



Penerapan Motode Modelling Pada Kasus *Intellectual Disability*

M.P. Fadhiila Raistyanto¹, Yoga Prihatin², Rahmad A. Nugroho³ **Info Artikel**

¹ Mahasiswa Magister Pedagogi Pascasarjana UPS Tegal

^{2,3} Dosen Magister Pedagogi Pascasarjana Universitas Pancasakti Tegal,

Diterima September 2020

Disetujui Oktober 2020

Dipublikasikan November 2020

Abstrak

Anak dengan *Down Syndrome* mengalami keterlambatan perkembangan secara global pada keterampilan motorik kasar dan halus. Keterlambatan motorik ini disertai oleh *Intellectual Disability* ringan sampai sedang dengan mayoritas IQ antara 40 sampai 70. Miller dan Chapman (1984) dalam Paul & Norbury (2012) memperkirakan bahwa hampir 50% anak-anak dengan *Intellectual Disability nonspesifik* memiliki keterampilan bahasa sepadan dengan kemampuan nonverbalnya. Sisanya memiliki keterampilan bahasa yang tidak sepadan dengan kemampuan nonverbalnya yaitu 25% memiliki defisit bahasa ekspresif relatif. Terapis wicara memiliki peran dalam penanganan kasus *Intellectual Disability* pada kemampuan bahasa. Perencanaan terapi yang ditetapkan pada klien berupa tujuan jangka pendek adalah meningkatkan kemampuan bahasa reseptif tingkat kata benda kategori keluarga dengan tingkat keakuratan 50% selama 3 sesi berturut-turut serta materi terapi yang diberikan pada klien adalah latihan menunjuk foto keluarga, yaitu: nizam, ibu, bapak dan mba. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tentang kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang, untuk mengetahui gambaran perencanaan terapi pada kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang, untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penatalaksanaan Terapi Wicara pada kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang. Hasil terapi pada kemampuan pemahaman kategori keluarga sebanyak 5 kali pertemuan selama 5 minggu dengan tingkat keakuratan 80% mengalami peningkatan meskipun belum mampu konsisten 3 sesi berturut-turut. Setelah dilakukan terapi sebanyak 5 kali pertemuan dapat diketahui bahwa tujuan jangka pendek yang ditentukan belum tercapai karena dipengaruhi beberapa faktor, yaitu usia klien yang memasuki 6 tahun dan atensi klien yang kurang baik.

Kata Kunci: Penatalaksanaan Terapi Wicara, *Down Syndrome*, *Intellectual Disability*, Modelling

Application of Modeling Methods in Cases of Intellectual Disability

Abstrak

Children with Down Syndrome experience developmental delays globally in gross and fine motor skills. This motor delay is accompanied by mild to moderate Intellectual Disability with a majority IQ between 40 and 70. Miller and Chapman (1984) in Paul & Norbury (2012) estimate that nearly 50% of children with non-specific intellectual disabilities have language skills equivalent to their nonverbal abilities. . The rest have language skills that are not commensurate with their nonverbal abilities, namely 25% have a relative expressive language deficit. Speech therapist has a role in handling cases of Intellectual Disability in language skills. Therapeutic planning that is set on the client in the form of a short-term goal is to improve receptive language skills at the level of the family category noun with an accuracy level of 50% for 3 consecutive sessions and the therapy material given to the client is the exercise of pointing at family photos, namely: nizam, mother, ladies and gentlemen. This study aims to determine the description of the Intellectual Disability case at the Tugurejo Hospital Semarang, to find out the description of therapy planning in the Intellectual Disability case at the Tugurejo Hospital Semarang, to determine the factors that influence the management of Speech Therapy in the Intellectual Disability case at the Tugurejo Hospital Semarang. The results of therapy on the ability to understand the family category as many as 5 meetings for 5 weeks with an accuracy level of 80% have increased even though they have not been able to be consistent for 3 consecutive sessions. After 5 sessions of therapy, it can be seen that the specified short-term goals have not been achieved because they are influenced by several factors, namely the age of the client who is 6 years old and the client's poor attention

Keywords: Management of Speech Therapy, *Down Syndrome*, *Intellectual Disability*, Modeling

PENDAHULUAN

Manusia merupakan makhluk sosial yang memiliki kebutuhan untuk berinteraksi, bersosialisasi dan berkomunikasi. Komunikasi merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting dalam kehidupan. Melalui komunikasi manusia dapat menyampaikan pesan, ide, ataupun gagasan kepada lawan bicara. Penyampaian pesan, ide maupun gagasan dapat melalui lisan maupun tulisan, bahkan terkadang melalui gesture atau gerakan tangan, body language atau isyarat tubuh. Komunikasi tidak selalu berlangsung sesuai harapan, disinilah komunikasi mengalami suatu permasalahan. Permasalahan komunikasi sering terjadi pada tumbuh kembang anak salah satunya yaitu *Down Syndrome*.

Anak dengan kondisi *Down Syndrome* juga memiliki kebutuhan untuk berkomunikasi seperti yang dilakukan anak normal pada umumnya, namun *Down Syndrome* dapat menyebabkan berbagai karakteristik fisik dan kognitif sehingga muncul masalah bicara dan bahasa. Canfield et al (2006) dalam Paul & Norbury (2012) menjelaskan bahwa *Down Syndrome* (DS) adalah penyebab genetik paling umum dari kecacatan intelektual, terjadi pada sekitar 1 dari 700 kelahiran hidup. Nelson et al (2001) dalam Paul & Norbury (2012) menjelaskan bahwa *Down Syndrome* dikarakteristikan dari *Intellectual Disability* ringan hingga sedang, hipotonia, fitur wajah yang khas seperti mikrogenia (dagu kecil tidak normal), wajah bulat, makroglossia (lidah menonjol atau kebesaran), lipatan epicanthal (lipatan kulit kelopak mata), perawakan pendek dan anggota badan lebih pendek serta hiperfleksibilitas sendi.

Hodapp, Evans, & Gray (1999) dalam Paul & Norbury (2012) menjelaskan bahwa anak-anak dengan *Down Syndrome* mengalami keterlambatan perkembangan secara global pada keterampilan motorik kasar dan halus. Keterlambatan motorik ini disertai oleh *Intellectual Disability* ringan sampai sedang dengan mayoritas IQ antara 40 sampai 70. Schlock et al (2010) dalam Paul & Norbury (2012) menjelaskan bahwa *Intellectual Disability* adalah kecacatan yang ditandai dengan keterbatasan dalam fungsi intelektual dan perilaku adaptif yang signifikan, mencakup banyak keterampilan sosial dan praktis sehari-hari yang muncul sebelum usia 18 tahun.

Miller dan Chapman (1984) dalam Paul & Norbury (2012) memperkirakan bahwa hampir 50% anak-anak dengan *Intellectual Disability* nonspesifik memiliki keterampilan bahasa sepadan dengan kemampuan nonverbalnya. Sisanya memiliki keterampilan bahasa yang tidak sepadan dengan kemampuan nonverbalnya yaitu 25% memiliki defisit bahasa ekspresif relatif. Sisanya memiliki defisit pada keduanya yaitu reseptif dan ekspresif. Variasi ini mungkin terkait dengan perbedaan dalam kemampuan kognitif.

Menurut DSM-V (APA, 2013) memiliki keseluruhan prevalensi populasi umum sekitar 1% dan tingkat prevalensi bervariasi berdasarkan usia. Prevalensi untuk *Intellectual Disability* yang berat adalah sekitar 6 per 1.000. Sadock & Sadock (2007) menjelaskan angka kejadian gangguan perkembangan intelektual pada suatu waktu diperkirakan berkisar antara 1% – 3% dari populasi. Hal ini mengindikasikan bahwa gangguan ini sulit dikalkulasi karena gangguan tersebut tidak dikenali sampai masa anak-anak tengah (*middle childhood*). Insidensi tertinggi terjadi pada usia sekolah dengan puncak usia 10 – 14 tahun. Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKEDAS) (2013) prevalensi kecacatan pada anak usia 24-59 bulan diperkirakan sebesar minimal satu jenis cacat 0,53%, tuna netra 0,17%, tuna wicara 0,14%, *Down Syndrome* 0,13%, tuna daksa 0,08%, bibir sumbing 0,08% dan tuna rungu 0,07%. Jumlah prevalensi kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang pada tahun 2018 sebanyak 184 dari 2126 pasien sehingga persentasenya sebesar 8,7%. Terapis wicara memiliki peran dalam penanganan kasus *Intellectual Disability* pada kemampuan bahasa. Berdasarkan uraian diatas

maka penulis tertarik mengambil judul Tugas Akhir “Penatalaksanaan Terapi Wicara Pada Kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang.”

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka dalam penyusunan penulisan ini, penulis membatasi permasalahan pada Penatalaksanaan Terapi Wicara pada kasus *Intellectual Disability* pada bahasa di RSUD Tugurejo Semarang. Adapun metode yang akan digunakan penulis dalam penanganan kasus ini yaitu metode Modelling untuk meningkatkan kemampuan reseptif.

Tujuan dari peneliiian ini adalah untuk mengetahui penatalaksanaan Terapi Wicara kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang. Selain itu penelitian ini mempunyai Tujuan Khusus:

1. Untuk mengetahui gambaran tentang kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang.
2. Untuk mengetahui gambaran perencanaan terapi pada kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang.
3. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penatalaksanaan Terapi Wicara pada kasus *Intellectual Disability* di RSUD Tugurejo Semarang.

MATERI DAN METODE

Penelitian ini merupakan peneliitian kuantitatif. Data diperoleh dari observasi dan wawancara. Data dikumpulkan dan setelah itu dianalisis. Kemudain dari analisis dapat ditentukan tindakan berikutnya.

A. Hasil Pengumpulan Data

1. Identitas klien

Klien An. NZ lahir di Kendal pada tanggal 03 Juli 2012. Klien berusia 6 tahun dan berjenis kelamin laki-laki. Klien merupakan anak kedua dari 2 bersaudara dari pasangan Tn. ZN yang berusia 48 tahun bekerja sebagai petani dan Ny. IH yang berusia 45 tahun bekerja sebagai petani. Klien memiliki saudara perempuan bernama An. LN yang berusia 16 tahun. Klien tinggal bersama orang tuanya di Candiroto RT/RW: 18/01, Kendal. Klien beragama Islam dan bersekolah di Sekolah Inklusi Kendal.

2. Data yang berhubungan dengan faktor penyebab

a. Riwayat kondisi sekarang

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, klien belum mampu berkomunikasi secara verbal. Klien masih menggunakan gerak tubuh dengan cara menunjuk untuk memberi tahu keinginannya. Klien terkadang menengok bila dipanggil namanya. Klien belum mampu duduk dengan tenang. Konsentrasi klien masih belum baik. Klien memiliki mata yang sipit, hidung yang datar, makroglossia, mulut cenderung terbuka, leher pendek, kedua tangan dan kaki cenderung lebar dengan jari-jari yang pendek serta hipotonia.

b. Riwayat kondisi dahulu

1) Riwayat pre-natal

Berdasarkan hasil wawancara, ibu mengandung pada usia 39 tahun. Ibu tidak mengalami keluhan sakit parah, kecelakaan atau mengonsumsi obat-obatan tertentu selama kehamilan.

2) Riwayat natal

Berdasarkan hasil wawancara, ibu melahirkan secara normal dengan kepala dulu pada usia kandungan 9 bulan 10 hari dan lamanya kontraksi 2 jam. Kondisi umum bayi sehat dengan berat badan 3,1 kg, namun bayi tidak langsung menangis hanya saja bayi meringik.

3) Riwayat post-natal

Berdasarkan hasil wawancara, klien pernah menjalani rawat inap selama seminggu karena mengalami diare pada usia 5 tahun. Klien tidak melewati fase merangkak hanya saja klien mampu mengesot pada usia 9 bulan. Klien mampu duduk pada usia 1 tahun. Klien mampu berdiri dan jalan pada usia 2 tahun. Klien mampu makan sendiri pada usia 6 tahun. Klien belum mampu memakai baju sendiri, toilet training, mengujarkan kata, frase dan kalimat serta mengujarkan pertanyaan sederhana dan bercerita. Klien tidak mengalami permasalahan pada makan dan menelan hanya saja klien drooling.

c. Riwayat sosial dan keluarga

Berdasarkan hasil wawancara dengan orang tua, klien merupakan anak kedua dari 2 bersaudara. Klien tinggal bersama orang tuanya yaitu Tn. ZN dan Ny. IH. Klien cenderung agresif dan kurang kooperatif saat bersosialisasi dengan lingkungannya. Keluarga sangat mendukung klien dalam menjalani proses terapi. Klien berasal dari tingkat sosial ekonomi menengah.

3. Data yang berhubungan dengan sindroma

a. Kemampuan bahasa

Berdasarkan hasil observasi, klien belum mampu memahami perintah sederhana dan pemahaman kosakata masih terbatas. Klien belum mampu meniru, menamai dan menyebut. Klien masih dalam tahap mengoceh.

Berdasarkan hasil form evaluasi kemampuan bahasa diketahui bahwa:

- 1) Klien sering kali membuat suara “koo” dan “gurgles” serta suara-suara yang menyenangkan.
- 2) Tersenyum bila diajak berbicara.
- 3) Melokalisasi suara dengan cara menoleh.
- 4) Menggunakan gesture untuk memberi tahu keinginannya.
- 5) Terkadang mengerti dan merespon jika dipanggil namanya.
- 6) Mengoceh dengan suara yang panjang dan pendek.
- 7) Menggunakan bermacam-macam suara ketika mengoceh.

Klien belum mampu dilakukan tes formal menggunakan Receptive One-Word Picture Vocabulary Test dan Expressive One-Word Picture Vocabulary Test.

b. Kemampuan wicara

Berdasarkan hasil assessmen, respirasi klien terkesan normal karena tidak menggunakan pernapasan mulut. Fonasi klien normal saat melakukan fonasi /a/ selama 09,88 detik. Resonansi, artikulasi dan prosodi klien belum dapat dievaluasi.

c. Kemampuan suara

Berdasarkan hasil assessmen, aspek pitch, vocal intensity dan vocal quality klien dalam batas normal.

d. Kemampuan irama kelancaran

Kemampuan irama kelancaran klien belum dapat dievaluasi karena klien belum mampu membaca dan bercerita.

e. Kemampuan makan dan menelan

Berdasarkan hasil asesmen, klien tidak mengalami permasalahan makan dan menelan.

f. Kemampuan Oral Motor

Berdasarkan hasil pemeriksaan oral fasial diperoleh bahwa susunan gigi klien tidak beraturan dan mengalami karies gigi. Klien memiliki ukuran lidah yang terkesan besar.

B. Analisis Data

Klien An. NZ yang berusia 6 tahun dan berjenis kelamin laki-laki. Klien memiliki mata yang sipit, hidung yang datar, makroglossia, mulut cenderung terbuka, leher pendek, kedua tangan dan kaki cenderung lebar dengan jari-jari yang pendek serta hipotonia. Klien belum mampu berkomunikasi secara verbal. Klien masih menggunakan gerak tubuh untuk memberi tahu keinginannya dengan cara menunjuk. Klien belum mampu duduk dengan tenang dan konsentrasi masih belum baik. Klien cenderung agresif dan kurang kooperatif saat bersosialisasi dengan lingkungannya. Terkadang klien menengok bila dipanggil namanya.

Ibu mengandung pada usia 39 tahun sehingga meningkatkan faktor risiko menyebabkan klien mengalami *Down Syndrome*. Hal ini sesuai dengan pendapat Roizen & Patterson (2003) dalam Ke & Liu (2012) menjelaskan bahwa insiden *Down Syndrome* sekitar satu per 1000 bayi baru lahir dipengaruhi oleh usia ibu. Wanita berusia 35 tahun ke atas memiliki risiko yang jauh lebih tinggi memiliki bayi dengan *Down Syndrome*. Selama kehamilan, ibu tidak mengalami keluhan sakit parah, kecelakaan atau mengonsumsi obat-obatan tertentu.

Analisis ini diperkuat oleh penelitian Faradz (2004) dalam Rayman (2017) menyatakan bahwa pada sel telur wanita yang mengalami penuaan terjadi pembelahan selama fase meiosis menjadi *nondisjunction* yang disebabkan karena terputusnya benang-benang spindel/komponen-komponennya atau kegagalan dalam pemisahan nukleolus. Hal ini memudahkan terjadinya *nondisjunction* pada ovum selama pembelahan fase meiosis sehingga menghasilkan zigot dengan jumlah kromosom yang abnormal yaitu terbentuknya kromosom ke-21 berjumlah 3 buah.

Ibu melahirkan secara normal dengan kepala dulu pada usia kandungan 9 bulan 10 hari dan lamanya kontraksi 2 jam. Berat badan bayi 3,1 kg dengan kondisi umum bayi sehat, namun bayi tidak langsung menangis hanya saja bayi meringik. Klien pernah menjalani rawat inap selama seminggu karena diare saat usia 5 tahun,.

Klien tidak melewati fase merangkak hanya saja klien mampu mengesot pada usia 9 bulan. Klien mampu duduk pada usia 1 tahun. Klien mampu berdiri dan jalan pada usia 2 tahun. Klien mampu makan sendiri pada usia 6 tahun. Klien belum mampu memakai baju sendiri dan toilet training, hal ini sesuai dengan pendapat Selikowitz (2001) dalam Rina (2016) menyatakan bahwa anak dengan kondisi *Down Syndrome* biasanya kurang bisa mengkoordinasikan antara motorik kasar dan halus, seperti kesulitan dalam memakai baju dan memakai sepatu sendiri.

Malder & Cholmain (2006) dalam Chamidah (2017) menyatakan bahwa anak-anak dengan kondisi *Down Syndrome* mengalami permasalahan semantik, seperti memiliki kosakata yang terbatas termasuk dalam penggunaannya dan pemahaman kosakata. Pendapat tersebut terbukti dari hasil asesmen diperoleh data bahwa klien mengalami permasalahan pada kemampuan bahasa. Klien belum mampu memahami perintah sederhana. Pemahaman kosakata klien masih terbatas. Klien belum mampu meniru, menamai dan menyebut. Klien masih pada tahap mengoceh. Berdasarkan hasil evaluasi kemampuan bahasa diketahui bahwa:

1. Klien sering kali membuat suara “koo” dan “gurgles” serta suara-suara yang menyenangkan.
2. Tersenyum bila diajak berbicara.
3. Melokalisasi suara dengan cara menoleh.
4. Menggunakan gesture untuk memberi tahu keinginannya.
5. Terkadang mengerti dan merespon jika dipanggil namanya.

6. Mengoceh dengan suara yang panjang dan pendek.
7. Menggunakan bermacam-macam suara ketika mengoceh.

Kemampuan wicara klien pada aspek respirasi dan fonasi dalam batas normal. Aspek resonansi, artikulasi dan prosodi belum dapat dievaluasi karena klien belum mampu memahami instruksi dan masih pada tahap mengoceh. Kemampuan suara klien pada aspek pitch, vocal intensity dan vocal quality dalam batas normal. Kemampuan irama kelancaran klien belum dapat dievaluasi karena klien belum mampu membaca dan bercerita.

Kemampuan makan dan menelan klien tidak mengalami permasalahan, namun klien mengalami permasalahan pada oral motor, yaitu ukuran lidah klien terkesan besar. Klien sering menjulurkan lidah dan masih drooling, hal ini telah disebutkan oleh Selikowitz (2001) dalam Nugrahani (2014) menyatakan bahwa perilaku spesifik yang dimiliki anak *Down Syndrome* adalah menjulurkan lidah, mencururkan air liur, hiperaktivitas, menghilang diam-diam, tantrum, memukul dan menggigit orang lain serta berperilaku destruktif.

Berdasarkan hasil pemeriksaan psikologi diketahui bahwa klien merupakan anak yang memiliki ukuran tubuh kecil jika dibandingkan dengan teman sebayanya, memiliki kulit yang putih, memiliki struktur wajah yang khas serta memiliki lidah yang cukup besar sehingga klien selalu mengeluarkan air liur. Klien sering emosi ketika apa yang ia inginkan tidak terpenuhi. Klien belum mampu memahami instruksi yang diberikan kepadanya. Klien terlihat lemah dan kurang aktif dalam melakukan suatu kegiatan, hal ini sesuai pendapat Ke & Liu (2012) yang menyatakan bahwa karakteristik *Down Syndrome* salah satunya meliputi gangguan pertumbuhan fisik, seperti perawakan pendek, anggota badan pendek dan ligamen kendur. Pendapat ini diperkuat oleh Selikowitz (2001) dalam Nugrahani (2014) menyatakan bahwa anak dengan kondisi *Down Syndrome* memiliki kekuatan otot yang lemah sehingga secara umum berdampak pada lambannya kekuatan daya gerak dan perkembangan.

Berdasarkan hasil asesmen melalui wawancara, observasi dan tes diperoleh bahwa klien mengalami permasalahan pada kemampuan bahasa yaitu pada aspek reseptif dan ekspresif. Ke & Liu (2012) menyatakan bahwa faktor penyebab *Intellectual Disability* saat prenatal yaitu kelainan kromosom salah satunya *Down Syndrome*. *Intellectual Disability* yang dialami anak-anak dengan kondisi *Down Syndrome* menyebabkan keterlambatan pada perkembangan aspek kognitif sehingga menyebabkan permasalahan pada bahasa. Berdasarkan WHO (1992) dalam Ke & Liu (2012) menyatakan bahwa *Intellectual Disability* didefinisikan sebagai kondisi perkembangan pikiran yang tidak lengkap, terutama ditandai dengan penurunan keterampilan yang dimanifestasikan selama periode perkembangan, berkontribusi ke tingkat kecerdasan secara menyeluruh yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial.

1. Diagnosis

Berdasarkan hasil analisis data di atas dapat disimpulkan bahwa diagnosis klien adalah *Intellectual Disability*, hal ini sesuai dalam DSM-V (APA, 2013) yang menjelaskan bahwa kriteria diagnostik *Intellectual Disability* meliputi:

- a. Defisit dalam fungsi intelektual, seperti penalaran, pemecahan masalah, perencanaan, pemikiran abstrak, penilaian, pembelajaran akademik dan belajar dari pengalaman, dikonfirmasi oleh kedua penilaian klinis dan individual, pengujian standar kecerdasan.
- b. Defisit dalam fungsi adaptif yang mengakibatkan kegagalan untuk memenuhi standar perkembangan dan sosial budaya untuk independen dan tanggung jawab sosial. Tanpa dukungan berkelanjutan, batas fungsi defisit adaptif dalam satu atau lebih kegiatan kehidupan sehari-hari, seperti komunikasi, partisipasi sosial dan hidup mandiri di beberapa lingkungan, seperti rumah, sekolah, kerja dan masyarakat.
- c. Terjadinya defisit intelektual dan adaptif selama periode perkembangan.

2. Prognosis

Prognosis yang ditetapkan pada klien, dipertimbangkan berdasarkan aset dan limitasi yang dimiliki oleh klien. Aset yang dimiliki oleh klien, yaitu klien rutin menjalani terapi di Rumah Sakit, keluarga klien sangat mendukung klien dalam menjalani proses terapi serta keluarga klien rutin menjalani home program yang telah diberikan terapis. Limitasi yang dimiliki klien, yaitu klien berusia 6 tahun, klien belum mampu berkomunikasi verbal, klien masih pada tahap mengoceh, klien belum mampu merespon instruksi yang diberikan terapis, konsentrasi klien masih belum baik. Berdasarkan aset dan limitasi yang dimiliki klien, dapat disimpulkan bahwa prognosis klien kurang baik.

C. Perencanaan terapi

1. Tujuan Jangka Panjang

- a. Meningkatkan kemampuan bahasa reseptif tingkat kata dalam jangka waktu 1 tahun.
- b. Meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif tingkat kata dalam jangka waktu 1 tahun.
- c. Mengurangi intensitas drooling selama 1 tahun.

2. Tujuan Jangka Pendek

Meningkatkan kemampuan bahasa reseptif tingkat kata benda kategori keluarga dengan tingkat keakuratan 80% selama 3 sesi berturut-turut.

3. Materi terapi

Latihan menunjuk foto keluarga, yaitu: nizam, ibu, bapak dan mba

4. Metode terapi

- a. Nama metode adalah Modelling
- b. Sumber metode dari Hedge & Davis (1999) dalam buku *Clinical Methods and Practicum in Speech-Language Pathology*.
- c. Dasar pemikiran menggunakan metode ini karena Modelling merupakan prosedur yang efektif dalam membentuk berbagai sasaran perilaku. Oleh karena itu, Modelling menjadi salah satu metode yang banyak digunakan dalam mengajarkan perilaku baru.
- d. Tujuan metode adalah memberikan instruksi sederhana agar klien mampu merespon dengan benar.
- e. Langkah-langkah metode, sebagai berikut:
 - 1) Terapis menjadikan dirinya sebagai model agar klien mampu menirukan.
 - 2) Terapis memperlihatkan gambar atau objek kepada klien.
 - 3) Terapis memberikan instruksi sederhana pada klien.
 - 4) Diharapkan klien merespon dengan benar.
 - 5) Terapis mengulangi instruksi untuk meyakinkan bahwa klien mampu meniru dengan konsisten.

5. Alat terapi

Alat yang digunakan untuk proses terapi, yaitu:

- a. Foto keluarga.
- b. Praktikan sebagai model.

D. Rencana Pelaksanaan Terapi

Rencana pelaksanaan terapi semua sesi dilaksanakan klien di ruang terapi wicara RSUD Tugurejo Semarang. Setiap sesi terapi berdurasi 30 menit dengan frekuensi kedatangan 2 kali seminggu. Target terapi sebanyak 9 pertemuan.

1. Pertemuan pertama (Selasa, 19 Februari 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memosisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya “nizam”. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan “tidak” disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

2. Pertemuan kedua (Jumat, 22 Februari 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya “nizam”. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan “tidak” disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

3. Pertemuan ketiga (Selasa, 26 Februari 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya "nizam". Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan "tidak" disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

4. Pertemuan keempat (Jumat, 01 Maret 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya "nizam". Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan "tidak" disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

5. Pertemuan kelima (Selasa, 05 Maret 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya "nizam". Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan "tidak" disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

6. Pertemuan keenam (Jumat, 08 Maret 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya "nizam". Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi "tunjuk nizam". Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble

apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan “tidak” disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

7. Pertemuan ketujuh (Selasa, 12 Maret 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya “nizam”. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan “tidak” disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

8. Pertemuan kedelapan (Jumat, 15 Maret 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya “nizam”. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu

tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan “tidak” disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

9. Pertemuan kesembilan (Selasa, 19 Maret 2019)

Praktikan menyiapkan material yang dibutuhkan untuk terapi. Praktikan memanggil nama klien untuk masuk ke ruang terapi. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan menyambutnya dengan memberi salam dan bersalaman saat klien masuk ditemani ibunya. Praktikan memposisikan klien untuk duduk di kursi dengan benar. Praktikan mengajak klien untuk berdoa. Selesai berdoa, praktikan memperkenalkan diri pada klien dan menjelaskan terapi yang akan dilakukan.

Praktikan mulai memberikan materi terapi dengan memperlihatkan dan mengenalkan foto yang dipegangnya “nizam”. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam dengan benar apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Praktikan akan memberikan distraktor berupa foto ibu apabila klien sudah memahaminya. Praktikan meminta klien untuk menunjuk foto nizam dengan instruksi “tunjuk nizam”. Praktikan akan memberikan reward berupa meniup bubble apabila klien merespon dengan benar. Kegiatan ini dilakukan berulang-ulang hingga 3 trial. Praktikan akan mengatakan “tidak” disertai wajah datar apabila klien tidak merespon dengan benar. Praktikan akan memberikan stimulasi dengan cara membantu tangan klien untuk menunjuk foto nizam apabila pada perintah ketiga klien tidak merespon. Seterusnya dilakukan hal yang sama pada materi ibu, bapak dan mba.

Satu sesi terapi berlangsung selama 30 menit. Diharapkan klien dapat merespon dengan benar hingga 80% dari materi tersebut. Selesai terapi, praktikan mengajak klien untuk berdoa. Praktikan memanggil orang tua klien untuk menjemputnya. Praktikan mengajak bersalaman dan memberi salam. Praktikan melakukan hand hygiene. Praktikan merapikan material terapi dan meletakkannya di tempat semula.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Terapi

1. Rincian Pelaksanaan Terapi

Pelaksanaan terapi semua sesi dilaksanakan klien di ruang terapi wicara RSUD Tugurejo Semarang. Setiap sesi terapi berdurasi 30 menit dengan frekuensi kedatangan sekali seminggu. Pertemuan dilaksanakan sebanyak 5 kali dari target 9 kali.

2. Hasil Terapi

a. Rincian SOAP Setiap Pertemuan Terapi

1) Pertemuan Pertama (Selasa, 19 Februari 2019)

a) Subjective

Klien belum kooperatif dan belum mampu merespon stimulus yang diberikan praktikan. Atensi klien masih belum baik. Klien mudah bosan. Klien sering membuka mulut dan menjulurkan lidah sehingga klien mengalami drooling.

b) Objective

Klien belum mampu menunjuk foto keluarga dari target 80%.

c) Assessment

Klien belum mampu menunjuk foto keluarga.

d) Plan

Mengulang program terapi latihan menunjuk foto keluarga. Edukasi keluarga klien untuk mengulang materi berupa menunjuk foto keluarga.

2) Pertemuan kedua (Selasa, 26 Februari 2019)

a) Subjective

Klien belum kooperatif dan belum mampu merespon stimulus yang diberikan praktikan. Atensi klien masih belum baik. Klien mudah bosan. Klien sering membuka mulut dan menjulurkan lidah sehingga klien mengalami drooling.

b) Objective

Klien belum mampu menunjuk foto keluarga dari target 80%.

c) Assessment

Klien belum mengalami peningkatan yaitu belum mampu menunjuk foto keluarga.

d) Plan

Mengulang program terapi latihan menunjuk foto keluarga. Edukasi keluarga klien untuk mengulang materi berupa menunjuk foto keluarga.

3) Pertemuan ketiga (Selasa, 05 Maret 2019)

a) Subjective

Klien belum kooperatif dan terkadang mampu merespon stimulus yang diberikan praktikan. Atensi klien masih belum baik. Klien mudah bosan. Klien sering membuka mulut dan menjulurkan lidah sehingga klien mengalami drooling.

b) Objective

Klien mampu menunjuk foto keluarga sebanyak 25% dari target 80%.

c) Assessment

Klien mengalami peningkatan menunjuk foto keluarga sebanyak 25%.

d) Plan

Mengulang program terapi latihan menunjuk foto keluarga. Edukasi keluarga klien untuk mengulang materi berupa menunjuk foto keluarga.

4) Pertemuan keempat (Selasa, 12 Maret 2019)

a) Subjective

Klien belum kooperatif dan terkadang mampu merespon stimulus yang diberikan praktikan. Atensi klien masih belum baik. Klien mudah bosan. Klien sering membuka mulut dan menjulurkan lidah sehingga klien mengalami drooling.

b) Objective

Klien mampu menunjuk foto keluarga sebanyak 50% dari target 80%.

c) Assessment

Klien mengalami peningkatan menunjuk foto keluarga dari 25% menjadi 50%.

d) Plan

Mengulang program terapi latihan menunjuk foto keluarga. Edukasi keluarga klien untuk mengulang materi berupa menunjuk foto keluarga.

5) Pertemuan kelima (Selasa, 19 Maret 2019)

a) Subjective

Klien belum kooperatif dan terkadang mampu merespon stimulus yang diberikan praktikan. Atensi klien masih belum baik. Klien mudah bosan. Klien sering membuka mulut dan menjulurkan lidah sehingga klien mengalami drooling.

b) Objective

Klien mampu menunjuk foto keluarga sebanyak 50% dari target 80%.

c) Assessment

Klien belum mengalami peningkatan yaitu mampu menunjuk foto keluarga hingga 50%.

d) Plan

Mengulang program terapi latihan menunjuk foto keluarga. Edukasi keluarga klien untuk mengulang materi berupa menunjuk foto keluarga.

b. Kesimpulan hasil terapi

Berikut ini kesimpulan hasil terapi yang dilaksanakan pada klien sebanyak 5 kali pertemuan, yaitu:

Tabel 4.1 Kesimpulan Hasil Terapi

Tujuan Jangka Pendek Pertemuan ke						
1	2	3	4	5		
	Meningkatkan kemampuan bahasa reseptif tingkat kata benda kategori keluarga dengan tingkat keakuratan 80% selama 3 sesi berturut-turut.				-	-
	25%	50%	50%			

Pertemuan pertama dan kedua untuk meningkatkan kemampuan bahasa reseptif, klien belum mampu memahami konsep keluarga dari target 80%. Pertemuan ketiga untuk meningkatkan kemampuan bahasa reseptif, klien mampu memahami konsep keluarga hingga 25% (nizam) dari target 80%. Pertemuan keempat dan kelima untuk meningkatkan kemampuan bahasa reseptif, klien mampu memahami konsep keluarga hingga 50% (nizam dan ibu) dari target 80%.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil terapi yang telah dilakukan selama lima pertemuan, klien mengalami peningkatan pada setiap sesi terapi. Program terapi yang diberikan adalah untuk meningkatkan kemampuan bahasa reseptif tingkat kata benda kategori keluarga dengan tingkat keakuratan 80% selama 3 sesi berturut-turut.

Berdasarkan pelaksanaan terapi yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa klien belum mampu mencapai target terapi yaitu 80% selama 3 sesi berturut-turut, sehingga tujuan jangka pendek yang ditetapkan pada klien belum tercapai. Berikut ini beberapa faktor yang mendukung dari program terapi yang ditetapkan pada klien:

1. Ketepatan Metode Terapi

Metode terapi yang digunakan yaitu Metode Modelling. Metode ini memberikan instruksi sederhana agar klien mampu merespon dengan benar. Menurut Hedge & Davis (1999) Modelling merupakan prosedur yang efektif dalam membentuk berbagai sasaran perilaku. Oleh karena itu, Modelling menjadi salah satu metode yang banyak digunakan dalam mengajarkan perilaku baru.

Menurut Rina (2016) terapi menggunakan teknik modelling ini diberikan untuk anak dengan kondisi *Down Syndrome* sehingga akan lebih mudah untuk memahami perilaku yang baru dengan cara mencontoh model yang dekat dengan klien dan disukai oleh klien. Dalam melakukan terapi ini, model yang digunakan adalah praktikan dan keluarga.

2. Ketepatan Program Terapi

Program terapi yang diberikan kepada klien atas dasar pada kemampuan yang sudah ada dan belum dimiliki klien. Berdasarkan hasil asesmen yang telah dilakukan, yaitu pemahaman konsep keluarga. Menurut Malder & Cholmain (2006) dalam Chamidah (2017) menyatakan bahwa anak-anak dengan kondisi *Down Syndrome* mengalami permasalahan semantik, seperti memiliki kosakata yang terbatas termasuk dalam penggunaannya dan pemahaman kosakata.

3. Ketepatan Media Terapi

Praktikan menggunakan media visual untuk pelaksanaan terapi. Menurut Arsyad (2014) dalam Wardani & Sudarsini (2017) media visual mempunyai peranan penting dalam proses pembelajaran dan memperkuat ingatan, memudahkan pemahaman dan memberikan hubungan antara isi materi dengan dunia nyata. Penggunaan media dalam meningkatkan bahasa reseptif tingkat kata berupa foto keluarga yang terdiri dari nizam, ibu, bapak dan mba. Praktikan juga menggunakan bubble sebagai reward ketika klien berhasil sesuai target yang diinginkan.

4. Ketepatan Materi Terapi

Praktikan memberikan materi terapi pada klien berupa konsep keluarga. Keluarga memegang peranan sebagai model pembelajaran awal bagi anak dengan kondisi *Down Syndrome* untuk bersosialisasi dan berinteraksi sebagai makhluk sosial. Menurut Benokraitis (2011) dalam Dewi & Widayanti (2011) keluarga merupakan sumber pembelajaran sosial, sejak individu mempelajari bahasa, pengetahuan sosial, sikap, keyakinan dan nilai-nilai budaya di dalam keluarga.

Praktikan memberikan materi terapi tersebut, berdasarkan Kumin (1994) yang mengklasifikasikan daftar konsep dasar yang digunakan sebagai titik awal pemahaman kosakata pada anak dengan kondisi *Down Syndrome*, yaitu nama keluarga, aktifitas, pakaian, makanan, anggota tubuh, tempat transportasi, peralatan rumah tangga, perabot rumah, mainan, ruangan, sekolah, peralatan sekolah, peralatan sehari-hari, warna, angka dan kosep preposisi.

5. Peran Orang tua

Frekuensi pertemuan dengan praktikan di Rumah Sakit hanya seminggu sekali dan berdurasi 30 menit sehingga klien belum tentu mendapatkan pengaruh positif dari terapi yang dilaksanakan pada klien. Oleh karena itu, praktikan memberikan edukasi kepada orang

tua klien berupa home program supaya orang tua klien dapat mengulang program yang diberikan kepada klien. Diharapkan klien mengalami peningkatan pada kemampuan bahasa. Miller (1998) dalam Apriyani (2013) menyatakan bahwa home program yang dilaksanakan dengan teratur dan motivasi yang tinggi dari keluarga akan memberikan dampak positif bagi kemajuan terapi.

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan penjelasan sebelumnya dapat diambil simpulan sebagai berikut:

1. Gambaran tentang kasus Intellectual Disability di RSUD Tugurejo Semarang, klien mengalami permasalahan pada kemampuan bahasa, yaitu klien belum mampu memahami perintah sederhana, pemahaman kosakata klien masih terbatas, klien belum mampu meniru, menamai dan menyebut serta klien masih pada tahap mengoceh. Prognosis yang ditetapkan pada klien, dipertimbangkan berdasarkan aset dan limitasi yang dimiliki oleh klien. Berdasarkan aset dan limitasi yang dimiliki klien, dapat disimpulkan bahwa prognosis klien kurang baik.
2. Perencanaan terapi pada kasus Intellectual Disability di RSUD Tugurejo Semarang, bertujuan yaitu;
 - a. Tujuan jangka panjang yang diberikan pada klien adalah meningkatkan kemampuan bahasa reseptif tingkat kata dalam jangka waktu 1 tahun, meningkatkan kemampuan bahasa ekspresif tingkat kata dalam jangka waktu 1 tahun, mengurangi intensitas drooling selama 1 tahun.
 - b. Tujuan jangka pendek yang diberikan kepada klien adalah meningkatkan kemampuan bahasa reseptif tingkat kata benda kategori keluarga dengan tingkat keakuratan 80% selama 3 sesi berturut-turut. Metode yang digunakan dalam kasus ini adalah metode Modelling. Pelaksanaan terapi dilakukan dalam 5 kali pertemuan.
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi penatalaksanaan Terapi Wicara pada kasus Intellectual Disability; Hasil terapi yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa klien belum mampu mencapai target terapi yaitu 80% selama 3 sesi berturut-turut, sehingga tujuan jangka pendek yang ditetapkan pada klien belum tercapai. Tujuan jangka pendek klien belum tercapai karena dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu usia klien yang memasuki 6 tahun dan atensi klien yang kurang baik.

B. Saran

1. Bagi Keluarga/Orang tua diharapkan memberikan latihan sehari-hari pada klien sesuai program terapi yang telah diberikan di rumah. Peran keluarga sangat penting untuk tercapainya keberhasilan proses terapi.
2. Bagi Praktikan diharapkan mencari referensi/pengkayaan ilmu untuk menambah pengetahuan terkait penatalaksanaan Terapi Wicara pada kasus *Intellectual Disability*. Melakukan evaluasi proses terapi terkait kasus *Intellectual Disability*, seperti program yang ditetapkan pada klien belum tercapai karena praktikan kurang interaktif pada klien serta praktikan masih kesulitan dalam menangani kasus yang dialami klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alas, R. 2006. Ethics in Countries whit Diffrent Culture Dimensions. *Jurnal of Business Ethies*.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. United States of America: America Psychiatric Publishing.
- Apriyani, A.N., 2013. *Penatalaksanaan Fisioterapi pada Kondisi Delay Development di Yayasan Pendidikan Anak Cacat Surakarta*. Laporan Penelitian. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta, Solo. Available at: <https://docplayer.info/211228-Penatalaksanaan-fisioterapi-pada-kondisi-delay-development-di-yayasan-pendidikan-anak-cacat.html>
- Chamidah, A.N., 2017. Intervensi Dini Gangguan Perkembangan Komunikasi pada Anak *Down Syndrome*. *Dinamika Pendidikan*, 22 (01), p. 28-37. Available at: <https://www.scribd.com/document/393342083/Komunikasi>
- Dewi, K.S, & Widayanti, C.G., 2011. Gambaran Makna Keluarga ditinjau dari Status dalam Keluarga, Usia, Tingkat Pendidikan dan Jenis Pekerjaan (Studi Pendahuluan). *Jurnal Psikologi Undip*, 10 (02), p. 163-172. Available at: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/psikologi/article/view/2890>
- Hedge, M.N., & Davis, D., 1999. *Clinical Methods and Practicum in Speech-Langauge Pathology, Third Edition*. San Diego, California: Singular Publishing Group, Inc.
- Ke, X., & Liu, J., 2012. Intellectual Disability. In Rey JM (ed), *ICAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Available at: <http://www.iacapap.org/wp-content/uploads/C.1-Intellectual-Disability.pdf>
- Kumin, L., 1994. *Communication Skills in Children with Down Syndrome: a Guide for Parents*. United States of America: Woodbine House, Inc.
- Nugrahani, A.S., 2014. *Penggunaan Modifikasi Perilaku Tipe Punishment untuk Mengubah Pola Makan Anak Down Syndrome Sekolah Luar Biasa Wiyata Dharma 3 Ngaglik Sleman Yogyakarta*. Laporan Penelitian Sarjana. Fakultas Ilmu Pendidikan. Universitas Negeri Yogyakarta, Yogyakarta. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/158284203.pdf>
- Paul, R., 2001. *Language Disorders from Infancy through Adolescence Assessment and Intervention (2th edition)*. United States of America: Mosby.Inc.
- Paul, R., & Norbury, C.F., 2012. *Language Disorders from Infancy through Adolescence Listening, Speaking, Reading, Writing, and Communicating, (4th edition)*. United States of America: Elsevier Inc.
- Poppyariyana, A.A., & Wardana, A.E., 2018. Analisis Perkembangan Kognitif Anak melalui Kegiatan Mengklasifikasikan Benda di TK Se Kota Sukabumi Tahun Pelajaran 2017/2018. *Jurnal Golden Age Hamzanwadi University*, 3 (01), p. 35-43. Available at: <http://e-journal.hamzanwadi.ac.id/index.php/jga/article/download/35-43/593>
- Rayman, R., 2017. Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian *Down Syndrome*. *Medula*, 7 (5), p. 144-148. Available at: <http://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/download/1923/pdf>
- Rina, A.P., 2016. Meningkatkan *Life Skill* pada Anak *Down Syndrome* dengan Teknik *Modelling*. *Persona, Jurnal Psikologi Indonesia*, 5 (03), p. 215-225. Available at: <https://www.scribd.com/document/400669849/851-2078-1-SM-pdf>
- RISKESDAS, 2013. Hasil Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A., 2007. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychatry (10th edition1)*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Subiantoro, I.K., & Leonardi, T., 2013. Efektivitas Pembelajaran Kooperatif dengan Teknik *Team Accelerated Instruction* (TAI) terhadap Peningkatan Hasil Belajar Matematika Anak Retardasi Mental di SMPLB-C AKW Kumara II Surabaya. *Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan*, 2 (02), p. 142-151. Available at: <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jppp9a54b21ab0full.pdf>
- Syifa, Naili Faizatis. 2020. Upaya Meningkatkan Motivasi Berwirausaha melalui Layanan Bimbingan Kelompok dengan Teknik Modeling. *Jurnal Didaktikum* 20(2) <http://i-rpp.com/index.php/didaktikum/article/view/1114> (harus dicantumkan karena sebagai rujukan sitasi)
- Wardani, N.K., & Sudarsini. 2017. Media *Pop-Up* untuk Meningkatkan Kemampuan Mengenal Bilangan 1-10 pada Anak Tunagrahita. *Jurnal Ortopedagogia*, 3 (01), p. 51-55. Available at: <http://journal2.um.ac.id/index.php/jo/issue/view/388>