learner* dan disleksia yang jauh berbeda.

Karena gaya berpikir (*cognitive style*) yang khas yaitu bersifat global dan simultan, perkembangan berpikir primer anak didominasi sikap keras kepala, bila menginginkan sesuatu harus sekarang juga, dan sulit menunggu giliran. Menurut De Jong, anak-anak ini

dalam perkembangan pendidikannya terus mengalami masalah dalam gramatika, mencari daftar kata dalam memori (*finding words*), gangguan pemahaman dan penggunaan bahasa (masalah semantik-pragmatik). Masalah ini menuju normalisasi menjelang usia pubertas atau yang kerap disebut *late bloomers* (dalam Tiel, 2010: 6).

Dalam memproses informasi, anak *visual learning* lebih mengandalkan proses berpikir primer karena dominasi fungsi hemisfer kanan yang jauh lebih besar daripada perkembangan normalnya. Bayi pada umumnya mengalami perkembangan otak asimetris sehingga cenderung pada fungsi hemisfer kanan seperti untuk merespon rangsangan visual dan musik. Hal ini berlangsung hingga usia 29 minggu. Kelak ketika mencapai usia 6 tahun dominasi justru beralih pada hemisfer kiri sehingga anak lebih menguasai bicara dan kemampuan auditorinya diatur hemisfer kiri. Pergerakan dominasi berakhir pada usia 10 tahun seiring berakhirnya masa kritis pemerolehan bahasa pada anak normal. Hal ini tidak terjadi pada anak *visual learning* (Tan dan Tiel, 2010: 9).

Kosakata anak *visual learning* jauh tertinggal karena di saat anak lain menanyakan fungsi berbagai objek di sekitarnya, dia cenderung bereksplorasi dengan banyak bergerak, melihat, memegang, menarik dan memutar

objek di sekitarnya. Adapun perkembangan fungsi motoriknya bagus bahkan sangat bagus. Dalam belajar, karakteristik utamanya adalah belajar lebih baik melalui metode visual daripada auditif, berpikir global daripada detil. Karenanya ia akan lebih mahir dalam ilmu pasti seperti fisika, matematika dan sains, serta minatnya sangat tinggi pada geografi, topografi dan komputer (Tiel, 2010: 10). Metode konvensional seperti hapalan tidak akan efektif untuk anak-anak ini.

Yang membedakan antara anak *visual learning* dan penyandang autisme yaitu kemampuan memahami konteks. Penyandang autisme rata-rata mengalami *contextblindness* yaitu kesulitan dalam pemecahan masalah dan keluwesan dalam menghadapi sesuatu. Sedangkan anak *visual learning* lebih tegas dalam pemecahan masalah dan luwes dalam menghadapi sesuatu. Mereka juga berbeda dengan penyandang sindrom Asperger yang mengalami keterbatasan analisa dan kreativitas karena anak-anak ini memiliki *higher order thinking*. Lebih jauh, Webb dkk (dalam Tiel, 2010: 16) menjelaskan kelebihan anak-anak ini dibandingkan penyandang Asperger, yaitu:

- Mampu menunjukkan kemampuan interpersonal pada saat ia berbagi mengenai suatu hal yang diminatinya
- Pengetahuannya sangat dalam dan intensif mengenai hal yang diminatinya

- Tertarik pada ide-ide yang abstrak, dalam situasi yang tak terstruktur dan mampu membangun ide yang inovatif.
- Mempunyai gerakan atipikal namun dalam kontrol dan kesadaran
- Memunculkan gerakan aneh pada saat stress atau pelepasan energi
- Tidak mempunyai gangguan motorik
- Mempunyai intuisi membangun kontak emosi dan kontak interpersonal dengan orang lain
- Mempunyai emosi yang sesuai dengan topik pembicaraan

6. *Cerebral Palsy*

CP atau lumpuh otak bukan penyakit namun merupakan kondisi terganggunya fungsi otak dan jaringan syaraf yang mengendalikan gerakan, laju belajar, pendengaran, penglihatan dan kemampuan berpikir. Kerusakan pada otak tersebut terjadi sebelum, selama atau segera sesudah persalinan. Dari setiap 1.000 kelahiran di negara maju, ditemukan 2-2.5 kasus CP terjadi baik pada anak laki-laki maupun perempuan (Southwest Institute, 2005). Salah satu imbas dari terganggunya fungsi tersebut yaitu gangguan berbicara dengan beragam variasi kesulitannya.

Penyebab CP sampai saat ini belum bisa dipastikan, namun demikian pada beberapa kasus menunjukkan penyebab sebagai berikut:

- Kelahiran prematur sehingga perkembangan otak belum sempurna
- Terjadi *hypoxia* atau kurangnya suplai oksigen ke otak janin di kandungan
- Adanya cacat tulang belakang dan pendarahan di otak.
- Penyakit yang menyerang ibu saat hamil
- Keracunan timbal (French, 2004).

CP dapat berkombinasi dengan gangguan epilepsi, mental, belajar, penglihatan, pendengaran, maupun bicara. Secara umum terdapat beberapa jenis CP berdasarkan kesulitan yang dialami penderitanya sebagai berikut:

- **Spastik** (tipe kaku-kaku) dialami saat penderita terlalu kaku dalam mengontrol geraknya. Jenis ini termasuk yang paling sering muncul. Sekitar 65 persen penderita lumpuh otak masuk dalam tipe ini.
- **Atetoid** terjadi pada penderita yang tidak bisa mengontrol gerak ototnya, biasanya gerakan atau posisi tubuhnya cenderung aneh.
- **Kombinasi** adalah campuran spastic dan athetoid.
- **Hipotonis** terjadi pada anak-anak dengan otot-otot yang sangat lemah sehingga seluruh tubuh selalu

terkulai. Biasanya berkembang menjadi spastic atau athetoid. Jenis ini juga disebut **ataxia**.

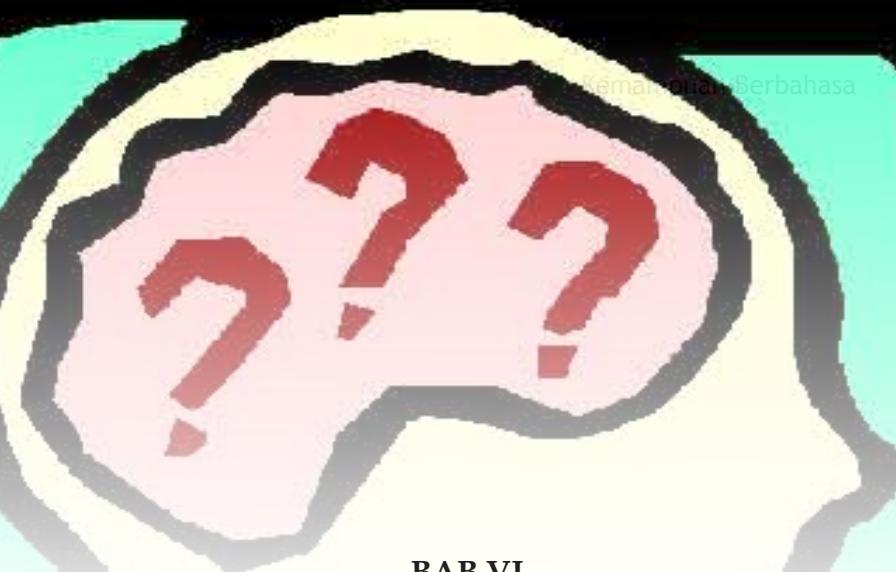
Anak dengan CP memiliki masalah komunikasi yang teridentifikasi sejak bayi. Apabila pada umumnya bayi dapat merespon dan bereaksi terhadap stimuli yang diberikan, tidak demikian halnya dengan penyandang CP. Hal ini karena keterbatasan geraknya yang menyebabkan tubuhnya kaku, lemas, lunglai, tidak mampu mengkoordinasikan gerak lengan dan tungkainya, juga menggerakkan otot wicara. Mereka dapat mengalami keterlambatan berbicara, berbicara tidak jelas, dan mengalami sejumlah kesulitan bertutur lainnya. Sebagai gantinya mereka dapat menunjuk pada objek yang dimaksudnya.

Adapun secara intelejensi mereka menunjukkan kemampuan yang beragam. Meskipun sebagian penyandang CP mengalami keterbelakangan mental, pemahaman mereka sangat potensial untuk dikembangkan.

Pada beberapa penyandang CP, pendengaran dan penglihatan tidak berfungsi maksimal. Hal inilah yang menyebabkan timbulnya kesan intelegensinya kurang. Oleh karena itu diperlukan observasi mendalam supaya kesulitan utamanya dapat dientas (Disabled Village Children, 2009).



Pirila dkk (2007) meneliti tentang hubungan antara keterbatasan motorik, kesulitan kognitif, masalah berbahasa dan motorik tutur pada anak-anak dengan CP usia 1-9 tahun. Sebagai temuannya, anak dengan IQ di atas 70 mengalami masalah motorik tutur, sedangkan yang memiliki IQ di bawah 70 mengalami masalah motorik tutur, ekspresi verbal dan ketrampilan pemahaman.



BAB VI

KEMAMPUAN LINGUISTIK PENYANDANG GANGGUAN DAN RETARDASI MENTAL

Dalam bab ini dijelaskan mengenai kemampuan linguistik penyandang gangguan mental. Kemampuan linguistik sangat terkait dengan kondisi mental sehingga hambatan kognisi dapat mempengaruhi pemahaman atau produksi bahasa seseorang. Penjelasan mengenai karakteristik penyandang gangguan mental akan mengantarkan pada pemahaman mengenai kemampuan linguistiknya.

A. Schizophrenia dan Kemampuan Linguistiknya

Penderita Schizophrenia mengalami gangguan bahasa reseptif. Hal ini terdeteksi dari kesulitannya dalam persepsi kata, memahami kalimat, dan memproses



secara semantik maupun sintaktik. Berdasarkan studi kasus perkembangan syaraf pada masa kecil beberapa penderita schizophrenia terdapat kesulitan membaca dan mengenali kata hingga usia 7 tahun. Meskipun demikian, pada semua penderita tidak ditemukan sejarah kesulitan berbahasa ekspresif (Condray, 2005).

Gangguan berbahasa reseptif yang dialami penderita Schizophrenia dipengaruhi dua sistem utama, **sistem persepsi** dan **memori semantik**. Memori semantik bersifat dinamis karena dipengaruhi pengalaman dan hasil pembelajaran individu tersebut. Dalam hal ini, bahasa merupakan media kontak antara lingkungan, pembelajaran dan memori semantik. Kekacauan kognitif yang dipicu gangguan mental menyulitkan hubungan ketiganya secara fungsional.

Penderita Schizophrenia tidak dapat membedakan antar kata berdasarkan ciri semantik kata-kata yang diberikan. Pada penutur normal, kemampuan mengakses memori semantik jangka panjang ditunjang pengalaman belajar dan maknanya. Misalnya kata “apel-jeruk” akan lebih mudah ditangkap daripada kata yang tidak memiliki asosiasi langsung seperti kata “kentang-biola”.

B. Down Syndrome dan Kemampuan Linguistiknya

Down Syndrome adalah gangguan perkembangan

anak yang bersifat medis dan secara tipikal buhan hanya menjadikan anak memiliki abnormalitas secara fisik melainkan juga secara mental. Secara genetik, gangguan ini disebabkan oleh kondisi berlebihnya *autosom 21* yang diderita merata pada gender, baik laki-laki maupun perempuan.

Istilah lain gangguan ini yaitu *mongolism* dengan ciri khusus seperti: abnormalitas pada tengkorak dan bentuk muka; tubuh pendek; mulut selalu terbuka, jarak lebar antara kedua mata, dan sebagainya. Kondisi ini terjadi akibat *nondisjunction* pada saat proses pembuahan dalam rahim akibat kandungan antibodi tiroid yang terlalu tinggi, adanya virus akibat radiasi dan akibat terjadi kemunduran sel telur setelah satu jam berada di dalam saluran falopi yang tidak dibuahi.

Penderita *Down Syndrome* memiliki skor IQ di bawah 70. Namun begitu kemampuan intelektualnya sangat beragam dan salah jika kita menganggap kemampuan berbahasa semua penderitanya sama. Menurut Kendler (dalam Carrol, 1986) tingkatannya terbagi atas:

- ringan (IQ 53-68),
- sedang (IQ 36-52),
- berat (IQ 20-35) dan
- parah (IQ di bawah 20).

Dengan demikian kemampuan linguistiknya mengacu pada kelainan kognitif yang dialaminya.

Kajian tentang *Down Syndrome*(DS) atau keterbelakangan mental menunjukkan adanya hubungan antara kelainan kognitif dengan kegagalan memperoleh kompetensi linguistik sepenuhnya. Penderita keterbelakangan mental memiliki keterbatasan dalam hal perhatian, ingatan jangka pendek, dan pembedaan persepsi; mereka juga kesulitan memahami segala bentuk makna simbolik. Ini semua mempengaruhi performasi berbahasa meskipun masing-masing penderita menunjukkan gejala yang bervariasi. Di bawah usia setahun perkembangan komunikasi dan prelinguistiknya cenderung lambat. Pada umumnya, perkembangan fonologisnya juga lambat (Rondal, 2010). Hanya sedikit kosakata dapat dikuasai dan ucapannya cenderung pendek dan *telegrafis* (tanpa imbuhan dan kata sambung, mirip bahasa dalam telegram).

Dewasa ini banyak dibahas mengenai seberapa jauh perbedaan antara perkembangan bahasa pada anak dengan keterbelakangan mental dengan anak yang mengalami lambat bicara. Isu ini sulit dipecahkan karena terdapat perbedaan yang lebar antara performasi masing-masing individu, dan karena keterlambatan pada satu area bahasa (misalnya keterbatasan kosakata) akan berimbasi

pada area lain (misalnya panjang ujaran). Namun yang perlu dicatat, keteterlambatan perkembangan fonologis pada penyandang DS tidak berlanjut penyimpangan sebagaimana yang dialami penyandang autisme (Rondal, 2010).

Anak sindroma Down bermasalah dengan pelafalan. Ketika diminta menirukan ucapan orang lain kesalahan pelafalan lebih sedikit muncul dibandingkan dengan ketika mereka berbicara spontan. Dengan suaranya yang khas parau, intonasinya tergolong abnormal. Komunikasi dengan menggunakan bahasa tubuh (*gesture*) lebih dipilih oleh anak dengan sindroma Down berat dan parah.

Kebanyakan penyandang DS mengalami masalah serius dalam organ wicara dan artikulasi yang bisa disebabkan:

- (1) rongga mulut yang terlalu sempit sehingga menyulitkan lidah menghasilkan suara resonansi, lidah menjulur, bibir sumbing atau langit-langitnya pendek, struktur gigi yang tidak normal atau cacat yang menyebabkan oklusi gigi, pangkal tenggorok berada di leher atas, otot wicara lemah yang terkait dengan lidah, bibir, langit-langit dan otot pernafasan;
- (2) gangguan pendengaran: kehilangan hingga sekitar 25-55 desibel dari suara yang diperdengarkan, gangguan

konduktif, sensori atau gabungan keduanya; (3) lemah dalam kordinasi motorik; dan (4) masalah bersuara (Rondal, 2010).

Secara umum dapat disimpulkan bahwa gangguan berbahasa, yang dialami penyandang DS baik anak-anak maupun dewasa, hanya bersifat terlambat (bukan bersifat kurang atau tidak mampu). Artinya dengan perkembangan yang berlangsung lamban, proses pemerolehan bahasa yang dilaluinya mirip dengan urutan normal meskipun pada sebagian penyandang tidak dapat mencapai kompetensi penuh sebagai mana pembicara dewasa normal. Hal ini tergantung tingkat parahnya kelainan yang diderita. Adapun kemampuan sintaksisnya dapat dicapai pada usia dewasa, meskipun mereka lebih dapat menangkap kontruksi kalimat afirmatif daripada negasi.

Penyandang DS dengan IQ 50-70 mampu menunjukkan keterampilan linguistik, empati dan intuisi yang baik. Beberapa diantaranya bahkan sangat senang berbicara, cukup fasih dan sangat ekspresif. Namun demikian, tidak sedikit yang menggunakan bahasa bukan untuk menyampaikan informasi tetapi sekedar menikmati berbicara saja tanpa harus bermakna (Bogdashina, 2005).

Pada penyandang DS apabila disertai dengan gangguan berbahasa dan berkonsentrasi dapat diatasi

dengan intervensi dini. Hal ini juga perlu ditunjang diet agar sari makanan yang berbahaya dapat dihindari sehingga akan mendukung proses perbaikan pada kondisis psikologis, neurologis, fisiologis, dan endokrinnya.

Dalam perkembangan bahasanya, penyandang DS mengalami kesulitan morfosintaksis. Rondal (2010) menyebutkan kesulitan utama perkembangan morfosintaksis pada penyandang DS sebagai berikut:

- Menyusun frasa dengan menggunakan kata-kata fungsional disamping kelas kata (nomina, verba, kata sifat, kata keterangan) sedemikian rupa untuk menyampaikan makna yang tepat
- Menghasilkan kata dengan imbuhan yang tepat
- Menyatukan frasa membentuk kalimat sederhana
- Menghasilkan beragam kalimat pragmatik (kalimat afirmatif, kalimat tanya, kalimat perintah, kalimat seruan)
- Menyusun dan memahami perbedaan kalimat aktif dan pasif

Lebih jauh, kemampuan membaca penyandang DS tidak berbeda dengan anak normal. Buckley (dalam Rondal, 2010) melakukan studi kasus yang menunjukkan bahwa pengenalan membaca sejak dini atau sejak usia 3 tahun akan secara signifikan meningkatkan kematangan berbahasa, kemampuan literasi dan memori jangka

pendek pada remaja penyandang DS. Perbedaan ini kentara jika dibandingkan dengan hasil pembelajaran membaca yang dimulai usia 5 atau 6 tahun. Hal ini dilandasi tiga alasan:

- Pemrosesan informasi spasial visual lebih cepat daripada verbal auditory pada penyandang DS
- Pesan ganda (berupa lisan dan tulisan) dapat tersimpan dengan baik pada memori bahasa anak
- Penggunaan media tulis secara alami akan mendukung perkembangan aspek morfosintaktik daripada penyampaian melalui media lisan

Pada individu DS kemampuan pragmatiknya tidak mengalami hambatan yang berarti. Dalam percakapan mereka memahami fungsi pergantian giliran dan pertukaran informasi serta menyadari adanya tindak ilokusi yang membutuhkan respon. Kelemahannya hanya dalam mengekspresikan tindak tutur tak langsung, misalnya melaporkan kalimat penutur lain. Namun demikian menurut Abbeduto & Keller Bell, kemampuan pragmatik yang terkait dengan keterampilan sosial tersebut dapat ditingkatkan secara bertahap melalui program intervensi (dalam Rondal, 2010).

Kemampuan linguistik dan kognitif penyandang DS dapat mengalami penurunan dini. Hal ini karena

secara fisik dan biokimiawi proses penuaan penyandang DS lebih cepat yaitu dimulai sejak sebelum menginjak usia 40 tahun. Riset menunjukkan bahwa 55% penyandang DS pada usia tersebut mengalami penurunan memori akibat demensia jenis Alzheimer (Rondal, 2010). Sebagai dampaknya mereka akan mengalami:

- Pemrosesan bahasa baik secara reseptif maupun ekspresif yang lebih lamban
- Pernafasannya kurang mendukung kelancaran bicara
- Gangguan pendengaran, tidak dapat menangkap stimuli auditori, kesulitan menyimak bisikan maupun bercakap-cakap melalui telepon, menangkap pembicaraan di area bising.
- Kesulitan memahami kalimat dengan struktur sintaksis kompleks
- Kesulitan memahami wacana
- Makin tidak fasih, dalam bicara lebih sering muncul jeda, ragu, dan pengisi seperti: *mmm.....eer....*
- Sulit membedakan kata, sangat lama menemukan diksi yang tepat dalam memori semantiknya.



BAB VII

PENANGANAN GANGGUAN BERBAHASA

Setelah mengetahui beragam gangguan berbahasa, diperlukan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai penangannya. Untuk itulah berikut ini dijelaskan secara global mengenai penanganan gangguan melalui beberapa teknik elementer.

A. Metode Komunikasi Representatif

Metode ini terkait dengan cara efektif berkomunikasi dengan penyandang gangguan berbahasa. Lebih lanjut hal ini berimplikasi pada pendidikan bagi anak penyandang gangguan berkomunikasi. Permasalahan berkomunikasi harus dipahami secara mendasar sebelum ditentukan

program pengentasan kesulitan berkomunikasi yang dialami.

Kebanyakan dari permasalahan berbicara lebih banyak berkisar pada masalah tumbuh kembang daripada masalah fisiologis. Pada awalnya anak dengan gangguan berkomunikasi mendapat terapi bahasa hanya di kelas khusus, namun dewasa ini terjadi trend menyekolahkan pada sekolah umum atau yang disebut dengan **pendidikan inklusi**. Kecuali pada penyandang gangguan berkomunikasi parah yang membutuhkan terapi individu, pendidikan inklusi diharapkan memberikan perbaikan berbicara melalui kurikulum secara umum dan lingkungan alamiah. Pendidikan inklusi akan maksimal apabila terjalin kerjasama antara guru, terapis wicara, dokter yang menangani anak tersebut dan orang tua.

Adapun pada anak dengan gangguan pendengaran konduktif dibutuhkan alat bantu dengar. Apabila gangguan pendengarannya lebih kompleks secara konsisten perlu dilatihkan menggunakan bahasa isyarat, eja jari (finger spelling), atau menggabungkan keduanya dengan artikulasi perkataan sederhana sesuai contoh. Hal inilah yang disebut dengan komunikasi total yang masih menjadi cara berkomunikasi terbaik. Pendidikan inklusi sebaiknya memberikan pelayanan yang mendukung anak misalnya dengan menggunakan media visual seperti

film dengan tulisan yang mendeskripsikan perkataan dan bahan bacaan dengan kosakata sederhana.

1. Berkommunikasi dengan anak

Dalam percakapan dengan anak yang sedang belajar bicara perlu dilakukan sesering dan seakrab mungkin. Percakapan tidak harus panjang atau mengenai hal yang penting, namun tujuannya adalah tetap mempertahankan interaksi dengan menggunakan kata-kata apapun yang dapat diucapkan anak. Berbicaralah mengenai apapun yang sedang dilakukan atau yang disukai anak meskipun itu adalah hal yang cukup remeh. Gunakan kata-kata sederhana yang dapat dipahami dan ditirukannya dan jadikan anak ikut menikmati percakapan tersebut.

Proses ini memang membutuhkan banyak waktu dan kesabaran. Pada prinsipnya dalam hal ini kita berperan sebagai teman bercakap-cakap, bukan sekedar pengasuh atau yang selalu member perintah. Selain itu untuk mewujudkan komunikasi yang lebih efektif perlu diperhatikan hal-hal berikut.

- Berkomunikasilah mengenai beragam hal**

Bicaralah mengenai apapun tapi jangan mendominasi pembicaraan. Untuk merespon bicara anak perlu diberikan komentar singkat dan mengulang apa yang dikatakan anak.



- **Berkomunikasilah untuk kontak sosial yang menyenangkan** bukan hanya untuk menyuruh melakukan sesuatu Riset mengenai perkembangan bahasa membuktikan bahwa semakin sering orang tua mengajarkan bicara dengan cara direktif maka akan semakin pasif kemampuan anak dalam bersosialisasi. Jika lawan bicara lebih berperan sebagai teman daripada pimpinan, anak akan lebih nyaman dalam berinteraksi dan dapat menikmati percakapan yang lebih panjang.
- **Beri komentar dan tunggulah.**
Pada saat berkomentar pada perkataan anak perlu memberi waktu untuk melihat bagaimana respon anak. Setiap respon anak berarti komunikasi telah berhasil dan percakapan terus berlangsung. Terus bicarakan hal-hal yang dipahami anak dan apa yang sedang dilakukan dengan menggunakan kosakata yang telah diucapkannya. Anak akan mencoba meniru kosakata kita lebih banyak lagi.
- **Balaslah komentar anak.**
Dengan membiarkan komentar anak, anak akan menganggap kurang diperhatikan. Apabila komentar anak dibalas, anak akan makin bersemangat untuk terus menjalin komunikasi
- **Seimbangkan percakapan**

Meskipun pada umumnya anak banyak berbicara mengenai dirinya, anak perlu didorong untuk berbicara mengenai orang lain di sekitarnya.

- **Jadikan percakapan sebagai permainan kreatif**
Jika anak tidak merasa sedang dinilai cara bicaranya atau akan dikoreksi orang dewasa yang sedang mendengarnya, anak akan merasa bebas berekspresi. Anak akan menciptakan kata-kata kreatif.
- **Ikutilah aturan percakapan pada umumnya**
Berilah contoh berbicara untuk direspon, menunggu jawaban, membalas pertanyaan, berbicara dengan jelas, mengulang kata atau mengganti dengan kata lain yang lebih mudah dipahami. Tunjukkan pula contoh untuk tidak memotong pembicaraan, tidak mempedulikan pertanyaan, tidak bergumam, bicara sendiri atau tidak menjelaskan maksudnya.

2. Berkomunikasi dengan penyandang Asperger's Syndrome dan Autism Spectrum Disorder

Penyandang AS memiliki keunikan pola persepsi sebagaimana penyandang ASD. Untuk berkomunikasi dengan mereka, diperlukan pemahaman mengenai pola persepsi mereka yang didominasi dua hal:

- **Satu nama - satu objek.** Misalnya kata 'da-da' apabila pertama kali dikenal anak sebagai ungkap verbal

yang mengiringi lambaian tangan saat berpisah, tidak dapat dipakai untuk mengacu pada kata ‘dada’ sebagai bagian tubuh. Sehingga perlu dilatihkan untuk membedakan dua kata tersebut dengan perbedaan intonasi (Indah, 2010).

- **Generalisasi berbasis persepsi.** Misalnya kata ‘pintu/door’ lebih sulit ditangkap karena yang tersimpan dalam memori anak yaitu kata ‘rer’ sesuai dengan bunyi yang dihasilkan saat pintu dibuka dan bergesekan dengan permukaan karpet (Williams dalam Bogdashina, 2005).

Dalam membangun komunikasi yang efektif dengan penyandang spektrum autisme khususnya Asperger’s Syndrome, Welton (2004) menyarankan beberapa teknik berikut untuk diperhatikan:

- Perhatikan tempo bicara, jika kita berbicara terlalu cepat, tidak semua frasa dapat ditangkap maknanya.
- Jelaskan secara rinci aturan-aturan umum yang perlu diketahui anak, misalnya teknik dalam bermain.
- Bersabarlah karena ia sering lupa untuk berganti giliran bicara, ingatkan untuk mengalihkan pembicaraan pada topik lain.
- Jangan marah jika responnya tidak tepat karena dia sering salah menafsirkan maksud pembicaraan kita.
- Katakan jika kalimat yang diucapkannya tidak tepat

atau menyinggung perasaan lawan bicara supaya dia menyadarinya.

- Hindari menggunakan kalimat yang tidak mampu dipahaminya seperti banyolan, kalimat yang mengandung metafora, atau yang berbau sarkasme karena penyandang AS memaknai kalimat hanya secara literal.
- Selalu komunikasikan adanya perubahan rencana karena penyandang AS tidak menyukai kejutan atau perubahan yang mendadak.
- Perhatikan volume suara karena penyandang AS sangat peka terhadap suara keras atau teriakan yang bisa membuatnya ketakutan. Cara berpikir ‘gestalt’ yaitu tidak mampu mengurai stimuli yang berbeda membuatnya mendengar seluruh suara secara bersamaan tanpa bisa membedakan antara suara keras dan lemah, suara jauh dan dekat.
- Perhatikan jarak berbicara. Sebagian penyandang AS dan ASD bersifat hypertactile sehingga kuatir jika berbicara terlalu dekat atau bersentuhan dengan orang lain apalagi orang asing.
- Jika berbicara dengan penyandang AS pastikan menyebutkan namanya supaya dia menyadari bahwa ujaran yang kita sampaikan bukan ditujukan pada orang lain. Contoh: “Nur, tolong tutup pintu.”

- Jangan menuntut mereka berbicara dengan kontak mata, meskipun tidak sedang menatap kita sebenarnya dia sedang berkonsentrasi pada yang kita katakan. Karena beberapa penyandang ASD dan AS cenderung memiliki *peripheral vision*, kontak mata belum tentu efektif bagi mereka. Justru dengan memicingkan mata atau sambil menatap sepatu lawan bicara mereka bisa berkonsentrasi pada stimuli auditori ujaran lawan bicaranya.
- Sederhanakan perintah dengan memperjelas maksud kita. Contoh: "Rapikan" lebih sulit dipahami sehingga perlu diperjelas dengan "masukkan kertas-kertas ke dalam boks".
- Untuk memperjelas maksud kita lebih baik ditunjang dengan media visual misalnya dibantu dengan gambar, diagram dll.
- Untuk menjelaskan aturan sosial berikan contoh dengan perbuatan, dengan menggunakan *social story* atau *comic strip* untuk memudahkan pemahamannya.
- Jangan terlalu sering memotong pembicaraannya pada saat dia sedang berpikir keras menemukan kata-kata yang tepat karena hal ini dapat memecahkan konsentrasinya. Apabila ada kata yang tidak tepat jangan langsung disalahkan namun perlu dimaknai kembali. Misalnya ketika Alex, seorang penyandang

ASD mencium kening ibunya dan berkata ‘kentang’, tidak berarti dia lapar tapi dia sedang menganalogikan kecintaannya pada kentang dengan pada kening ibunya yang bertekstur sama dengan kentang (Bogdashina, 2005).

Pada saat berkomunikasi, penyandang AS atau ASD dapat memunculkan respon yang membutuhkan waktu yang lama, respon tidak sesuai (tiba-tiba marah, tertawa tanpa sebab, membeo yang didengarnya, atau malah berakhir dengan tanpa respon sama sekali dan sibuk dengan dirinya sendiri). Hal ini karena adanya kondisi berikut:

a. **Persepsi fragmen gestalt** yang membuatnya kesulitan menangkap makna stimuli jika tidak diuraikan. Misalnya dalam memahami sebuah objek diawali dengan mengamati bentuknya lalu warnanya, baru disusul pemahaman lain seperti tekturnya, baunya, fungsinya dan seterusnya hingga dia menangkap secara menyeluruh. Apabila proses ini gagal di tengah jalan, dia harus mengulangi lagi dari awal.

b. **Pendengaran tertunda** pada pertanyaan yang diberikan orang lain. Pertanyaan pertama didengarnya sebagai bunyi tanpa makna, apabila diulang baru tertangkap maknanya setelah beberapa saat. Waktu tertundanya

pendengaran bervariasi, setelah sekian detik, menit, jam, hari, minggu bahkan berbulan-bulan lamanya. Pertanyaan tersebut terekam dalam memori dan dapat muncul kembali pada waktu yang tidak terduga yang muncul seperti suara bergema atau *echoes*. Misalnya: anak tiba-tiba kaget mendengar suara "Ayo pergi!" padahal tidak ada siapa-siapa di dekatnya, ternyata kalimat itu ajakan ibunya kemarin yang stimulinya tertunda hingga hari berikutnya.

c. **Intensitas sensorik yang dialami** yang dapat berupa hipersensitifitas atau hiposensitifitas terhadap rangsangan sensorik. Intensitas sensorik tersebut bersifat fluktuatif tergantung pada fase perkembangan, spektrum yang dialami, usia, kondisi fisik dan kontak dengan lingkungan. Beberapa macam **kepekaan berlebihan** yang dapat terjadi antara lain:

- *Hypervision*, kepekaan berlebihan terhadap stimuli visual. Misalnya memperhatikan serat-serat permadani, mengeluhkan debu yang berterbangan, tidak menyukai lampu yang terang, takut pada sorotan lampu senter, dll.
- *Hyperhearing*, kepekaan berlebihan terhadap stimuli auditori sehingga mengakibatkan sulit tidur nyenyak karena ketakutan pada suara-suara yang tak terduga (dering telepon, tangisan bayi), tidak menyukai di

keramaian, suara petir, takut mendengar suara mesin potong, blender, dll. Reaksinya langsung menutup telinga meskipun pada saat itu orang lain tidak mendengar kebisingan apapun. Kadang-kadang anak akan mengeluarkan suara-suara repetitif (aaa... aaa....aaa) untuk mengimbangi atau menghalangi terdengarnya suara lain yang dianggapnya mengganggu.

- *Olfactory hypersensitivities*, kepekaan berlebihan terhadap stimuli berupa bau-bauan. Mereka akan menghindari bau yang dibencinya, menyendiri, memakai pakaian yang sama. Bagi mereka, bau atau rasa makanan sangat kuat sehingga meskipun lapar mereka akan menolak maka. Hal ini terjadi pada anak yang sulit makan, mudah memuntahkan makanannya dan hanya makan sedikit macam makanan.
- *Hypertactile*, kepekaan berlebihan terhadap stimuli berupa rabaan. Mereka mendorong orang yang mencoba memeluknya karena takut sentuhan yang seakan-akan membuat mereka merasa kesakitan. Karenanya sulit sekali mengeramasi rambutnya atau memotong kukunya. Mereka sering menolak pakaian atau sepatu yang teksturnya menyakiti kulitnya. Beberapa anak bahkan sangat peka terhadap rasa panas/dingin.

- *Vestibular hypersensitivity*, kepekaan berlebihan terhadap keseimbangan tubuh. Beberapa anak sulit mengubah haluan ketika berjalan atau merangkak di atas permukaan yang tidak rata. Mereka kesulitan dalam berolahraga karena pada saat melompat, berputar, atau berlari mereka merasa kehilangan keseimbangan sehingga mereka takut seolah-olah kakinya tidak lagi berpijak di atas tanah.
- *Proprioceptive hypersensitivity*, kepekaan berlebihan akibat kecacauan koordinasi syaraf. Mereka kesulitan dalam mengatur postur tubuh yang sesuai, kesulitan memegang benda berukuran kecil, dan kadang-kadang tidak merasakan apa yang terjadi pada tubuhnya. Layaknya orang yang sedang mabuk alkohol, perintah sederhana seperti menunjuk hidungnya sendiri bukanlah hal yang mudah mereka lakukan (Bogdashina, 2005).
- Sebaliknya, dapat terjadi **kekurangpekaan** (hiposensitifitas) antara lain:
- *Hypovision*, kekurangpekaan menemukan posisi objek sehingga membutuhkan rabaan untuk mengenali objek yang dimaksud. Mereka tertarik pada cahaya atau bola lampu dan sangat menyukai benda yang penuh warna. Jika memasuki ruangan baru, mereka akan berjalan mengitari dan menyentuh apa saja

sebelum mereka merasa nyaman. Mereka bahkan betah duduk berjam-jam lamanya sambil memainkan objek di depannya.

- *Hypohearing*, kekurangpekaan dalam mencari suara. Mereka suka menempelkan telinga pada peralatan bermesin, menyukai keramaian dan bunyi sirine. Bahkan mereka senang menciptakan suara keras dengan membanting pintu, memukul meja, merobek buku, mengeraskan radio, dll.
- *Hypotaste/hyposmell*, kekurangpekaan terhadap stimuli rasa dan bau. Mereka suka menjilat, mengunyah dan mengendus apa saja meskipun bukan makanan, seperti rumput, mainan pasir, dll.
- *Hypotactility*, kekurangpekaan terhadap rabaan, perubahan temperatur, dan rasa sakit akibat luka tubuhnya. Bahkan rasa sakit akibat patah tulang tidak dirasakannya sehingga mereka sering melukai diri sendiri, menggigit tangannya, membenturkan kepalanya ke tembok hanya untuk merasakan sensasi sakit.
- *Vestibular hyposensitivity*, kekurangpekaan terhadap gerakan tubuh sehingga mereka suka menggerakkan seluruh tubuhnya, berputar-putar tanpa henti dan tidak merasakan pusing sedikitpun. Saat dudukpun badan terus diayunkan ke depan dan belakang.

- *Proprioceptive hyposensitivity*, kekurangpekaan terhadap sensasi tubuhnya sendiri. Mereka tidak pernah merasa lapar, senantiasa merasa lemas dan tidak bisa menyangga tubuhnya sendiri sehingga perlu bersandar ke orang lain, ke tembok atau meja/kursi/lemari. Cara jalannya seperti orang mabuk yang mudah ambruk dan sering menabrak orang atau benda di depannya (Mukhopadhyay dalam Bogdashina, 2005).

Dengan memahami keunikan kondisi penyandang AS dan ASD di atas, dalam berkomunikasi kita dapat mengantisipasi timbulnya hambatan misalnya dengan memberinya cukup waktu untuk mengatasi kesulitannya dan menguraikan stimuli auditori dari pertanyaan atau instruksi yang kita berikan. Kita juga perlu menjelaskan situasi atau konteks yang ada sehingga mereka tenang dalam berkomunikasi dan tidak terganggu dengan rangsangan yang terkait dengan kondisi hipersensitif atau hiposensitifitasnya.

3. Berkomunikasi dengan penderita Huntington's Disease

Penderita HD mengalami kesulitan berkomunikasi yang cukup kompleks sehingga diperlukan kesabaran ekstra dalam membantu kesulitan mereka. Untuk itu

dalam berkomunikasi yang perlu ditekankan antara lain:

- Berbicara dengan tempo pelan
- Mengucapkan kata lebih dari satu kali
- Mengulang kata atau kalimat jika diperlukan
- Menyederhanakan susunan kalimat
- Memperjelas bunyi
- Volume suara ditingkatkan
- Bantu upayanya menjelaskan sesuatu
- Gunakan gesture
- Perjelas suku kata pertama tiap kata
- Gunakan kalimat pendek
- Bantu pemahaman dengan papan tulis, papan alfabet, papan gambat atau alat komunikasi tulis elektronik.
- Hindarkan suara lain yang memecah konsentrasi
- Gunakan kalimat tanya Ya/Tidak
- Perhatikan mimik muka dan gesturnya
- Tunggu hingga dia menyelesaikan kalimatnya

B. Bina Wicara

Pada bagian ini bina wicara yang dibahas meliputi latihan afasia pada penderita stroke dan training keterampilan bahasa pada penyandang SLI.

1. Latihan afasia pasca stroke

Latihan afasia berupa bina wicara dapat diberikan oleh terapis profesional dan keluarga yang telah mendapat

petunjuk untuk menerapkan latihan secara kontinyu. Prinsip bina wicara adalah motivasi, stimulasi dan repetisi (Kusumoputro & Sidiarto, 1984). Penderita afasia perlu memperoleh **motivasi** untuk melatih bicaranya. Jangan dibiarkan menggunakan bahasa isyarat dalam percakapan sehari-hari agar berlatih mengucapkan kata-kata. **Stimulasi** yang diberikan akan disesuaikan dengan program yang disusun terapis berdasarkan berat ringan afasianya dan latar belakang pendidikannya. Program ini ditujuan untuk memberikan stimulasi yang kontinyu secara auditif atau tertulis. Pengulangan atau **repetisi** perlu dilakukan secara teratur.

Prinsip berkomunikasi di atas sebaiknya juga diterapkan pada terapi penderita stroke. Karena mengalami gangguan sistem peredaran darah di otak, gangguan emosional sering dirasakan sehingga diperlukan **kontrol emosi** selama terapi. Penderita secara psikologis mudah marah karena kekecewaannya tidak dapat berekspresi secara normal. Untuk itu diperlukan pemahaman cacat bicara penderita stroke dan pemberian motivasi untuk mengatasi emosinya.

2. Training keterampilan bahasa pada penyandang *Specific Language Impairment*

Adapun bina wicara pada penyandang SLI atau

lambat bicara memiliki kharakteristik yang berbeda. Hal ini didasarkan pada pendapat Tan & Njiokiktjien (dalam Tiel, 2006) bahwa *speech pathology* klasik pada umumnya lebih menekankan pada pelatihan berbicara dan perbaikan pada gejala-gejala gangguan bicara, dan *cognitive linguistics* (yang diatur oleh bagian otak sebelah kiri). Tujuan terapi wicara adalah **training keterampilan** (misalnya memperbanyak daftar kosakata, dan melakukan imitasi struktur kalimat) yang dalam prakteknya digeneralisasi dan menjemukan. Ada 5 bentuk penekanan pada terapi wicara:

(i). Penekanan pada **faktor verbal**.

Sebelum tahun 1970 dilakukan latihan prasyarat perkembangan bicara yaitu sensomotorik, pencanderaan secara umum, yang bisa secara cepat diikuti oleh anak bila anak sudah mempunyai adanya perkembangan pencanderaan auditif (artinya telah ada perkembangan otak sebelah kiri dengan fungsi yang baik). Setelah tahun 1970, stimulasi dan program pengayaan bahasa dikembangkan lebih luas lagi guna meningkatkan kualitas program.

(ii). Penekanan pada **faktor sintaksis**.

Dalam hal ini lebih diarahkan pada memahamkan struktur gramatika yang lebih spesifik yang disesuaikan

dengan tingkat perkembangan anak berdasarkan hasil dari analisa, yang dibandingkan dengan kemampuan rata-rata anak seusianya (dengan penekanan pada produksi bahasa). Dari sini kemudian dilakukan latihan (dengan model imitasi) tahap demi tahap hingga anak mencapai kemampuan rata-rata anak seusianya.

(iii). Penekanan pada **faktor semantik-kognitif**.

Dalam hal ini anak diarahkan agar mempunyai kemampuan pengertian bahasa yang berkaitan langsung dengan pemrosesan bahasa. Dalam sesi terapi anak diajak untuk memahami kata-kata, hubungan satu kata dengan kata yang lainnya, kaitannya dengan tata ruang atau dimensi, kaitannya dengan waktu, dsb. Pendekatan dialog dengan terapis banyak bertanya dan anak menjawab, merupakan hal yang paling penting.

(iv). Penekanan pada **faktor pragmatik**.

Anak diarahkan agar mempunyai kemampuan penguasaan bahasa, dan menggunakan bahasa dengan baik. Komunikasi timbal balik dan interaksi sosial merupakan pusat perhatian dari pelatihan, yang akan menghasilkan peningkatan kemampuan bercakap-cakap.

(v). Penekanan pada **faktor komunikasi**.

Dalam hal ini diarahkan bagaimana bentuk komunikasi yang cocok untuk anak-anak dan dewasa bila kemampuan verbal tidak dapat lagi dikuasai.



3. Program intervensi bahasa pada penyandang spektrum autisme

Beberapa prinsip berikut perlu diperhatikan dalam merancang program intervensi bahasa bagi penyandang spektrum autisme:

- Melibatkan teman sejawat sebagai rekan dalam berkomunikasi dengan diberikan contoh berkomunikasi yang tepat dan berkesinambungan.
- Memperhatikan tingkat perkembangan dan gaya belajar anak karena komunikasi nonverbal merupakan kompetensi berkomunikasi yang cukup rumit untuk dipahami penyandang spektrum autisme.
- Komunikasi bermakna yang melibatkan maksud prelinguistik dan kombinasi berbagai kata. Contoh: "*Siapa namamu?/Namamu sapa?/Namanya siapa sih?*"
- Komunikasi fungsional yang tidak sekedar perilaku verbal, misalnya membuat beberapa pilihan kebutuhan dan keinginan harian untuk memudahkan pembiasaan. Hal ini untuk mengurangi perilaku rigid atau terpaku pada rutinitas fungsional.
- Komunikasi terjadi dalam konteks alami supaya anak menyadari perbedaan setting dan komunikasi yang tepat pada lingkungan yang sesuai. Anak diharapkan dapat memonitor gaya bicaranya seperti volume suara, ritme dan kecepatan berbicara sesuai jarak dengan

- lawan bicara, konteks dan interaksi sosial. Anak diharapkan menerapkannya dalam beragam tujuan seperti berdiskusi, bernegosiasi, berinteraksi, dsb.
- Melibatkan banyak pihak untuk kemajuan dan keberhasilan komunikasi anak.

C. Pembenahan Leksikon

Pembenahan leksikon terkait dengan usia mental anak. Pada bagian ini pembahasan dikhkususkan pembenahan leksikon untuk penyandang sindroma Down dan lambat bicara.

1. Pembenahan leksikon penyandang sindroma Down

Pada penyandang sindroma Down, pembenahan leksikon didasarkan pada prinsip berikut:

- Tercipta pola interaksi yang menyenangkan dan efektif
- Anak mendapatkan pajanan sekaya mungkin dengan mempelajari kosakata sebanyak mungkin
- Anak dibantu untuk menggunakan secara spontan kosakata yang dikuasainya untuk mengekspresikan keinginan dan gagasannya. Bantu anak untuk tetap fokus dan beri contoh dengan melabel objek berulang-ulang. Strategi ini penting karena penyandang DS memiliki kelemahan dalam memori verbalnya, kesulitan menangkap makna kata-kata baru dan menghubungkan antara label dan objek yang



dimaksud, serta kesulitan mengingat hubungan kata.

Pada penyandang DS yang mengalami lambat bicara, perkembangan keterampilan bahasanya relatif lamban. Untuk itu perlu ditunjang dengan penggunaan simbol isyarat untuk menguatkan ujaran lisan sebagai strategi berkomunikasi secara total dengan mereka. Riset menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kosakata secara signifikan dengan menerapkan strategi komunikasi total (Rondal, 2010). Secara umum kemampuan reseptif penyandang DS melebihi kemampuan ekspresifnya, apalagi jika didukung dengan penggunaan gesture. Penggunaan gesture juga memudahkan proses mengingat kata karena pengolahan spasial visual (termasuk memori jangka pendek) lebih mudah diingat daripada pengolahan auditory verbal. Secara bertahap penggunaan gesture maupun isyarat akan berkurang dengan sendirinya.

Sangat penting dipilihkan leksikon yang dicontohkan karena objek dapat dilabel sesuai tingkatannya. Akan lebih mudah mempelajari nama dasar objek (contoh: mobil, kucing, meja, pisang) daripada nama kelompoknya (contoh: kendaraan, binatang, mebelair, buah) atau malah jenisnya (contoh: angkutan umum, Anggora, meja catur, pisang raja). Anak DS perlu menyimak kata berulang-ulang pada kesempatan yang berbeda dan beragam konteks dengan maksud yang jelas sebelum nantinya

mereka akan memahami kelompok kata dan jenisnya. Disarankan untuk menggunakan contoh yang paling mewakili (misalnya untuk kata burung menunjuk pada merpati bukan pinguin atau ayam) dan dengan objek riil, replika, gambar atau foto daripada menggunakan contoh abstrak.

2. Pembenahan leksikon penyandang Specific Language Impairment

Pada anak-anak yang mengalami keterlambatan perkembangan bicara dan bahasa, kesulitannya terutama dalam pelajaran bahasa dan pelajaran yang menggunakan teks. Anak-anak ini akan mengalami kesulitan dalam membuat karangan (menyatukan elemen cerita), melakukan tanya jawab, kesulitan gramatika, dan mengalami kesulitan bahasa ekspresif terutama saat sesi komunikasi karena kesulitan pada *finding words* (mencari daftar kosa kata dalam memori).

Karena jumlah kosakata pasif maupun aktif yang masih di bawah rata-rata anak seusianya menyebabkan anak-anak ini juga akan mengalami gangguan pemahaman bacaan. Karena itu prioritas pembenahan leksikon selalu diupayakan untuk meningkatkan daftar kosa kata, logika bahasa, analogi bahasa, dan gramatika. Akhirnya berlatih membuat karangan dan menjawab pertanyaan secara essay.

Kesulitan pada pemahaman bahasa (ketertinggalan kemampuan semantik) akan juga menyebabkan ia mengalami kesulitan pada soal-soal pilihan berganda yang sangat menekankan pada pembedaan leksikon. Karena itu soal jenis ini lebih baik dihindari.

Kepada anak-anak ini akan lebih bijaksana jika hanya diberikan satu bahasa atau **monolingual** (tidak bilingual ataupun multilingual), sebab anak-anak ini mengalami keterlambatan bicara dan tengah belajar mencari salah satu bahasa sebagai bahasa ibu. Kesempatan mengajarkan multibahasa padanya saat masa krisis berbahasa dapat menyebabkan hilangnya fungsi bahasa ibu yang justru berisi muatan emosi yang penting dalam menunjang tumbuh kembangnya (Tiel, 2009).

D. Penanganan Fase Praverbal

Konsep perkembangan berbahasa dan bicara yang perlu dipegang adalah tetap memperhatikan konsep metamorphose pergeseran dominasi hemisfer kiri dan kanan sehingga muncul proses praverbal sebelum fase verbal (baca penjelasan pada bab sebelumnya). Perkembangan fase praverbal pada dasarnya diatur oleh belahan otak kanan, yang berarti bahwa bentuk perkembangan bahasa dan bicara merupakan bentuk visual-global, serta pencanderaan multisensori. Dengan

demikian, anak memerlukan pajanan dalam bentuk visual-global yang mengaktifasi multisensorinya.

Kata pertama yang diucapkan oleh anak, bukan hanya multisensori namun juga mempunyai konotasi afeksi (kontak sosial emosional). Perkembangan fase awal yang jelas pada anak yang masih sangat muda, merupakan proses senso-motoris akibat adanya hubungan interaksi dengan ibu dan ayahnya yang selalu bersama dan berbicara padanya. Hubungan interaksi inilah yang perlu ditekankan dengan sesering mungkin berbicara pada anak dan menjauhkan asumsi bahwa anak tidak memahami bicara kita.

Dengan berjalaninya waktu kata-kata dan kalimat yang diucapkan akan menjadi bentuk yang bisa dipahaminya sebagai hasil dari abstraksinya, dengan sendirinya kelak akan lepas dari konotasi afeksi tadi. Pergeseran aktivitas otak dari kanan ke kiri juga akan lebih menghasilkan suatu perkembangan kognitif dalam bentuk kemampuan analitik yang lebih diatur oleh belahan otak kiri. Dengan adanya pergeseran ini maka anak akan lebih mampu membuat kalimat. Kemudian perkembangan morfologis (bentuk kata dan kalimat) dan syntaxis (gramatika) akan tergantung dari kematangan perkembangan belahan otak kiri. Sedang perkembangan belahan otak kanan akan tetap aktif antara lain dalam

rangka untuk mengatur aspek prosodi (ritme, melodi dan intonasi) saat bicara dan juga berbahasa yang kurang formal seperti misalnya puisi (Tiel, 2006: 13).

Untuk memberikan stimulasi dan terapi pada anak, Tiel (2006: 14) menyarankan untuk memanfaatkan perkembangan emosi, gerak (tarian), ayunan, dan musik. Misalnya: mainan baru untuk menstimulasi afeksi ‘punyaku’, hampir ulang tahun untuk menstimulasi afeksi ‘menegangkan’, kucing hilang untuk menstimulasi afeksi ‘kehilangan’, dll. Untuk itu diperlukan kata-kata yang mempunyai makna emosi misalnya: *oo..., aduh..., oh sayang yaaa..., kasihan...*

Pengembangan dan penyentuhan emosi perlu diresonansikan dalam bentuk nyanyian dan cakap-cakap pendek, dengan gerakan-gerakan, dan ayunan. Dalam hal ini perlu diupayakan agar tetap ada sinkronisisasi dalam berbagai bentuk (*sikap/gerakan/non-verbal cues*). Kemudian dikembangkan dalam bentuk “small talk”. Dalam hal ini juga perlu dihindari komunikasi dalam situasi komando (dimana anak harus menjawab pertanyaan), karena hal ini merupakan salah satu kelemahannya.

Dalam menangani anak dengan keterlambatan bicara, Tiel (2006: 15) menjelaskan beberapa faktor yang

mempengaruhi penanganan fase verbal sebagai berikut:

- **Faktor relasi emosi** dikatakan sebagai faktor penunjang perkembangan karena agar anak dapat mengembangkan dirinya sendiri dengan cara membangun relasi sosial dengan seseorang terdekatnya. Kontak fisik dengan sentuhan, belaian, ciuman, duduk berdampingan, akan mempunyai arti baginya dan akan memberikan rasa aman pada anak. Selain itu juga kita perlu mensinkronisasikan diri dengan sentuhan anak (*body awareness*);
- **Faktor motorik** mempunyai arti dalam pengembangan bahasa dan bicara, sebab berbicara adalah gerakan/motorik, dan gerakan akan menstimulasi bicara;
- **Faktor imitasi**, pada dasarnya perkembangan bahasa dan bicara anak didasari pada faktor imitasi dari apa yang diucapkan dan dibicarakan oleh orang-orang sekitarnya;
- **Faktor permainan** sebagai alat bantu akan lebih mempermudah terjadinya spontanitas anak untuk melakukan interaksi guna peningkatan kemampuan non-verbal.

E. Penanganan Fase Awal Verbal dan Fase Verbal

Pada bagian ini fase verbal dibedakan menjadi fase awal verbal dan fase verbal yang masing-masing memiliki

kekhususan dalam prinsip penanganannya.

Pada fase awal verbal, metode yang disarankan yaitu Metode Tan-Sóderbergh yang mulai digunakan *Instituut Dysfatisch Ontwikkeling* sejak tahun 1986. Prinsipnya adalah memanfaatkan perkembangan yang dominan pada anak-anak yang mengalami lambat bicara, yaitu mereka mempunyai perkembangan hemisfer kanan yang dominan. Otak sebelah kanan ini lebih berfungsi untuk mengatur fungsi visual, seperti mengenal berbagai logo-logo, lebih cepat membaca melalui berbagai logo dan alfabet, maka kelebihan ini dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan juga kemampuan verbal yang tertinggal (dalam Tiel, 2006: 15).

Metode ini diperuntukkan pada anak-anak *pure dysphatic development* usia 3-4 tahun, saat mana anak-anak ini sudah mulai berbicara. Kegiatannya dilakukan perkelompok, di sekolah, antara 4 – 5 anak dengan satu orang pembimbing. Selain dilakukan di sekolah juga dilakukan secara simultan dan terpadu di rumah oleh orang tua/ibunya. Karena itu tetap dibutuhkan kerjasama terpadu antara orang tua dan guru. Perkembangan individual tetap mendapatkan perhatian, agar kegiatan yang diberikan sesuai dengan perkembangan dan minat anak.

Pada prinsipnya metode ini mengajarkan berbicara dan berbahasa dengan menggunakan berbagai kata-kata yang menjadi perhatian si anak, kata-kata dan huruf serta kalimat yang tersebar dimana-mana di sekitarnya. Perhatian anak ini kita manfaatkan untuk mengembangkan apa yang ia lihat, dan kita manfaatkan untuk mengembangkan kemampuan verbalnya yang tertinggal.

Dalam memberi pajanan kata-kata, mulailah dengan nama-nama anggota keluarga, ayah, ibu, adik, kakak, kakek, nenek, yang dijelaskan melalui skema, gambar, foto, arti ayah, ibu, kakak dan adik. Dengan satu tema ini saja kita bisa mengembangkan ke banyak kata, kalimat, dan cerita. Pengembangannya dapat diterapkan dalam bentuk permainan dengan cerita papa, mama, kakak, adik. Untuk memudahkan pemahaman, manfaatkan berbagai perlengkapan yang bisa menjelaskan tentang figur-firug contohnya pakaian, sepatu, tas, dsb (Söderbergh dalam Tiel, 2006: 16).

Selanjutnya Tan menyarankan pendekatan menggambar dan menulis. Apa yang dipikirkan dan dirasakan anak diharapkan dapat diekspresikan melalui gambar, lukisan, dan cerita tertulis yang bernuansa petulangan hingga bertemakan sosial emosional (dalam Tiel, 2006: 16). Kata-kata penting yang dikenal anak

dituliskan dalam sebuah kartu bersama gambar yang telah dibuat, dimasukkan ke dalam satu map, yang sewaktu-waktu dapat dikembangkan lebih lanjut. Dengan begitu setiap saat akan dengan sendirinya berlatih. Menulis kata-kata tadi dapat menggunakan stempel ABC. Atau kita bisa juga menggunakan huruf magnit yang dapat kita letakkan dimana-mana (lemari es, dapur, ruang makan, ruang tamu, dll).

F. Komunikasi Alternatif/Pendukung

Komunikasi alternatif sangat berguna untuk mendukung komunikasi reseptif, ekspresif dan pragmatik penyandang gangguan berbahasa. Sebagai contoh pada penyandang spektrum autisme non-verbal yang membutuhkan komunikasi alternatif berupa **sistem komunikasi non-tutur**. Ragamnya yaitu simbol komunikasi berupa gambar, papan komunikasi, maupun cara lain (gesture, mimik muka, bahasa isyarat). Penggunaan teknologi juga dapat menjadi alternatif, misalnya alat komunikasi elektronik untuk mengetik kata-kata yang dimaksud. Sistem tersebut diperlukan dengan tetap melatih anak mengembangkan verbalnya dengan berupaya mengeluarkan vokalnya. Adapun pada penyandang ASD yang verbal atau semi verbal, sistem komunikasi tersebut mendukung pengentasan

gangguan berbahasa anak, antara lain melalui:

- **Strategi visual.** Hogdon (dalam Statskowsky, 2006) menunjukkan bahwa penggunaan gambar, simbol, papan komunikasi, dan media visual lainnya meningkatkan kemampuan reseptif penyandang ASD. Banyak anak ASD yang kesulitan dalam memahami bahasa dan pragmatik sehingga mereka berperilaku yang tidak sesuai atau bahkan menolak berpartisipasi dalam kegiatan. Dengan bantuan strategi visual, partisipasi anak akan meningkat dan perilakunya yang tidak sesuai akan menurun.
- **Cerita sosial dan buku komik.** Cerita sosial (*social story*) dirancang oleh Carol Gray untuk membantu anak memahami dan menerima rutinitas atau kejadian yang semula membuatnya tertekan (Moor, 2008). Misalnya cerita sosial untuk mengantri di bank dengan tenang. Pada cerita sosial disarankan mencakup tiga jenis kalimat: deskriptif, perpektif dan direktif. Komposisinya untuk setiap kalimat direktif diawali dengan dua sampai lima kalimat deskriptif atau preskriptif (Bogdashina, 2005). Untuk maksud yang sama juga diberikan melalui buku komik dengan warna yang mewakili perasaan, misalnya warna merah untuk menandakan kemarahan. Kosakata dan struktur kalimat yang digunakan sesuai dengan

usia dan kemampuan anak.

- **Picture Exchange Communication System (PECS).** PECS dirancang oleh Andrew Bondy, seorang psikolog dan Lori Frost, seorang terapis wicara di Delaware Autistic Program (Bogdashina, 2005). PECS dipakai untuk mengajari anak ASD berkomunikasi ekspresif dengan menukar kartu gambar, simbol atau penggalan kalimat dengan benda atau objek yang diinginkannya. Yang ditekankan di sini adalah bagaimana anak dapat memulai percakapan dan mengurangi frekuensi pengajar yang mengawali percakapan. Untuk itu program dimulai dengan satu gambar tunggal, beralih ke beberapa pilihan dan kemudian membentuk kalimat yang lebih kompleks. Gambar disimpan dalam buku ringkas yang dapat dilekatkan dan diambil lagi dengan mudah (Williams & Wright, 2007).

Berikut adalah contoh kartu flip-flap yang digunakan untuk anak usia 6 tahun, bercerita dengan gambar memanfaatkan karakteristik visual learner. Adapun contoh-contoh PECS dapat dilihat pada lampiran.

|  |  |  | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| I want | I see | thank you | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| drink | biscuit | apple | cake | crisps | banana |
|  |  |  |  |  |  |
| book | sand | bricks | pens | farm | puzzle |
|  |  |  |  |  |  |
| shoe | jumper | trousers | coat | sock | hat |

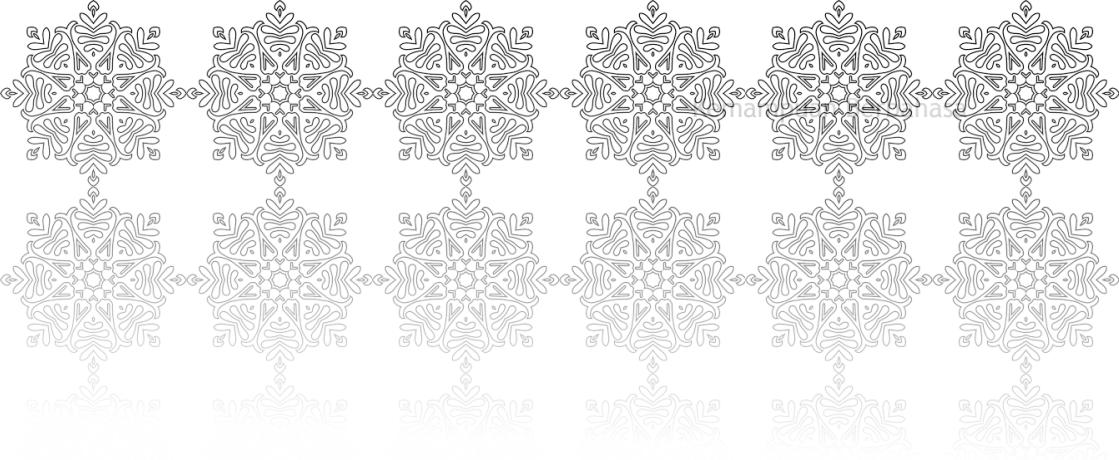
G. Terapi Penunjang

Beberapa terapi menunjang proses penanganan gangguan berbahasa dan bicara. Salah satunya yaitu **Ergotherapy**. **Ergotherapy** adalah terapi gerak dan sensoris yang lebih ditujukan untuk melatih jika anak mempunyai masalah dalam pengucapan (dyspraxia) yang disebabkan karena gangguan pada motorik dasar, indera, terlalu sensitive, serta gangguan fisik lainnya. Tujuannya untuk mengatasi aspek gangguan secara spesifik yang dibutuhkan dalam mendukung perbaikan bahasa dan bicara (Tiel, 2006: 18).



Auditory Integration Training (AIT) termasuk dalam terapi penunjang melalui piranti musik. Beberapa orang tua melaporkan keberhasilan terapi ini yang ditunjukkan dengan kemajuan anak dalam memproses informasi auditori. Terapi ini dirancang oleh Dr. Guy Berard yang mendalami bagaimana otot dan syaraf telinga mempengaruhi kerja otak dan organ keseimbangan sebagai struktur yang saling melengkapi. Ketika sistem telinga menerima pesan tetapi tidak diproses ke otak sebagaimana seharusnya, sebagai akibatnya individu menjadi terlalu peka terhadap frekuensi tertentu dan bermasalah dalam mengatur suaranya sendiri. AIT menggunakan musik untuk melatih otot telinga berefleksi dan meningkatkan kemampuan otak untuk menyaring suara yang masuk (Moor, 2008).

Gangguan Berbahasa



DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.,text rev.). doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- Apraxia-Kids: every child deserves a voice. 2005. *The Childhood Apraxia of Speech Association of North America* (CASANA). www.apraxia-kids.org/site/apps/nlnet-content.asp?xc=28 Diakses 28 Juli 2011
- Autism Teaching Methods. 2000. *DIR/Floor Time*. www.autismweb.com/floortime.htm. Diakses 12 Juli 2011.
- Bogdashina, O. 2005. *Communication Issues in Autism and Asperger Syndrome: Do we speak the same language*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bowen, C. 1998. *Children's speech sound disorders: Questions*

- and answers.* www.speech-language-therapy.com/phonol-and-artic.htm. Diakses 28 Juli 2011
- Caplan, D. 1998. *Neurolinguistics and Linguistics Aphasiology: an introduction*. Cambridge: the Press Syndicate of the University of Cambridge .
- Carrol, D.W. 1986. *Psychology of Language*. Pacivic Grove-California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Chaer, A. 2003. *Psikolinguistik:Kajian Teoretik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Clark, H & Clark, E.V. 1977. *Psychology and Language: an Introduction to Psycholinguistics*. New York: Harcourt Broce Jovanovich Inc.
- Cummings, J.L. 1985. Hemispheric Specialization: A History of Current Concept. *Clinical Management of Right Hemisphere Dysfunction*. Maryland: Aspen System Co.
- Dardjowidjojo, S (Ed.) 1991. *Language Neurology: PELBA* 4. Jakarta: Lembaga Bahasa Unika Atma Jaya.
- Disabled Village Children. 2009. *Cerebral Palsy*. www.hesperian.info-assets-DVC-DVC_Ch09.pdf Diakses 30 Juli 2011.
- Dugdale, D.C. 2009. *Huntington's Disease: huntington chorea*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001775/ Diakses 14 Juli 2011
- Field, J. 2003. *Psycholinguistics: a Resource Book for Students*. New York: Routledge.

- French, R. 2004. *Cerebral Palsy*. www.tahperd.org/LINKS/links_pdfs/APE_factsheets/Cerebral_Palsy.pdf Diakses 30 Juli 2011
- Gleason, J. & Ratner, M. 1998. *Psycholinguistics: 2nd edition*. Victoria: Wadsworth Thomson Learning.
- Greene B., Rathus. A, & Nevid S. 2005. *Psikologi Abnormal* Jilid 2. PT. Gelora Aksara Pratama: Erlangga.
- Handoyo, Y. 2004. *Autisme: Petunjuk Praktis & Pedoman Materi untuk Mengajar Anak Normal, Autis dan Prilaku Lain*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer
- Hembing. 2003. *Prof. Hembing Sembuhkan Anakku Dario Autisme*. Jakarta: Milenia Populer
- Herbert, M.R. dkk. 2002. Abnormal Asymmetry in Language Association Cortex in Autism. *Annals in Neurology* Vol. 52 (5): 588-596.
- Indah, R. N. 2010. *Analisis Psikolinguistik Pemerolehan Semantik pada Penyandang Keterlambatan Bicara Spektrum Autisme*. Laporan Penelitian Ilmu Pengetahuan Terapan tidak terpublikasi. Malang: Lembaga Penelitian UIN Maulana Malik Ibrahim.
- Indah, R. N. & Abdurrahman. 2008. *Psikolinguistik: konsep & isu umum*. Malang: UIN-Malang Press.
- Kemp, G., Segal, J. & Cuter, D. 2011. *Learning Disabilities in Children: learning disability symptoms, types and testing*. www.helpguide.org. Diakses 5 Juli 2011.
- Krashen, S. D. 1982. *Principles and Practices in Second*

- Language Acquisition.* New York: Prentice-Hall.
- Kusumoputro, S. & Sidiarto, L. 1984. Gangguan Bahasa, Persepsi dan Memori pada Kelainan Otak. *Cermin Dunia Kedokteran* (vol.34) hal. 7-11.
- Lyons, J. 1981. *Language and Linguistics*. London: Cambridge University Press.
- McCaffrey, P. 2008. *The Neuroscience on The Web Series: CMSD 642 Neuropathologies of Swallowing and Speech*. www.csuchico.edu/~pmccaffrey/syllabi/SPPA342/342unit15.html Diakses 28 Juli 2011
- Moor, J. 2008. *Playing, Laughing and Learning with Children on The Autism Spectrum: a practical resource for parents and carers* (2nd ed.). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Nababan, S.U. 1992. *Psikolinguistik: Suatu Pengantar*. Jakarta: Gramedia.
- Obler, L.K. & Gjerlow, K. 2000. *Language and the Brain*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pervasive Development Disorder. 2011. *Autism Program at Yale*. <http://medicine.yale.edu/childstudy/autism/information/pddnos.aspx> Diakses 10 Juli 2011.
- Pirila, S. dkk. 2007. Language and Motor Speech Skills in Children with Cerebral Palsy. *Journal of Communication Disorders*. 40(2007)116-128. www.sciencedirect.com Diakses 30 Juli 2011.



- Rondal, J.A. 2010. *Language Difficulties in Down Syndrome Lifespan Perspective and Remediation Principle.* www.jeanarondal.com akses 26 Des 2010.
- Sastraa G., Firdaus dan Usman A.H.. 2001. *Ekspresi Verbal Penderita Stroke: Analisis Neurolinguistik.* Padang: Lemlit Universitas Andalas.
- Schovel, T. 2004. *Psycholinguistics: Oxford Introductions to Language Study.* Oxford: Oxford University Press.
- Slobin, D.J. 1973. *Psycholinguistics.* Glenview: Scott, Foresman Company
- Smith, M, Segal, J & Hutman, T. 2010. *Autism Spectrum Disorders: a parent's guide to symptoms and diagnosis on the autism spectrum.* www.helpguide.org. Diakses 10 Juli 2011.
- Smith, M. & Segal, R. 2011. *ADD/ADHD in Children: Sign and Symptoms of Attention Deficit Disorder in Kids.* www.helpguide.org. Diakses 10 Juli 2011.
- Southwest Institute for Families and Children with Special Needs. 2005. *Cerebral Palsy* www.web.syntiro.org/hrtw/tools/pdfs/cerebral_palsy.pdf Diakses 30 Juli 2011.
- Staskowski, M. 2006. Speech and Language Services for Students with Autistic Spectrum Disorders. *Michigan Speech-Language Guidelines: Autism Spectrum Disorder.*
- Usman, F.S. 2008. *Fungsi Kortikal Luhur.* www.fritzsumantri.

blogspot.com Diakses 4 Juli 2011

Tantam, D.. 1991. Asperger syndrome in adulthood. In U. Frith (Ed.) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press

Tiel, J.M. 2006. *Gangguan Perkembangan Bahasa dan Bicara dan Menanganinya pada Pure Dysphatic Development*. Anakberbakat@yahoogroups.com. Diakses 5 Juli 2011.

Tiel, J.M. 2009. *Cerdas tapi Terlambat Bicara, Bagaimana Jika Masuk Sekolah Dasar?*. Makalah dalam penyuluhan bagi guru SD dan orang tua. http://www.ditplb.or.id/2009/app/index.php?option=com_poleksos&task=view&id=1782&Itemid=6&metakeys=artikel. Diakses 5 Juli 2011

Tiel, J.M. 2010. Gifted Terlambat Bicara Vs Autism dan atau ADHD/ ADD. Bagaimana Pendidikannya. Makalah dalam *Seminar dan Workshop Program Inklusi*. Semarang: Program Magister Psikologi Unika Soegiyapranata. 31 Juli 2010.

Welton, J. 2004. *Can I Tell You about Aperger's Syndrome? A guide for friends and family*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Williams, C. & Wright, B. 2007. *How to live with Autism and Asperger Syndrome: Strategi Praktis bagi Orang Tua dan Guru Anak Autis*. Terjemahan. Jakarta: Dian Rakyat.



LAMPIRAN (PECS)

I. Kata benda di sekitar anak

Tempat tidur



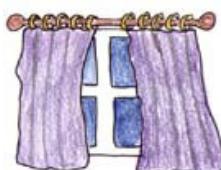
Rumah



Meja



Korden



Sofa



Jam



Kunci



Telepon



TV

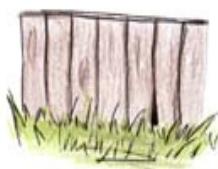


Gangguan Berbahasa

Komputer



Pagar



Kursi



Sendok



Garpu



Piring



Mobil



Sepeda



Sepeda Motor



Dapur



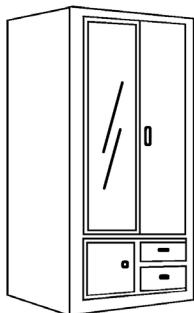
Ruang Tamu



Sapu



Lemari



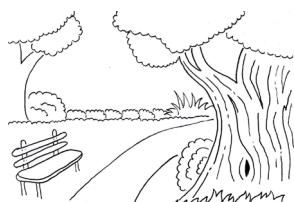
Pintu



Jendela



Kebun



Gelas



Pisau



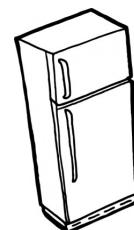
Kamar Mandi



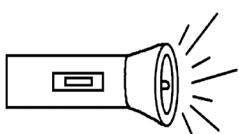
Setrika



Kulkas



Senter



Kompor



Panci



2. Kata Kerja Harian Anak

membersihkan
kamar



mandi



tidak menggigit



berdiri



duduk



duduk di lantai



makan



minum



tidur



jalan



dorong



tarik



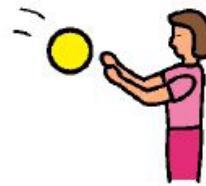
merangkak



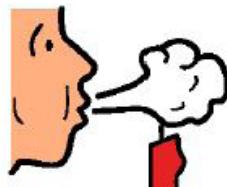
lempar



tangkap



tiup



tunggu



pergi



masuk



keluar



menyisir rambut



cuci muka



mengelap muka



menyusun



Gangguan Berbahasa

menonton TV



dengar



lompat



berpakaian



Membaca



Menulis



Menggambar



Tendang



Tidak Memukul



menyanyi



menari



gosok gigi



3. Ekspresi Perasaan

Heran



Takut



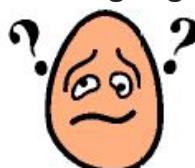
Bosan



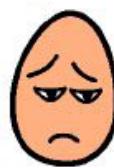
Dingin



Bingung



Kecewa



Pusing



Malu



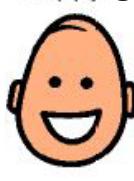
Gembira



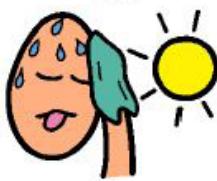
Jengkel



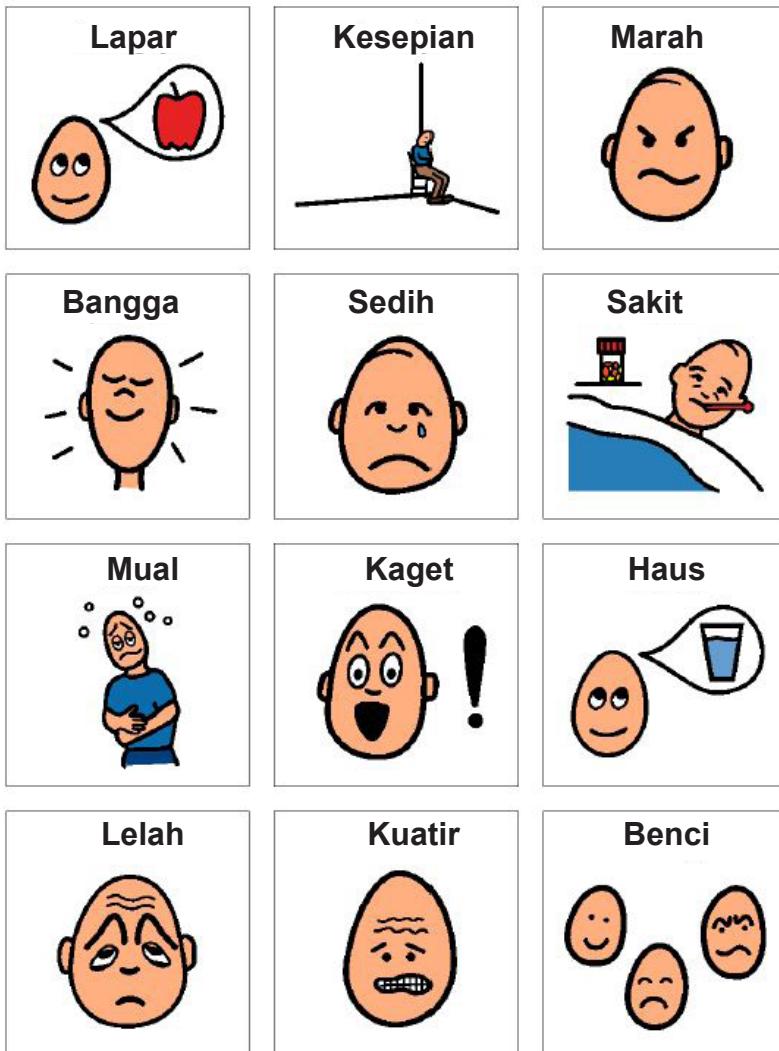
Senang



Panas



Gangguan Berbahasa



4. Binatang

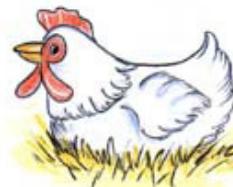
Kucing



Anjing



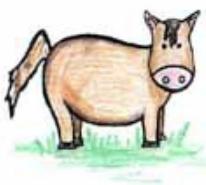
Ayam



Sapi



Kuda



Kambing



Kelinci



Hamster



Tikus



Babi



Ikan



Burung



Kupu-Kupu



Ular



Katak



Kecoa



Semut



Cicak



Lebah



Laba-laba



Jangkrik



Bebek



Cacing



Kalajengking



Gajah



Jerapa



kura-kura



Beruang



Zebra



Singa



Badak



Buaya



Monyet



Paus



Elang



Singa Laut





Tentang Penulis



Rohmani Nur Indah. Lahir di Malang, tanggal 10 September 1976. Memperoleh gelar Doktor pada Program Pasca Sarjana Pendidikan Bahasa Inggris Universitas Negeri Malang tahun 2013. Sejak tahun 2003 menjabat sebagai dosen Fakultas Humaniora dan Budaya UIN Maulana Malik Ibrahim Malang pada jurusan Bahasa dan Sastra Inggris. Karyanya antara lain terjemahan *Language and Power: relasi bahasa, kekuasaan dan ideologi* (2003) dan *Postmodernism Theory: Interogasi Kritis* (2003) yang diterbitkan Boyan Publishing. Karya lainnya yaitu *Psikolinguistik: Konsep dan Isu Umum*

Gangguan Berbahasa

(2008), *Autism Awareness Bulletin* (2008) dan buku ini, yang disusun bukan hanya sebagai buku teks Psycholinguistics yang menjadi spesialisasinya namun juga terinspirasi dari putra sulung dan bungsunya yang menyandang autisme. Hingga kini aktif menulis artikel tentang autisme yang disampaikan pada beberapa forum ilmiah serta menjabat sebagai Editor-in-chief El Harakah Jurnal Budaya Islam, UIN Maulana Malik Ibrahim Malang. Minat penelitiannya erat terkait dengan bidang *critical thinking* yang dipublikasikan pada beberapa jurnal nasional dan internasional, serta mengenai pemerolehan bahasa pada penyandang autisme.