

**PEDOMAN  
PELAKSANAAN PELAYANAN KOMUNIKASI TOTAL  
TUNAGRAHITA**

**MAKALAH**



**Disusun Oleh :  
Drs. Tarmansyah  
NIP. 130522189**

NO. DAFTAR	
DIKIRIM	26-3-99
DIKIRIM	4
KELAS	K1
NO. DAFTAR	226/K/99-p2(7)
DIKIRIM	371. 926 Tar p. 2

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN LUAR BIASA  
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN  
INSTITUT KEGURUAN DAN ILMU PENDIDIKAN  
P A D A N G  
1998**

## ABSTRAK

Pedoman pelaksanaan pelayanan komunikasi total tunagrahita, merupakan suatu kajian praktis tentang upaya layanan pada gangguan komunikasi bagi penyandang tunagrahita. Sasaran makalah ini adalah bagi mereka yang berkecimpung dalam dunia pendidikan/pelayanan penyandang cacat atau dunia pendidikan luar biasa. Guru, Orang Tua, Pekerja Sosial.

Ketidak berhasilan latihan bicara bagi tunagrahita disebabkan karena kurang terpenuhinya kebutuhan komunikasi di lingkungan dengan materi latihan yang diberikan di sekolah. Adanya perkembangan teori komunikasi dan mempertimbangkan aspek fungsional dalam komunikasi dengan memperhatikan kebutuhan komunikasi dalam kehidupan di masyarakat bagi tunagrahita.

Model komunikasi yang membedakan antara komunikasi ekspresif, vokal dan non vokal meliputi : Non simbolis, Pre simbolis, dan simbolis, ke tiga model ini merupakan dasar dalam menentukan tingkatan kemampuan komunikasi tunagrahita.

Bagi tunagrahita komunikasi yang diterapkan mengacu kepada komunikasi total, yaitu suatu sistem yang memakai lebih dari satu modalitas, pada saat yang sama antara lain dengan menggunakan isyarat, mimik, gambar, foto, fliko, menulis, benda, bliss simbol bersama-sama dengan berbicara.

Sebelum memberikan layanan pada gangguan komunikasi, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan yang meliputi faktor linguistik, motivasi, respons, stimulus, batas pendengaran dan pemeriksaan tingkat kognitif serta komunikasi reseptif ekspresif, dan pragmatis.

Cara-cara menggunakan sistem visual yang meliputi sistem motoris visual, dan grafis visual. Termasuk bahasan tentang Plikto Watch Sistem dan Bliss Simbol. Cara pemilihan sistem komunikasi bagi tunagrahita didasarkan atas hasil pemeriksaan yang lengkap dan cermat.

Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan tiga kelompok tunagrahita : yaitu yang tidak mempunyai dan tidak dapat belajar cara komunikasi linguistik. Yang dapat menggunakan komunikasi linguistik-vokal sederhana. Yang mempunyai tingkat inteligensi cukup tinggi namun mengalami kesulitan berat dalam ekspresi vokal.

Terapi komunikasi bertujuan mengembangkan atau mengoptimisasi kemampuan-kemampuan komunikasi bagi tunagrahita dan lingkungannya, sehingga mampu berinteraksi sosial. Model latihan komunikasi mengacu kepada kemampuan dasar klien.

Sebagai upaya untuk mengaplikasikan teori-teori yang telah dibahas, maka disajikan contoh-contoh kasus yang memerlukan pembahasan yang cermat.

Pelaksanaan pelayanan pada dasarnya dapat dilakukan oleh siapa saja, terutama mereka yang telah memahami langkah-langkah yang dijadikan pedoman. Orang tua dan pekerja sosial dapat menggunakan pedoman ini dengan berkonsultasi dengan guru atau pelatih bicara ( Speech Therapist) yang ada, sehingga kegiatan pelayanan dapat berjalan dengan efektif efisien dan berkesinambungan.

## KATA PENGANTAR

Kebutuhan akan buku sebagai penunjang kegiatan belajar mengajar pada Program Studi Pendidikan Luar Biasa FIP IKIP Padang masih sangat terbatas. Pemerintah dalam hal ini Direktorat Pendidikan Tinggi Depdikbud telah berusaha untuk menerbitkan kebutuhan buku dimaksud, namun belum memenuhi tuntutan kurikulum dan pengembangannya.

Merupakan suatu tantangan bagi kami Staf Pengajar Prodi PLB FIP IKIP Padang untuk menyusun suatu kajian dalam bentuk makalah sebagai pegangan dalam menghadapi permasalahan di lapangan, sehingga tujuan yang diamanatkan kurikulum dapat mencapai sasaran secara optimal.

Kaitannya dengan makalah yang mengacu kepada pedoman praktis pelayanan komunikasi total tunagrahita, yang sasarannya adalah para mahasiswa, guru, orang tua dan pekerja sosial, merupakan salah satu upaya yang dikembangkan untuk memenuhi tuntutan lapangan. Bahwa 65 % anak Tunagrahita mengalami gangguan dalam berkomunikasi. Sementara buku-buku yang menggunakan bahasa Indonesia masih sangat terbatas.

Kami mencoba untuk menyusun sebuah pedoman tentang pengelolaan Sistem Komunikasi Total Bagi Tunagrahita. Makalah ini merupakan ide dasar yang kemudian dapat dikembang luaskan, sehingga menjadi sebuah buku.

Kajian materi diupayakan disajikan secara praktis sehingga mudah difahami oleh yang berkepentingan, terutama mereka yang berkecimpung dalam dunia pendidikan Luar Biasa.

Padang, 20 Mei 1998

Penyusun

## DAFTAR ISI

ABSTRAK .....	i
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penulisan Makalah .....	4
D. Kegunaan Penulisan Makalah .....	4
E. Teknik Penulisan Makalah .....	5
F. Sistematika Penulisan Makalah .....	5
BAB II TINJAUAN TEORETIS	
A. Konsep Komunikasi Bagi Tunagrahita .....	6
B. Klasifikasi Kemampuan Komunikasi .....	8
C. Model Komunikasi Shane .....	9
D. Komunikasi Total Bagi Tunagrahita .....	10
E. Dasar-Dasar Penerapan Komunikasi Total .....	11
F. Pemeriksaan Gangguan Komunikasi .....	12
G. Cara Menyusun Sistem Visual.....	24
H. Macam-macam Komunikasi Visual .....	27
BAB III. PEMBAHASAN	
A. Pemilihan Sistem Komunikasi .....	30
B. Tunagrahita Yang Memerlukan Layanan Komunikasi Total..	32
C. Terapi Komunikasi.....	34
D. Daftar Skrining .....	39
Contoh Kasus .....	44
BAB IV KESIMPULAN, SARAN, PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	50
B. Saran .....	51
C. Penutup .....	51
DAFTAR PUSTAKA .....	52

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang Masalah

Hasil penelitian Hery Widyastono dkk., Pusbang Kurrandik Depdikbud tentang Profil siswa SD yang berkesulitan belajar, dinataranya menunjukkan bahwa 60 % siswa SD mengalami kesulitan dalam komunikasi. Hasil penelitian di bag selatan AS oleh Gilleppe dan Cooper (1973) mencatat bahwa masalah komunikasi di SD sebanyak 38 %. Data tersebut merupakan hasil penelitian terhadap anak-anak tingkat sekolah dasar normal.

Berdasarkan pengamatan lapangan, bahwa anak luar biasa yang mengalami gangguan komunikasi sekitar 78 %, termasuk di dalamnya anak-anak tunagrahita yang diperkirakan 80 % mengalami gangguan komunikasi.

Kemampuan berkomunikasi sangat erat hubungannya dengan perkembangan intelektual dimana satu sama lain saling mempengaruhi sehingga tidak dapat dipisahkan. Kaitannya dengan kemampuan berkomunikasi bagi anak tunagrahita perlu adanya upaya-upaya layanan berupa latihan secara dini, sehingga keterlambatan dalam perkembangan komunikasi dapat diatasi.

Keberadaan anak tunagrahita yang bervariasi, mulai dari kelompok mampu didik, mampu latih dan perlu rawat dengan berbagai peroblem penyerta diperlukan suatu upaya penanganan secara profesional. Seperti telah kita ketahui tidak semua anak tunagrahita dapat dikembangkan kemampuan bicaranya secara optimal sebagai sarana komunikasi. Ada sekelompok tunagrahita yang memerlukan sarana komunikasi khusus, yaitu mereka yang digolongkan mampu latih dan perlu rawat.

Pada dasarnya kemampuan komunikasi dapat dikembangkan sekalipun kelainannya berat, yang dimaksud dengan pengembangan kemampuan komunikasi kepada kelompok anak tunagrahita yaitu dengan memanfaatkan modalitas visual, auditori, taktil dan kinestetik secara optimal. Misalnya anak masih mampu mengedipkan mata atau menggelangkan kepala, maka kedipan

mata gelangan kepala tersebut dapat dikembangkan sebagai saran komunikasi bagi para tunagrahita berat, selanjutnya dikembangkan model Bliss Simbol, Foto, atau model Ficto dan sistem gambar.

Bahasa badan atau body language dapat dikembangkan menjadi model komunikasi khusus bagi tunagrahita. Dengan demikian kita ditantang untuk mengembangkan lebih lanjut dan secara spesifik upaya-upaya membarikan pelayanan komunikasi kepada tunagrahita sebagaimanaapun beratnya.

Seperti dikatakan di atas bahwa tunagrahita mempunyai berbagai problem penyerta, maka dalam mengatisipasi program pelayanan mengacu kepada pendekatan komunikasi secara total, yaitu dengan mengembangkan kemampuan bahasa, bicara, isyarat, body language, mimik, rasa raba, rasa gerak, foto, gambar, tulisan, lambang-lambang dan sebagainya.

Pelayanan atau pelatihan kemampuan komunikasi tidak hanya dilakukan di lingkungan sekolah secara formal, namun para orang tua secara terpadu turut serta membina dan melaksanakan program layanan berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan guru di sekolah. Dengan demikian konsep dasar komunikasi yang dikembangkan di sekolah ditindak lanjuti oleh para orang tua dan keluarga di rumah, maka diharapkan para penyandang tunagrahita dapat berkomunikasi di dalam lingkungan dimana dia berada.

Sampai saat ini di sekolah-sekolah atau panti-panti yang menyelenggarakan pendidikan dan pelayanan kepada para penyandang tunagrahita, khususnya di Sekolah Luar Biasa, belum memiliki pedoman pelayanan yang praktis terhadap gangguan komunikasi bagi tunagrahita.

Pedoman praktis dalam pelayanan komunikasi juga diperlukan oleh para orang tua dan keluarga para penyandang tunagrahita, sehingga para orang tua dan keluarga di rumah dapat mengembangkan kemampuan komunikasi anak secara optimal sejalan dengan program yang dilaksanakan di sekolah. Demikian pula dengan petugas-petugas yang terkait dengan program pelayanan terhadap para penyandang tunagrahita yang dikeloia

oleh instansi, maupun organisasi sosial kemasyarakatan.

Mengacu kepada berbagai latar belakang di atas. maka dirasa perlu untuk menyusun suatu buku pedoman praktis, yang dapat dimanfaatkan oleh guru, orang tua, dan para petugas sosial dalam upaya meningkatkan pelayanan terhadap berbagai gangguan komunikasi yang dialami oleh para penyandang tunagrahita. Maka pada kesempatan ini penulis merasa terpanggil untuk menyusun sebuah buku pedoman praktis yang berjudul :  
PEDOMAN PELAKSANAAN PELAYANAN KOMUNIKASI TOTAL TUNAGRAHITA  
(BAGI GURU, ORANG TUA DAN PETUGAS SOSIAL)

## B. Rumusan Masalah

Kemampuan komunikasi bagi anak tunagrahita memegang peranan yang sangat penting dalam upaya melaksanakan kegiatan belajar mengajar serta keterampilan penyesuaian diri dengan lingkungan keluarga dan masyarakat.

Bahwa komunikasi yang dapat dikembangkan dalam pembinaan anak tunagrahita adalah mengacu kepada model komunikasi total, yaitu dengan memanfaatkan berbagai modalitas yang masih dimiliki anak.

Berdasarkan kepada latar belakang permasalahan di atas, maka perlu adanya upaya pemasyarakatan pelayanan komunikasi total bagi tunagrahita. Sekolah dalam hal ini SLB bagi anak Tunagrahita merupakan salah satu lembaga yang mempunyai tanggung jawab terhadap upaya pelayanan kepada anak-anak tunagrahita diantaranya memberikan pelayanan khusus terhadap anak-anak yang mengalami gangguan komunikasi.

Guru, orang tua dan petugas sosial sangat memerlukan acuan yang dapat dijadikan pedoman dalam upaya memberikan pelayanan gangguan komunikasi yang praktis, efektif dan efisien, sehingga para penyandang tunagrahita memiliki kemampuan berkomunikasi yang optimal untuk mengatasi berbagai permasalahan yang dihadapinya.

Untuk memperjelas arah pembahasan, dalam penyusunan makalah ini, maka materi kajian dipusatkan kepada permasala-

han yang dirumuskan sebagai berikut :

1. Apakah semua penyandang tunagrahita dapat diberikan layanan/ latihan komunikasi total ?
2. Kelompok tunagrahita yang mana saja yang dapat diberikan pelayanan/latihan komunikasi total ?
3. Bagaimana langkah-langkah mengidentifikasi tunagrahita yang mengalami gangguan komunikasi ?
4. Model-model pendekatan komunikasi yang bagaimana yang dapat diberikan kepada tunagrahita ?
5. Upaya apa yang dapat dilakukan guru, dan orang tua serta para petugas sosial dalam memberikan pelayanan kepada tunagrahita ?

### **C. Tujuan Penulisan Makalah**

Tujuan penulisan makalah didasarkan atas rumusan masalah yang telah diuraikan di atas, adalah sebagai berikut :

1. Mendapatkan gambaran tentang klasifikasi tunagrahita yang memerlukan pelayanan komunikasi total
2. Memperoleh gambaran pentingnya tunagrahita mendapat pelayanan/latihan komunikasi total
3. Mendapatkan suatu pedoman tatalaksana identifikasi gangguan komunikasi bagi tunagrahita.
4. Untuk menetapkan jenis-jenis gangguan komunikasi tunagrahita
5. Mendapatkan berbagai alternatif pelayanan yang efektif untuk menangani gangguan komunikasi tunagrahita.

### **D. Kegunaan Penulisan Makalah**

Makalah ini disusun dengan harapan dapat bermanfaat bagi semua pihak, antara lain sebagai berikut :

1. Dapat dijadikan bahan acuan untuk semua pihak tentang pentingnya pelayanan dini gangguan komunikasi bagi tunagrahita.

2. Makalah ini dapat dijadikan pedoman untuk melaksanakan identifikasi gangguan komunikasi tunagrahita.
3. Sebagai pedoman dalam menyusun program dan pelaksanaan latihan bagi tunagrahita yang mengalami gangguan komunikasi.
4. Sebagai bahan kajian bagi pihak-pihak terkait dengan program pelayanan gangguan komunikasi tunagrahita.

#### **E. Teknik Penulisan Makalah**

Teknik yang digunakan dalam penulisan makalah ini mengacu kepada pokok-pokok permasalahan dengan teknik studi pustaka.

#### **F. Sistematikan Penulisan Makalah**

Penulisan makalah ini disajikan dalam tiga bab, yaitu sebagai berikut :

Bab. I Pendahuluan, merupakan kajian tentang pemahaman yang berkaitan dengan berbagai permasalahan yang akan dibahas dalam makalah, meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, teknik dan sistematikan penyusunan makalah.

Bab II Tinjauan Teoretis, merupakan bagian yang mengkaji berbagai teori yang melatar belakangi penyusunan makalah ini.

Bab III Pembahasan, merupakan bagian yang membahas berbagai permasalahan yang dijadikan kajian dalam makalah ini.

Bab IV Kesimpulan, Saran dan Penutup, merupakan inti-sari dari keseluruhan permasalahan dan pembahasannya, serta beberapa saran dalam upaya pengembangan lebih lanjut.

## BAB II

### TINJAUAN TEORETIS

#### A. Konsep Komunikasi Bagi Tunagrahita

Dalam memberikan pelayanan kepada anak tunagrahita, khususnya dalam memberikan bimbingan untuk menangani berbagai permasalahan yang menyangkut kemampuan berkomunikasi. Perlu adanya kesamaan pemahaman sehingga tidak terjadi kesalahan fahaman dalam menafsirkan konsep komunikasi bagi tunagrahita.

Komunikasi yang dimaksud dalam bidang studi sistem komunikasi anak luar biasa, bukanlah komunikasi yang kita kenal dengan komunikasi yang berkaitan dengan sistem diplomasi, politik, atau komunikasi masa. Istilah komunikasi dalam hal ini lebih spesifik ditujukan bagi anak-anak luar biasa, lebih khusus lagi yaitu anak Tunagrahita.

Banyak teori dan defenisi tentang istilah komunikasi, tetapi dengan sederhana dapat kita jelaskan sebagai berikut : komunikasi adalah suatu proses timbal balik yang terjadi antara pengirim dan penerima pesan. Dengan demikian proses komunikasi terdiri dari :

- pengirim pesan
- isi pesan
- penerima pesan

Pengirim pesan dan penerima pesan saling mempengaruhi. Yaitu : seseorang yang menerima pesan akan merespon reaksi terhadap pengirim pesan, sehingga terjadi interaksi antara pengirim pesan dan penerima pesan. Proses interaksi ini akan terjadi terus menerus, sehingga sipengirim menjadi sipenerima dan sebaliknya.

Defenisi yang kita berikan tentang istilah komunikasi tergantung pada visi dan misi materi. Namun pada dasarnya ada beberapa aspek yang perlu mendapat perhatian, antara lain :

- komunikasi perlu intensi (pengirim dengan sadar mengirim pesan)

Kalau tidak, itu berarti bahwa semua tingkah laku adalah ko-

munikasi. Jadi semua tingkah laku dalam situasi-situasi sosial mempunyai "pesan", orang tidak dapat untuk tidak berkomunikasi. Visi ini dinamakan "prilaku komunikasi"

- komunikasi harus mengarah kepada orang dengan sadar ?
- komunikasi harus berhasil ?

Visi "prilaku-komunikasi" mengatakan bahwa komunikasi adalah proses interaksi dimana berbagai tingkah laku diterima dan ditafsirkan oleh sesama manusia di dalam interaksi. Penyandang tunagrahita berat dan bayi-bayi, yang tidak/belum dapat berkomunikasi dengan intensif, karena kemampuan kognitif masih kurang, namun mereka dapat berkomunikasi dalam visi tersebut.

Adanya visi tersebut terjadi karena ada 2 alasan :

- Gagalnya latihan bicara di sekolah untuk anak tunagrahita, karena di dalam proses komunikasi sering terdapat kesulitan tentang pengertian dan mengekspresikan. Dulu seorang pelatuh bicara hanya memperhatikan aspek artikulasi dan bahasa saja, sehingga sering hasil penanganannya kurang optimal. Penyandang tunagrahita memang mempunyai kesulitan dalam hal artikulasi dan bahasa, tetapi hanya memperbaiki aspek-aspek itu saja, akan memberi hasil yang minimal.

- Perkembangan dalam hal teori komunikasi.

Sekitar tahun 1980 orang mulai berminat/memperhatikan kepentingan aspek fungsional dalam hal komunikasi. Waktu itu banyak program-program bahasa yang sampai sekarang masih dipakai oleh beberapa pelatih bicara. Hal ini kurang bermanfaat bagi anak tunagrahita karena keterampilan berbicara dalam kaitannya dengan kemampuan komunikasi kurang mendapat perhatian. Program-program yang dipakai sering tidak dipakai dalam situasi kehidupan sehari-hari. Harusnya ada generalisasi keterampilan bicara dan berbahasa dari terapi wicara ke situasi di rumah, sekolah, lingkungan. Dan juga program-program bahasa tersebut sering tidak cocok untuk anak tunagrahita berat.

## **B. Kalasifikasi Kemampuan Komunikasi**

Sekitar tahun 1980 telah adanya perubahan pandangan terhadap pelayanan bicara/bahasa menjadi komunikasi total. Dengan komunikasi total aspek fungsional menjadi paling penting. Saat ini istilah komunikasi total diganti dengan istilah penunjang komunikasi. Di dalam memberikan pelayanan terhadap tunagrahita yang ter penting ialah bagaimana ber komunikasi antara orang cacat dengan orang cacat dan orang cacat dengan orang lain untuk saling memperbaiki.

Kita mencoba menyederhanakan proses komunikasi dalam model komunikasi. Tahun 1980 seorang terapi wicara (R. Verpooten) mencocokkan model-komunikasi dari Shane (lihat lampiran). Model tersebut membedakan antara komunikasi ekspresif, vokal dan non-vokal, dalam 3 tingkatan, yaitu :

### **1. Non-simbolis atau non-linguistik atau pre-intensional.**

Ini berarti bahwa seseorang tidak menggunakan bahasa. Komunikasi dalam tingkat ini sering tidak sadar dan tanpa tujuan. Komunikasi ini disebut juga dengan komunikasi efektif. Kita tidak perlu memperoleh maknanya secara obyektif. Contoh : pucat kalau sedang sakit, mimik muka dan irama suara kalau sedang marah, terlihat lesu kalau sedang kecapaian. Artinya komunikasi itu akan diketahui oleh semua orang.

### **2. Pre/proto-simbolis atau intensional.**

Ini berarti bahwa seseorang sudah menggunakan benda-benda/alat yang konkret/nyata dan ada yang menunjuk kepada apa yang diinginkannya. Jadi benda-benda/material digunakan untuk menunjukkan kepada situasi atau orang atau benda konkret. Contoh-contoh material : benda-benda, foto-foto, gambar-gambar. Menurut kebiasaan dalam perkembangan bahasa/komunikasi yang normal, tingkat ini dicapai oleh berumur 9-12 bulan. Dalam tingkatan ini anak mulai menggunakan laku (non) vokal dengan tujuan yang disadari.

### 3. Simbolis atau linguistis atau intensional.

Ini berarti bahwa seseorang berkomunikasi dengan menggunakan bahasa, seperti bahasa isyarat, bahasa tulisan, blisse symbols, berbicara. Sesudah pengertian simbol berkembang anak dapat menggunakan simbol-simbol konvensional. Ini berarti bahwa orang berjanji tentang arti simbol-simbol yang digunakan. Contoh : kalau anak tidak belajar bahwa bunyi "I" dengan "B" dan dengan "U" menjadi kata "IBU" yaitu yang menunjukkan kepada seseorang yang merawat dia sehari-hari, maka dia tidak akan mengerti kata "IBU" tersebut sama sekali.

#### C. Model Komunikasi Shane

MODEL KOMUNIKASI DARI SHANE, DISESUAIKAN UNTUK SITUASI DENGAN TUNAGRAHITA OLEH R. VERPOORTEN (1982).

TINGKATAN	NON VOKAL		VOKAL
simbolis/ linguistis intensional pada tingkat menunjuk	bhs isyarat	cara tulisan	berbicara menyanyi
	-bhs isyarat abstrak -abjad isya- rat -sistem isya- rat	-abjad -blisse  -simbol  -pikto	
pre-/proto- simbolis atau intensional	-alat peraga -benda yang mengganti benda tersebut -tempat benda -benda secara menunjuk manipulasi	-gambar  -gambar dari majalah -foto  -benda	BERBUNYI SECA- RA MENIRUKAN :  -ngeong -mmm(enak)  -brrr(dingin) VOKALISASI MENINGGALKAN KESAN : -menarik/minta perhatian dan memberi suara

TINGKATAN	NON VOKAL		VOKAL
			enggan dll. dengan vokal yang dipilih dengan sadar dan dengan tujuan.
non-simbolis non-linguistik pre-intensio- nal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-menggunakan ruang</li> <li>-gerakan motoris</li> <li>-melihat</li> <li>-sikap badan</li> <li>-pakaian</li> <li>-romanya jasmani (pucat kalau sakit,...)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-tertawa</li> <li>-menangis</li> <li>-menarik nafas panjang</li> <li>-mengerang</li> <li>-memekik</li> <li>-.....</li> </ul>

#### D. Komunikasi Total Bagi Tunagrahita.

Yang dimaksud dengan komunikasi total adalah suatu sistem yang memakai lebih dari satu modalitas pada saat yang sama dengan menggunakan isyarat, mimik, gambar, foto, pikto, menulis, benda. Dipakai bersama-sama sambil bicara.

Komunikasi total dipakai pertama oleh orang tunarungu di Amerika tahun 1950. Waktu itu komunikasi total hanya memakai isyarat dan bicara. Pada saat sekarang kalau memakai isyarat dan bicara disebut komunikasi simultan bukan komunikasi total. Dalam komunikasi total semua cara dapat dipakai bersama dengan bicara. Jadi pada komunikasi total kita juga memakai komunikasi simultan, tetapi komunikasi total mengandung pengertian yang lebih luas.

Mulai sekitar tahun 1970 komunikasi total dipakai untuk anak tunagrahita di Amerika. Dan komunikasi total ini juga berkembang sekitar tahun 1980 di Belanda.

Orang selalu bergaul dengan orang lain. Itulah dasar hidup manusia yang bahagia. Melalui interaksi antara sesama, orang dapat mengutarakan perasaan, keinginan dan pikiran. Pada umumnya orang menggunakan bahasa lisan, tetapi ada juga orang yang tidak dapat menggunakan bahasa lisan atau penggunaannya terbatas karena orang itu cacat. Dengan menggunakan sistem-

sistem komunikasi, orang cacat tersebut diberi kesempatan untuk bergaul dengan orang lain supaya hubungan menjadi mudah. Jadi dengan komunikasi total orang yang mengalami kesulitan bicara juga dapat mengutarakan perasaan, keinginan dan pikiran.

## **E. Dasar-Dasar Penerapan Komunikasi Total**

### **1. Aspek interaksi.**

Pembicara dan pendengar saling mempengaruhi, karena hal ini sangat penting dalam proses komunikasi.

Contoh : anak berbicara tetapi pendengar memusatkan perhatian kepada orang lain, mengakibatkan minat anak untuk berbicara kurang.

### **2. Aspek ekspresi.**

Dalam komunikasi total sistem-sistem yang dipakai dapat lebih dari satu pada saat yang sama. Bahasa isyarat, mimik, bahasa badan, menunjukkan benda-benda, foto-foto, gambar-gambar, menulis boleh dipakai sambil bicara. Orang dapat menggunakan beberapa saluran komunikasi bersama-sama (komunikasi simultan), umpamanya saluran vokal dan non-vokal (bicara dengan gambar).

### **3. Aspek pragmatis.**

Komunikasi total sebaiknya digunakan selama 24 jam sehari, supaya komunikasi total menjadi kebiasaan sehari-hari. Jadi penting untuk seluruh keluarga atau orang yang berada di dalam lingkungan anak yang sedang belajar komunikasi total.

Dalam bahasa Inggris istilah "komunikasi total" berarti

menggunakan cara-cara komunikasi selalu dan dimanapun juga.

Penjelasan tentang aspek cara-cara ekspresi dan sistem-sistem simbol:

- orang dapat menggunakan saluran vokal. Pada saluran vokal orang berbicara untuk memberi informasi. Penerima harus memakai saluran auditif. Pada saluran non-vokal orang dapat menggunakan saluran visual (bahasa isyarat, tulisan, foto,) dan peraba (abjad tangan untuk anak tunarungu dan tuna

netra).

- sering kita lihat tingkah laku non-simbolis, yang dipakai secara tidak sadar. Dengan begitu "pengirim" tergantung kepada penafsiran "penerima". Dalam situasi ini "penerima" mempunyai tanggung jawab yang penting. Setelah "pengirim" dapat berkomunikasi dengan tujuan yang sadar, maka "pengirim" kurang bergantung kepada "penerima". Tingkat yang lebih tinggi adalah menggunakan simbol-simbol bahasa dalam berbicara. Pada anak tunagrahita, kemampuan-kemampuan mental untuk belajar simbol-simbol bahasa kurang. Akibatnya mereka pasti mengalami kesulitan dalam berbicara. Beberapa penyandang tunagrahita dapat belajar berbicara, tetapi ada juga yang tidak dapat berbicara sama sekali. Mereka yang dapat berbicara sering mengalami keterlambatan bicara dan tidak dapat menggunakan bahasa seperti orang "normal".

## **F. Pemeriksaan Gangguan Komunikasi**

### **1. Penyandang Tunagrahita**

Banyak penyandang tunagrahita mengalami kesulitan dalam hal komunikasi. Ada yang tidak dapat berbicara sama sekali dan ada yang dapat berbicara sedikit. Kebanyakan tingkatan kognitifnya rendah (tunagrahita berat/parah: umur mental/kognitif < 2 tahun), gangguan pendengaran, gangguan autisme, gangguan neuro-motoris atau gangguan bahasa. Namun ada juga tunagrahita dengan tingkatan kognitif tinggi (umur mental/kognitif > 4 tahun), dan mengalami kesulitan dalam hal komunikasi reseptif. Sering kita tidak dapat menggunakan tes yang biasa, karena perintah-perintah tes itu terlalu sulit. Jadi kita harus mencari cara lain untuk mengetes anak tunagrahita.

### **2. Sebab-sebab Kesulitan Komunikasi**

Banyak anak tidak dapat mencapai tingkat komunikasi fungsional. Pentingnya kita menemukan sebab dari gangguan bicara dan bahasa (komunikasi) karena berbagai sebab, dengan demikian memerlukan penanganan yang berbeda. SHANE (1980). Kita dapat membagi sebab-sebab gangguan komunikasi dalam 6

kategori, yaitu sebab-sebab berdasarkan gangguan :

a. Neurologis.

Hubungan dengan motorik bicara (umpamanya: apraksi, dysarti).

b. Tingkatan kognitif.

c. Retardasi mental.

d. Emosional/afektif

umpama autis.

e. Linguistis.

Hubungan dengan sistem simbol bahasa, umpama gangguan bahasa.

f. Panca indra, sensoris.

Umpama tuli dan pekak.

f. Tidak dikenal.

Kategori-kategori tersebut terjadi baik satu jenis kelainan atau lebih dari satu kelainan (gangguan tingkatan kognitif, retardasi mental, bersama gangguan neurologis, spastis) hal ini dapat menyebabkan gangguan reseptif dan ekspresif berat. Retardasi mental sering terjadi bersama gangguan pendengaran, gangguan bahasa dan gangguan autis.

### 3. Pemeriksaan Khusus.

Jenis tes yang sudah di standardisasi untuk anak tunagrahita belum ada. Karena itu penting mereka diperiksa oleh dokter, psikolog, pedagog, ahli terapi wicara, fisioterapist, serta ahli lain yang terkait. Jadi pemeriksaan "multi-disipliner". Pemeriksaan tersebut terdiri dari :

a. pemeriksaan pendengaran

b. pemeriksaan tingkatan kognitif (khusus perkembangan sensoris motoris)

c. pemeriksaan tingkatan komunikasi reseptif dan ekspresif

d. pemeriksaan komunikasi fungsional : pragmatis

a. Pemeriksaan Pendengaran

Gangguan pendengaran sering kita lihat pada tunagrahita. Sebab-sebabnya adalah : penyakit telinga tengah (otitis media pada anak Down's Syndrom), gangguan kongenital (penyakit sudah ada sejak bayi lahir, umpamanya terjadi infeksi rubella atau

kerusakan otak/syaraf). Sehingga pendengaran yang kurang baik mempengaruhi perkembangan bahasa dan bicara.

Pemeriksaan pendengaran pada runagrahita sering sulit. LLOYD (1975) menyebut faktor-faktor yang harus kita perhatikan waktu memeriksa, yaitu :

1) Faktor-faktor linguistis.

Anak Tunagrahita sering sekali tidak atau kurang mengerti intruksi, karena pengertian bahasa mereka kurang. Jadi kita harus memberi intruksi secara non-verbal. Kita harus menjelaskan pada klien bagaimana untuk pemeriksaan pada audiometer dan kita harus menjelaskan untuk reaksi "stimulus", bunyi-bunyi. (Kita tidak dapat memakai pemeriksaan speech audiometer). Dengan pemeriksaan ini mereka harus meniru kata-kata yang dia dengar. Tetapi banyak tunagrahita tidak dapat berbicara atau ucapan mereka kurang jelas, sehingga kita tidak tahu apakah mereka mendengar kata-kata tersebut-dengan baik atau tidak.

2) Faktor-faktor motivasi.

Mereka sering tidak mau mengikuti pemeriksaan, karena dalam hal konsentrasi dan motivasi kurang baik. Mereka cepat lelah, berarti kita harus memilih waktu yang cocok untuk pemeriksaan. Kadang-kadang mereka tidak mau memakai alat "headphone", karena takut. Kita harus tahu juga apakah klien minum obat atau tidak. Itu sangat berpengaruh pada konsentrasi dan tingkah laku.

3) Faktor-faktor respon.

Bergantung pada tingkatan kognitif dan kemungkinan-kemungkinan neuromotoris kita harus memilih perilaku respon anak. Kita harus melihat klien memberi respon atau tidak. Mungkin klien hanya memberi reaksi mata, sehingga kita dapat melihat respon mana yang dapat dia pakai. Sering mereka memberi reaksi sesudah stimulus auditif (bunyi) berhenti.

Contoh : pada anak tunagrahita kita dapat menggunakan pemeriksaan pendengaran secara bermain. Kita memilih respon yang cocok untuk dia. Umpama respon anak ini adalah "masukkan

balok kedalam kotak". Mungkin pada anak lain respon adalah "memutar kepala" ke arah dari mana dia mendengar bunyi-bunyi.

#### 4) Faktor-faktor stimulus.

Stimulus apa kita gunakan kepada tunagrahita? Kita dapat menggunakan bunyi-bunyi sehari-hari, kata-kata, nada-nada. Ini tergantung pada minat seorang klien. Penting kita gunakan asas "operant conditioning". Artinya jika terdengar bunyi-bunyi bersamaan dengan klien melakukan reaksi. Pada tunagrahita stimulus auditif kita memakan waktu yang lama sebelum anak bereaksi, memberi respon. Umumnya kita tidak dapat menggunakan "maskingtechniek" pada klien tunagrahita, karena mereka bingung stimulus (bunyi) yang harus mereka respon.

#### 5) Faktor-faktor berhubungan dengan metode (melacak batas pendengaran).

Kita dapat memilih dua cara, yaitu :

- a) mulai dengan bunyi-bunyi keras, terus dikurangi
- b) mulai dengan bunyi-bunyi lembut, pelan-pelan, terus menambah.

Pada anak tunagrahita cara pertama lebih cocok.

Ada beberapa metode pemeriksaan pendengaran. FULTON dan LLOYD (1975) membagi metode tersebut dalam 2 kelompok yaitu:

- metode subjektif
- metode objektif

VERPOORTEN (1981) menyebutkan 3 metode subjektif yang kita dapat menggunakan pada anak tunagrahita dengan baik. Semua mendukung pada asas-asas "operant conditioning".

- **Pemeriksaan pendengaran secara bermain.**

Kita dapat menggunakan metode ini pada anak "normal" dengan umur kognitif 18 bulan. Dengan metode ini anak memberi respon pada bunyi, stimulus, dengan permainan. Kita harus memilih permainan yang lebih cocok untuk anak.

Contohnya : menaruh manik-manik dalam kotak, membangun menara dengan balok dari kayu, memberi warna pada gambar. Kita harus melatih anak memberi respon pada bunyi-bunyi dulu. Kadang-kadang kita harus mengganti respon pada respon lain, karena motivasi anak. Misalnya membongkar menara dengan balok berkurang. Jadi kita harus mengganti respon supaya motivasi anak untuk pemeriksaan anak ditambah lagi.

- **Metode menggunakan hadiah visual.**

Kita dapat menggunakan beberapa macam stimulus visual dengan tujuan anak dapat bereaksi dengan baik terhadap bunyi-bunyian. Stimulus visual tersebut adalah foto pada tv, permainan listrik (Contohnya : mobil yang berjalan sesudah anak bereaksi dengan baik). Kita dapat menggunakan metode ini pada anak tunagrahita dengan umur kognitif 10 bulan. (pada anak "normal" umur kognitif 5 bulan).

- **Metode observasi kelakuan, tingkah laku.**

Dengan metode ini kita harus melaksanakan observasi apakah tingkah laku anak berubah waktu mendengar bunyi atau stimulus auditif yang lain. Respon, tingkah laku tersebut kadang-kadang timbul secara reflek (tidak sadar), kadang-kadang sadar. Kita dapat memakai bunyi-bunyi sehari-hari, bicara, bunyi musik, bunyi dari alat musik.

Apabila tingkatan kognitif anak lebih tinggi, reaksinya akan lebih jelas. Metode Ewing adalah sesuatu sarana observasi. Metode itu digunakan pada bayi "normal" berumur 9 bulan. Bayi dipangku ibu. Sementara di depan ada seorang yang

226/IC/99 - P2(2)

371926  
Tar  
p:2

menggunakan mainan untuk menarik perhatian anak dan seorang terapi wicara bersuara dari belakang dengan menggunakan bunyi-bunyi sehari-hari. Apabila anak normal akan melihat kearah sumber bunyi. Contoh respon anak adalah : berkurang/bertambah gerakan badan, merunjuk kepada perubahan mimik, meniru bunyi, berorientasi dengan mata/kontra/badan atau refleks-refleks (Moro refleks).

Metode objektif adalah :

Pada pemeriksaan ini alat dimasukkan ke telinga klien yang berhubungan dengan kabel. Alat langsung merekam kondisi telinga tengah klien. Kemudian terjadi dengan bentuk grafik karena ada reaksi dari telinga klien.

- respon audiometry (ERA) dan pemeriksaan brainsistem (BERA). Pemeriksaan ini sering dipakai di rumah sakit. Alat langsung merekam kondisi telinga klien. Kemudian terjadi dalam bentuk grafik, karena ada reaksi dalam otak kliennya. Penting kita bekerja sama dengan dokter THT dan dokter anak di sekolah/yayasan.

**Hal-hal penting tentang pemeriksaan pendengaran :**

- pada saat melakukan pemeriksaan, sebaiknya kita mempergunakan ruangan tertutup atau dalam keadaan sepi, supaya klien dapat mendengar lebih jelas.
- kita memerlukan beberapa kali untuk pemeriksaan
- pemeriksaan memakan waktu yang lama setiap kali
- kadang-kadang kita memerlukan 2 orang untuk mengobservasi anak, umpama dengan tes Ewing.
- waktu persiapan tes lebih lama, karena mereka tidak mengerti metode tes. Jadi kita harus menggunakan "operant conditioning".
- penting kita mengetahui tentang kemampuan retardasi mental (kelakuan, komunikasi, dll). Ada beberapa sindrom, yang berhubungan dengan kesulitan pendengaran, umpama Down

Sindrom, C.P. (atetose, spastik).

- kapan dan berapa lama kita dapat memeriksa anak tergantung pada anaknya (konsentrasi, keadaan tubuh.)
- kita harus menjelaskan pemeriksaan pada anak
- lingkungan harus tenang (sepi dan juga tanpa benda-benda yang menarik minat atau mengganggu anak).
- kita harus sabar
- kita harus memberi reinforcement positif pada anak
- mengamati anak sepanjang pemeriksaan. Kontak mata penting dan juga memperhatikan reaksi dan kelakuan anak.
- memberi kesempatan pada anak untuk memberi reaksi. Jadi jangan terlalu cepat mengulang stimulus.
- menghindari anak meniplak. Sering anak melihat gerakan tangan seorang terapi wicara kemudian memberi reaksi.

**Tentang memeriksa dengan memakai audiometer :**

- a.kita mulai pada telinga yang lebih baik
- b.mulai dengan frekwensi 1000 Hz, kemudian naik sampai 8000 Hz, kemudian turun ke 500 Hz dan 250 Hz. Intensitas (air conduction) mulai dari 60 dB lebih. Kalau sudah tahu dengan pasti anak tidak mendengar baik, naik sampai 80-90 dB atau lebih. setelah itu turun ke intensitas yang dia tidak bisa dengar.
- c.kecepatan, irama pemencetan stimulus tone harus bervariasi dari cepat ke yang lama, jangan terlalu cepat, agar anak benar-benar mendengar.
- d.kemudian ganti ketelinga lain, prosesnya sama.
- e.bila akan memeriksa tulang (bone conduction), kita bisa coba dengan menggunakan masking. Masking kiri-bone harus kanan. Setiap bunyi yang masuk lewat tulang kepala akan masuk ketulang telinga lainnya. Jadi untuk menutup telinga lainnya kita harus memakai masking. Intensitas masking itu harus 10-15 dB lebih dari pada intnsitas stimulus bone.

- Frekwensi yang paling penting diperiksa adalah antara 500 Hz dan 4000 Hz. Karena frekwensi ini penting untuk berbicara.
- tentang "operant conditioning":
  - a. kita memegang permainan, umpama balok, bersama anak. Dipegang balok samping telinga (headphone) kita ingin mengetes. Kemudian kita memberi stimulus yang keras (kita harus tahu dengan pasti bahwa anak dapat mendengar stimulus itu). Kemudian kita bersama anak menaruh balok kedalam kotak. Kemudian dari awal lagi, sampai anak mengerti prosesnya.
  - b. memberi stimulus yang keras sampai anak pasti mengerti proses, kemudian turun intensitas sampai batasnya.
  - c. sering anak harus kembali beberapa kali sebelum dia mengerti proses.
  - d. diberi banyak reinforcement positif pada anak.

#### **4. Pemeriksaan Tingkat Kognitif.**

Psikolog dan pedagog menggunakan pemeriksaan ini. Penting kita ketahui bahwa ada hubungan antara perkembangan sensomotoris dan perkembangan komunikasi. Ini berarti bahwa anak harus mengenal benda dan situasi diri sebelum bahasanya berkembang. Contoh : anak harus merasa, mendengar, mengecap dan meraba perbedaan antara jenis-jenis benda sebelum dia akan memberi nama pada sifat-sifat benda.

Pada umur 12-18 bulan anak menunjuk benda/orang yang dilihatnya. Kalau benda hilang dia belum dapat mencari benda tersebut. Pada umur 18-24 bulan anak dapat membayangkan benda-benda atau situasi-situasi yang tidak dapat dia lihat. Periode ini disebut "pikiran simbolis". Dalam periode ini "struktur-setruktur" kognitif diperlukan untuk perkembangan bahasa fungsional, sehingga mulai dari periode ini perkembangan pengertian bahasa cepat sekali.

Pada umur 2-7 tahun perkembangan fungsi simbol bertambah. Anak dapat memindahkan pikiran dan perasaannya kepada orang lain.

## 5. Pemeriksaan Komunikatif Reseptif dan Ekspresif

Titik tolak pemeriksaan ini adalah model komunikasi dari SHANE (1990). Kita memeriksa :

- a. cara-cara ekspresi bagi anak tunagrahita dapat mengerti dan dapat menggunakan sendiri (pemeriksaan integrasi)
  - b. bagaimana dia mengutarakan ekspresi (struktur-struktur tranmisi). Kita dapat menggunakan tes yang sudah distandardisasi (hanya beberapa), observasi prilaku, daftar pertanyaan dan pemeriksaan yang kita buat sendiri.
- Cara-cara pengekspresian dan transmisi.

### 1) Vokal linguistis.

Kita sulit untuk mengevaluasi faktor vokal-linguistis pada anak yang tidak/sedikit berbicara, karena tes bahasa ekspresif tidak dapat digunakan. Tetapi penting mengecek pengertian bahasa klien. Pada klien dengan kesulitan dalam hal kognitif dan bahasa reseptif gangguan pengertian agak parah. Jadi kita harus menyesuaikan item-item dari tes bahasa atau merancangkan item-item tes dan juga kita menggunakan observasi. Kita dapat menerima kesan dari perbendaharaan kata yang baik dengan cara meminta dia menggunakan benda-benda sehari-hari (sendok, garpu, cangkir, sisir, sepatu,). Kita dapat menerima kesan positif tentang pengertian bahasa dengan memberi perintah-perintah yang sederhana yang dialami setiap hari (duduk, melepas sepatu, matikan lampu, tutup pintu, pegang jas kamu).

Apabila pengertian bahasa klien masih nampak, misalnya pada klien dengan afasi motoris atau gangguan motorik bicara, kita dapat menggunakan tes biasa, tes yang sudah distandardisasi, umpama Reynell Developmental Scales, Preschool Language Scale dll.

Dengan memintakan klien memberi nama pada benda-benda yang dikenal sehari-hari, kita dapat menerima kesan tentang bahasa ekspresif. Kesulitan dalam hal mencari kata dan parafasi dapat menunjukkan gangguan bahasa pusat.

Kita dapat mempertimbangkan struktur-struktur tranmisi dengan memeriksa praksis mulut (mungkin klien mengalami apraksi bicara).

## **2. Non-vokal-linguistis.**

Apabila perkembangan pengertian bahasa cukup, kita harus mengecek apa klien dapat menafsirkan/mengerti, meniru dan menggunakan isyarat-isyarat. Cara pemeriksaanya :

a.kita membuat isyarat, klien harus menunjuk/mencari benda/foto/gambar yang cocok.

b.kita memperlihatkan benda/foto/gambar dan bertanya :

"Untuk apa benda ini?", atau kita meminta klien menggunakan isyarat dari benda tersebut. Memperhatikan mutu/kualitas motoris. Gangguan apraksi dapat menghalangi penggunaan isyarat, karena klien melupakan urutan perbuatan. Gangguan motorik halus menghalangi perbedaan antara isyarat.

## **3. Prelinguistis.**

Sampai saat ini belum ada tes standardisasi yang dapat digunakan untuk mengecek hubungan antara material petunjuk (benda konkret, benda model, foto, gambar, pikto) dan pengertiannya pada anak tunagrahita berat. Kita harus memeriksa kemampuan-kemampuan klien untuk melihat/mengerti hubungan antara benda konkret dan pertunjukannya, tiruannya. Kita memakai benda-benda yang dia gunakan sehari-hari. Setelah itu kita membuat peragaan pada beberapa tingkatan (contoh : benda model, foto, gambar, dan pikto dari sendok). Dengan memberi peragaan kita dapat melihat material apa yang lebih cocok digunakan.

## **4. Vokal dan non-vokal-nonlinguistis.**

Kita harus memeriksa perilaku nonlinguistis, karena bahasa tubuh, mimik dan reaksi-reaksi badan yang tidak disadari, juga dapat mempunyai arti komunikatif. SHANE membagi 3 cara :

- a. "mengutarakan" kebutuhan sehari-hari : lapar, haus, ke kamar kecil.
- b. "mengutarakan/mengucapkan" perasaan : mimik.
- c. "pergaulan" dengan orang, benda dan kejadian yang penting dalam kehidupan.

Kita dapat menerima informasi tersebut melalui wawancara dengan orang tuanya, pendidiknya, gurunya.

Penting bahwa kita mengetahui bagaimana komunikasi fungsional klien dalam situasi sosial (di kelas, di rumah, di asrama, dll). Kita dapat menerima informasi itu dari orang tua, pendidiknya dll.

#### **6. Pemeriksaan Aspek Pragmatis.**

Bates (1976) memberi definisi tentang istilah "pragmatik" : jumlah kaedah-kaedah yang menentukan penggunaan bahasa dalam macam-macam konteks sosial.

Kita harus memeriksa apakah anak-anak dapat berkomunikasi? Jadi tidak penting cara bagaimana mereka berkomunikasi (bentuk bahasa/bentuk komunikasi), tetapi apakah mereka dapat berkomunikasi.

Kita dapat membagi fungsi-fungsi pragmatik dalam kelompok, yaitu :

1. "declarative performative" : mengutarakan perasaan, keinginan.
2. "imperative performative" : menyuruh/memberi perintah
3. mengiakan dan mungkir/menolak
4. permintaan terhadap benda-benda dan kegiatan-kegiatan anak dapat dilihat dan benda-benda atau kegiatan-kegiatan yang tidak dapat dilihat anak.
5. menunjuk kepada benda-benda atau kegiatan-kegiatan yang tidak dapat dilihat.

Dengan memeriksa pragmatik kita ingin mengetahui intensi, tujuan, komunikasi anak : anak mau "bicara" apa?, kelakuan anak mempunyai intensi komunikasi apa?, dia mau pesan apa?

Kita dapat mengobservasi anak dengan berbagai situasi, sehingga kita mendapat kesan yang baik pada interaksi sosial antara anak dan pendidik, dan antara anak satu sama lain.

Situasi lebih cocok untuk mengobservasi adalah di asrama atau dirumah. Waktu observasi kita harus mencatat/menulis tentang :

- Kontak :

Anak berada dimana (di sekolah, dirumah, di asrama) dengan siapa (ibu, perawat, guru) dalam situasi apa (makan, mandi, kerja, menonton tv, dst)

- Fungsi/tujuan komunikasi :

minta

menolak

memberi peringatan

memberi informasi

mengucapkan perasaan

rutin sosial (permisi, memberi salam,) dst

- Cara komunikasi non-vokal :

menggunakan ruang

menggunakan gerakan motoris

memakai mata/dengan melihat ke apa saja yang dia maksud

menggunakan mimik

menunjuk kepada

mengangguk/menggeleng

menggunakan benda-benda

menggunakan foto-foto

menggunakan gambar-gambar

menggunakan pikto-pikto

menggunakan (bahasa) isyarat

- Cara komunikasi vokal:

memberi suara puas/tidak puas

persiapan bicara (ngoceh)

menggunakan kata-kata

menggunakan kalimat-kalimat yang belum sempurna/lengkap

menggunakan kalimat-kalimat lengkap

Sesudah semua pemeriksaan dan observasi selesai, kita dapat menginterpretasi hasilnya. Setelah itu kita memilih penanganan yang efektif dan cocok dengan anak tersebut.

## G. Cara-cara Menggunakan Sistem Visual

Kita menggunakan komunikasi yang menunjang visual ada dua cara, yaitu :

1. memberi penjelasan tentang kegiatan yang dilakukan klien, dengan siapa dan dimana dilakukannya. Sebagai penghubung komunikasi dengan klien : perawat, orang tua, pendidik dll, kepada klien.
2. memberi kesempatan pada klien agar dapat mengutarakan perasaannya, keinginannya dan pikirannya lebih jelas pada orang lain. Sebagai penghubung komunikasi klien ke orang lain (orang tua, pembimbing, pendidik,)

Sistim komunikasi yang menunjang visual dapat dipakai oleh kelompok yang besar dengan variasi. Sistim tersebut tidak khusus untuk anak tunagrahita, tetapi orang cacat motoris atau orang tuli yang tidak pernah bicara dengan jelas atau orang autis dll. (Bentuknya tidak bebas tetapi bergantung kepada kecekatan-kecekatan dan kemungkinan-kemungkinan klien.

Anak tunagrahita sudah pasti mengalami kesulitan menggunakan simbol bahasa untuk komunikasi karena kelemahan inteligensi. Sering orang cacat disertai dengan cacat lain, misalkan cacat tuli. Hal tersebut mempengaruhi komunikasi. Situasi ini tidak menyenangkan klien dan lawan bicara. Cara komunikasi visual (non-vokal) tidak hanya untuk orang cacat mental yang belum dapat bicara, tetapi untuk orang cacat yang sudah berbahasa sedikit juga.

Tahun 1980 sampai sekarang sarjana-sarjana menyelidiki penggunaan komunikasi simultan. Pemeriksaan mereka menghasilkan bahwa penggunaan sistem visual menguntungkan orang yang mengalami kesulitan dalam komunikasi, yaitu :

1. Menyederhanakan informasi pada klien :
  - a. Apabila menggunakan komunikasi visual sambil bicara, kita harus gunakan bahasa yang lebih sederhana (sebagai struktur dan bentuknya).
  - b. Apabila menggunakan komunikasi visual sambil bicara, kurangi kata-kata kita memakai. Kita hanya saja gunakan

kata-kata yang mengandung arti.

- c. Apabila menggunakan komunikasi visual sambil bicara, tempo bicara kita lambatkan, sehingga klien dapat mengolah informasi dengan baik.
  - d. Apabila menggunakan komunikasi visual sambil bicara, klien dapat melihat kata-kata yang belum dimengerti. Cara ini lebih cepat ditangkap klien akan kata-kata baru. (klien tunagrahita sering mempunyai kesulitan dalam hal ingatan auditif dan ingatan visual sering baik).
2. Memperhatikan apa yang kita bicarakan, sehingga perhatian dan kontak mata klien bertambah.
  3. Cara komunikasi visual klien dapat membedakan dengan mudah antara informasi-informasi. Kalau kita bicaranya ditempat ramai, kita sulit dapat mendengar dan mengerti lawan bicara. Tetapi jika menggunakan komunikasi visual kita dapat mengerti lawan bicara.
  4. Perbedaan antara melakukan simbol visual kurang daripada bicara (mengucapkan kata-kata. Namun melakukan bahasa isyarat "minum" saya lain daripada melakukan anda, perbedaan tersebut begitu kecil supaya klien masih dapat mengerti. Tetapi kalau saya memakai bahasa daerah daripada bahasa indonesia, berbeda sehingga klien tidak dapat mengerti lagi.
  5. Kita dapat memperlihatkan simbol visual pada klien lebih lama dari simbol auditif (kata-kata).
  6. Simbol visual kurang abstrak (lebih konkret) daripada simbol auditif (kata-kata). Sering simbol visual menyerupai seperti benda atau kegiatan kita maksud, umpama : isyarat "sisir rambut", gambar "rumah".
  7. Mendorong klien menggunakan bahasa, karena :

- Potensi untuk perkembangan bicara mengurangi kemampuan klien untuk berbicara. Sering orang tua/orang tua/guru/dll, memaksa klien untuk bicara padahal klien belum dapat memakai bahasa lisan. Klien itu setiap kali, kalau tidak dapat bicara, merasa kurang senang, sampai dia nanti sama sekali tidak mau mencoba bicara lagi (takut gagal atau tidak mau saja).
- b. Syarat fisik untuk bicara lebih besar daripada menggunakan komunikasi visual. Untuk bicara kita memerlukan motorik halus dan baik (untuk bicara misalnya kita harus menggerakkan otot-otot selaput suara dengan tegangan yang cocok, setelah itu kita harus bergerak otot-otot mulut dll. Gerakan-gerakan itu halus sekali dan sering sulit untuk tunagrahita. Gerakan-gerakan perlu untuk menunjuk benda/foto dll, atau untuk memakai bahasa isyarat lebih kasar, sehingga lebih mudah.
- c. Kita dapat membantu klien menggunakan komunikasi visual dengan mudah. Misalkan dengan menggerakkan lengannya bersama-sama. Kita bersama klien menggunakan bahasa isyarat atau menunjuk. Itu disebut "modelling".

## **6. Sistem Komunikasi Visual**

Sistem-sistem komunikasi terdiri dari dua bagian, yaitu :

### **1. Sistem motoris-visual**

Terdiri dari :

- bahasa isyarat
- isyarat
- mimik

### **2. Sistem grafis-visual**

Terdiri dari :

- gambar
- pikto
- Bliss

Pada sistim di atas bagi yang tidak tahu hanya sedikit menggunakan tata bahasa (gramatika), umpamanya sistim gambar atau isyarat. Sistim yang mengikuti bentuk, tata dan arti bahasa "biasa", umpama bahasa tulisan, abjad jari, Bliss simbol sistim.

Masa kini kita dapat memilih alat komunikasi berteknologi tinggi, misalnya : komputer seperti CANON COMMUNICATOR, ALPHA TALKER, dll (tetapi alat ini mahal sekali dan sering kurang cocok untuk lingkungan klien).

#### **H. Macam-Macam Komunikasi Visual:**

##### **1. Motoris visual**

###### **a. Isyarat**

- bahasa isyarat
- isyarat
- American Sign Language
- abjad dua tangan dari Inggris
- abjad LORM
- isyarat huruf

Sistim Bahasa isyarat tersebut hanya dapat digunakan asal tangan klien di gerakkan dengan baik.

###### **b. Isyarat terbatas**

Isyarat terbatas ini dipakai oleh klien dirumah sakityang mengalami sakit berat atau yang hanya sementara tidak dapat berbicara.

Contoh :

Dengan cara kedipan mata.:

<b>Jumlah Kedipan Mata</b>	<b>Artinya</b>
1x	tidak
2x	ya
3x	mau ke kamar mandi

##### **2. Gravis Visual**

###### **a. Menulis**

Bahasa tulisan digunakan oleh klien yang tidak dapat

berbicara tetapi masih bisa membaca atau mampu belajar membaca, misal : penderita apraksi mulut atau disartri, penderita afasia motoris, jika klien tidak dapat melakukan gerakan yang perlu untuk menulis dapat menggunakan mesin tik atau komputer.

#### **b. Foto dan gambar**

Foto dan gambar digunakan oleh klien yang tidak atau kurang jelas bicara, menulis dan membaca. Contohnya : buta huruf, klien tunagrahita, dll.

Cara penggunaannya :

Gambar dan foto disusun dalam buku komunikasi (map) sesuaikan dengan kebutuhan klien. Bila klien inginkan sesuatu, akan menunjuk gambar atau foto (sambil berbicara).

Cara menyusun :

1. Program klien dalam satu hari dalam bentuk gambar/foto disusun dan ditempel oleh perawat/guru/orang yang bekerja dengan klien dalam map halaman satu.
2. Klien diminta memilih gambar/foto yang disusun dalam program yang akan diceritakan/kerjakan.
3. Dalam map disusun gambar/foto sesuai kategori.  
(Contoh dalam gambar)

### **3. Pikto Watch Sistem**

Alat : arloji, gambar/pikto, papan program, kotak.

Tujuan: a. supaya klien dapat mengetahui kegiatan sehari hari.

b. supaya klien dapat membantu diri sendiri.

Caranya :

- a. Papan program yang telah diisi dengan gambar/pikto kegiatan klien digantung di tempat belajar klien, dengan kotak kosong.
- b. Arloji dipakai klien, klien mengambil kegiatan pertama dan ditempel pada arloji.
- c. Klien dan guru bersama-sama ke lemari mencari kegiatan

- yang akan dikerjakan dengan gambar/pikto pada arlojinya.
- d. Setelah melakukan kegiatannya, gambar/pikto kegiatan pertama disimpan dalam kotak. (Begitu seterusnya).
  - e. Jika sudah terbiasa, klien mengambil sendiri dan guru hanya memperhatikan kegiatannya (benar atau salah).

#### 4. Bliss Simbol

Sistim ini digunakan untuk klien yang tidak dapat berbicara, tidak membaca atau menulis, tetapi yang mengerti arti simbol tersebut. Terutama pada klien yang mengalami gangguan motoris karena kelainan susunan saraf pusat, misal : penderita afasia motoris atau disartria, atau tunagrahita ringan saja.

Cara mengajarkan :

- a. Kenalkan benda dan simbolnya sampai klien mengerti masing masing simbol.
- b. Simbol di tulis dalam bentuk kalimat sesuai dengan kegiatan klien.
- c. Setelah dipakai di bagian terapi wicara, dapat dilanjutkan di sekolah dan di rumah.

Yang harus diperhatikan saat memberi latihan bicara, tidak hanya latihan ucapan saja. Pada penderita CP dan tunagrahita yang diajarkan bagaimana dapat berkomunikasi melalui sistim komunikasi total, sesuai dengan kemampuannya.

Ini berarti bahwa kita :

- sepanjang hari harus menggunakan komunikasi total,
- harus menggunakan tiap cara komunikasi secara visual,
- harus mengajarkan penggunaan komunikasi secara pragmatis.

Apabila telah dilatih komunikasi "dukungan" visual, kita harus mengobservasi penggunaannya, apakah sudah benar. kita atau guru/perawat harus mengisi formulir evaluasi.

Tujuannya :

Apakah sistim tersebut digunakan dengan baik, dan jika belum dapat digunakan dengan baik, dibicarakan bersama agar dapat berjalan dengan baik.

## BAB III

### PEMBAHASAN

#### A. Pemilihan Sistem Komunikasi

Sebelum menangani klien kita harus dapat memilih sistem komunikasi apa yang lebih efektif bagi klien. Jadi kita harus mengumpulkan informasi tentang kemampuan-kemampuan, keterampilan dan kemungkinan-kemungkinan klien dan orang dilingkungannya.

Fakto-faktor yang mempengaruhi pemilihan sistem komunikasi penunjang adalah :

1. Kemampuan yang berhubungan dengan tingkat inteligensi klien. Kita harus mengecek apakah klien mampu menghubungkan benda atau orang dengan suatu gambar/foto tertentu. Itu penting bila klien akan menggunakan sistem Bliss, foto-foto, gambar gambar dll. Kita juga harus memeriksa apakah klien mampu membaca. Jika ya kita dapat memilih bahasa tulisan. Mungkin klien dapat menggunakan komputer atau mesin tik.
2. Kemampuan klien yang berhubungan dengan tingkat linguistik (pengetahuan bahasa). Disini kita dapat memeriksa apakah klien mampu atau tidak menggunakan tata bahasa.
3. Keadaan panca indra (pendengaran, penglihatan, perabaan). Misalnya klien tunarungu dan tunanetra tidak dapat menggunakan sistem visual atau auditif, jadi kita harus menggunakan sistem perabaan.
4. Kemampuan motoris, apakah klien mampu untuk menggerakkan badan, lengan, tangan. Ini penting pada pemilihan bahasa isyarat, sistem abjad tangan, tulisan.
5. Keinginan klien untuk berkomunikasi dengan orang lain. Bilamana klien berkomunikasi hanya supaya dia menerima kebutuhan hidup (misalnya makan, minum) kita memilih sistem

yang sederhana dan tidak lengkap. Tetapi jika klien ingin berkomunikasi tentang bermacam-macam subyek, dia memerlukan sistim komunikasi yang lengkap.

6. Pengertian dari sistim komunikasi penunjang untuk orang lain. Hal ini berarti penting sekali orang yang tidak berlatih sistim itu dapat mengerti apa yang diutarakan klien.
7. Besarnya dan beratnya sistim komunikasi penunjang. Kita harus mempertimbangkan bahwa sistim komunikasi penunjang dapat dengan mudah dibawa klien. Misalnya : klien spastis yang duduk di kursi roda yang memakai meja roda dapat dengan mudah membawa mesin tik, tetapi dengan klien lain tidak.
8. Hubungan sistim komunikasi penunjang dengan bahasa lisan. Bilamana tingkat inteligensi dan tingkat linguistik klien cukup tinggi, penting memakai tata bahasa untuk mengutarakan diri. Jadi kemungkinan sistim komunikasi penunjang yang kita pilih tersebut cocok dengan kemampuan-kemampuan klien. Ini penting dalam penggunaan komunikasi simultan. Misalnya: klien yang menggunakan bahasa isyarat "signed English" dalam waktu yang sama dapat memakai bahasa lisan yang baik, karena "signed English" mempunyai tata bahasa yang sesuai dengan tata bahasa lisan.
9. Kemampuan dan kesanggupan orang dalam lingkungan untuk belajar dan menggunakan sistim komunikasi penunjang. Kadang-kadang orang dalam lingkungan malu menggunakan sistim baru, kadang-kadang mereka sama sekali tidak mau mencoba karena tidak cocok dengan gagasan atau tingkat kelakuan ke keluarga.
10. Kita harus memperhatikan aspek-aspek interaksi sosial. Misalnya : kontak mata, jarak komunikasi antara klien dengan orang lain.

Sesudah semua informasi dikumpulkan lewat observasi, pemeriksaan pembicaraan, kita dapat memilih sistim komunikasi penunjang yang lebih cocok dan efektif untuk klien dan orang dalam lingkungan. Setelah itu kita dapat memulai penanganan.

## **B. Tunagrahita Yang Memerlukan Bantuan Layanan Komtal**

Kita dapat membagi klien yang membutuhkan pelayanan komunikasi, yaitu :

1. Penyandang Tunagrahita yang tidak mempunyai dan tidak dapat belajar cara komunikasi linguistik (simbolis).
2. Penyandang Tunagrahita yang dapat menggunakan komunikasi linguistik-vokal yang sederhana (mereka dapat memakai bahasa lisan).
3. Penyandang Tunagrahita yang mempunyai tingkat inteligensi cukup tinggi, tetapi yang mengalami kesulitan berat dalam hal ekspresi vokal.

Untuk lebih jelasnya akan kita batas kelompok tersebut satu persatu.

### **Kelompok 1.**

Penyandang Tunagrahita yang dimaksud dalam kelompok ini mempunyai tingkat iteligensi rendah (tingkat berat/parah). Mereka tidak mempunyai cara komunikasi linguistik dan tidak mampu belajar menggunakannya. Komunikasi mereka berada pada tingkat non-linguistik atau non-simbolis, akibatnya fungsionalitas komunikasi tersebut terbatas. Fungsionalitas komunikasi tersebut tergantung pada kemampuan penerima untuk menginterpretasi/menterjemahkan tingkah laku atau komunikasi non-simbolis dari klien. Ini berarti terapi mengarah ke pengirim dari pada klien.

Dalam kelompok ini juga ada klien yang mungkin mampu menggunakan komunikasi pre-simbolis yang sederhana, terutama yang non-vokal. Mereka dapat menggunakan benda atau alat peraga untuk mengekspresikan diri.

### **Kelompok 2.**

Penyandang Tunagrahita mental yang dapat menggunakan cara komunikasi vokal-linguistik. Tingkat bahasa dan bicara hampir sesuai dengan tingkat perkembangan umum.

Kita dapat membagi lagi kelompok ini dalam bagian kecil, yaitu :

**a. Kelompok anak-anak dan remaja :**

Ini berarti bahwa bahasa dan bicara pada anak dan remaja tersebut dapat berkembang. Perkembangan tersebut termasuk aspek-aspek fonologi, morfologi, sintaksis dan semantik. Perhatian terapi khususnya mengarah ke stimulasi perkembangan bahasa dan bicara. Asas komunikasi simultan dapat berstimulasi kepada perkembangan bahasa dan bicara.

**b. Kelompok dewasa :**

Pada orang ini perkembangan bahasa dan bicara sudah sampai batas tertinggi, akibatnya kita tidak dapat melihat lebih luas mengenai struktur bahasa bicara waktu menyetusnya. Tetapi tidak diperlukan pada kelompok ini.

**c. Kelompok lanjut usia :**

Mereka dulu dapat berkomunikasi dengan bicara, tetapi karena proses penuaan terjadi pengurangan fungsi, kadang-kadang ini terjadi bersamaan dengan munculnya gejala-gejala demensia. Beberapa sebab yang berhubungan dengan proses penuaan yang dapat mengakibatkan fungsi tersebut berkurang adalah beberapa hal seperti :

- gangguan persepsi : presbycusis.

- proses-proses pathologi bahasa :

1. Afasia (kerusakan saraf pusat mengakibatkan kerugian atau berkurangnya kemampuan pengertian bahasa atau penggunaan bahasa).

2. Apraksi (tidak mampu untuk melakukan sesuatu dengan tujuan sadar).

3. Agnosia (tidak menyadari apa yang diperbuat).

Revalidasi bahasa dan bicara tidak dapat direalisasikan.

Terapi meliputi dua kemungkinan, yaitu :

- kita dapat menyesuaikan tingkat komunikasi pengirim. Ini berarti bahwa pengirim harus menggunakan tingkat komunikasi linguistik yang lebih sederhana.

- kita dapat melatih klien menggunakan saluran komunikasi lain sebagai pengganti.

### **Kelompok 3.**

Dalam kelompok ini ada tunagrahita dengan tingkat perkembangan yang tinggi, tetapi mengalami kesualitan dalam ekspresi vokal. Jadi tingkat inteligensi bukan problem pertama dalam hal gangguan ekspresi.

Pada kelompok ini ada 2 hal :

- a. kekurangan ekspresi atau kemampuan mengutarakan bahasa yang khusus
- b. kekurangan dalam garis besar pada tingkat bahasa reseptif dan ekspresif, ini terhadap tingkat inteligensi non-verbal atau performatif. Perbedaan antara inteligensi verbal dan inteligensi non-verbal ditentukan oleh sifat gangguan, misalnya :
  1. Gangguan tunarungu bawaan (congenital) atau gangguan ketulian yang berat mungkin tidak mempengaruhi skor inteligensi non verbal, tetapi merugikan skor tingkat bahasa reseptif dan ekspresif.
  2. Afasia motoris, apraksia atau disartria yang berat mungkin tidak mempengaruhi tingkat bahasa reseptif (tingkat bahasa reseptif sesuai dengan tingkat inteligensi non-verbal), tetapi tingkat ekspresif bahasa rendah sekali. Bukan hanya sifat gangguan, tetapi beratnya gangguan juga menentukan bagaimana komunikasi non-vokal linguistik masih berfungsi.

## **C. Terapi Komunikasi**

### **1. Tujuan Terapi**

Ahli terapi wicara dapat membantu penyandang tunagrahita dengan pendekatan komunikasi total, yang mempunyai tujuan umum :

- mengembangkan atau optimalisasi pada kemampuan-kemampuan komunikasi pada orang cacat mental dan lingkungannya.

- mengoptimalkan proses-proses interaksi sosial.

Bagian terapi wicara harus bekerjasama dengan ahli terapi lain, baik aspek pemeriksaan maupun aspek penanganan. Secara bersama ahli terapi lain dan dokter mengumpulkan informasi tentang klien. Kadang-kadang kita harus mengirim klien ke spesialis, antara lain dokter THT atau neurolog (pemeriksaan neurologis atau neurolinguistik pada pathologi bahasa pusat, disartia atau apraksia). Kita bersama dapat memberi diagnosa, setelah itu dapat membuat program terapi komunikasi.

## **2. Program terapi komunikasi.**

Adalah sarana untuk bersosialisasi, atau menangani problem komunikasi klien, yang berhubungan dengan situasi pada interaksi sosial. Aspek interaksi penting, karena melibatkan aspek-aspek pragmatis dari proses-proses komunikasi di dalam terapi.

Model penanganan yang kita dapat pakai tergantung pada klien dan dapat mengarah kepada beberapa model :

1. perkembangan komunikasi pada tingkat non-linguistik.
2. perkembangan komunikasi pada tingkat vokal-linguistik atau tingkat bahasa dan bicara.
3. revalidasi gangguan komunikasi reseptif dan/atau ekspresif yang khusus.

### **a. Model Program 1.**

Model ini mengarah kepada optimalisasi atau perkembangan cara komunikasi pada tingkat non-linguistik atau pre-linguistik. Sebab yang pertama adalah tingkat inteligensi yang rendah. Ini berarti bahwa kita harus mencari kemampuan-kemampuan untuk memperluas komunikasi terutama pada pengirim (pendidik, orang tua, perawat dll), jadi orang dari lingkungan klien.

- a) Kita harus membawakan sarana-sarana supaya orang dari lingkungan dapat mengregistrasikan dan menginterpretasikan perilaku non-linguistik dengan baik. Menggunakan istilah-istilah (untuk mengregistrasi kelakuan) yang disusun secara seder-

hana.

- a) Lingkungan dilatih mengembangkan kemampuan-kemampuan dan kreatifitas pada menggunakan cara komunikasi non-linguistik kepada "klien, lebih sadar dan dengan pengertian. Cara komunikasi itu hampir sama dengan komunikasi kita dengan bayi. Kesulitan adalah tingkat bahasa klien sesuai dengan bayinya, namun dalam hal ini klien kelihatan sudah dewasa. Model penanganan ini juga digunakan untuk model komunikasi pengertian bahasa-simbol yang sederhana. Kemampuan-kemampuan komunikasi dapat diperluas sampai tingkat menunjuk pada yang sederhana. Dari benda tersebut kita harus memeriksa pada tiap klien individual.

#### b. Model Program 2.

Model ini mengarah kepada perkembangan bicara dan bahasa, jadi cara komunikasi vokal-linguistik. Tingkatan bicara dan bahasa dapat menjadi lebih baik, dengan cara melatih dan menstimulir, sampai tingkatannya sama dengan tingkatan perkembangan global. Jadi hasil yang diharapkan adalah kemampuan perkembangan bahasa yang harmonis dan yang sesuai dengan tingkatan inteligensi (mental).

Kita harus menggunakan komunikasi simultan dengan sadar untuk menstimulir perkembangan bahasa dan bicara, terutama pada klien dengan tingkatan bahasa yang rendah. Ini berarti bahwa kita mengutamakan proses menstimulir dan membimbing lingkungan, orang tua, guru, perawat, dari klien supaya mereka menggunakan komunikasi yang cocok dan sesuai dengan klien.

Jadi dalam hal ini umumnya kita tidak menangani klien secara individual tetapi kita menjelaskan komunikasi total kepada lingkungan (Kopchick 1976). Tujuan layanan terapi wicara adalah :

- memberi nasehat-nasehat kepada lingkungannya
- melatih lingkungan dalam hal menggunakan komunikasi pendukung visual
- melatih lingkungan bagaimana memberi jasa membantu klien dalam prosesnya.



- KADANG2 : Kalau jawaban pertanyaan positif, tetap kurang 50%, anda skor "kadang-kadang".

- SERING : Kalau jawabab positif lebih dari 50% tetapi kurang dari 100%, anda skor "sering".

Seorang terapist wicara dapat memberikan keterangan-keterangan dalam setiap pertanyaan atau jawaban (lihat tempat pada formulir). Kalau memungkinkan formulir ini diisi oleh 2 percobaan dari klien, sehingga jawaban cocok dengan keadaan klien. Dengan cara ini seorang terapi wicara menerima gambaran dari klien dengan baik, demikian seorang terpi wicara dapat melihat dengan cepat apakah selanjutnya memerlukan (pemeriksaan, penanganan, memberi nasehat).

Skrining ini masih dalam percobaan. Jadi, mungkin masih perlu diperbaiki dengan menambah atau mengurangi pertanyaan.

Adalah penting dalam pengisian formulir ini memberitahukan pertanyaan apa perlu ditambah atau dikurangi, supaya seorang terapi wicara dapat menyesuaikan formulir ini.

Banyak sukses dengan memakai skrining ini.

Karin Dortants

18-04-1994.

DAFTAR SKRINING

Nama klien : .....  
Diagnosa : .....  
Gejala penyerta : .....  
Tempat dan tanggal lahir: .....  
Diisi oleh : .....  
Tanggal skrining : .....

PENDENGARAN	YA		TIDAK		KADANG KADANG		SERING	
Apakah klien memberi reaksi pada bunyi?								
Apakah klien memberi reaksi terhadap suara tanpa melihat lawan bicara?								
Apakah klien memberi reaksi yang baik terhadap pertanyaan/perintah?								
Apakah klien mengarahkan telinga kepada lawan bicara?								
Apakah klien selalu memperhatikan bibir lawan bicara?								
Apakah klien terkejut mendengar bunyi/suara yang tidak dilihat sumbernya?								
Apakah klien menggunakan suara yang lebih keras/lembut dari suara normal?								
Apakah klien minta pengulangan bicara?								
Apakah klien memakai alat bantu mendengar?								
Apakah klien sudah diperiksa oleh dokter THT?								

M A K A N	YA	TIDAK	KADANG KADANG	SERING
Cara makan				
Apakah klien mampu makan sendiri?				
Apakah klien makan lama?				
Apakah klien makan cepat?				
Apakah cara makan klien rapi?				
Apakah cara makan klien menjadi lebih sulit daripada dahulu ?				
Melepaskan makanan, menggigit dan mengunyah makanan				
Apakah klien dapat melepaskan makanan dari sendok dengan bibir?				
Apakah klien dapat memotong roti/kue dengan gigi?				
Apakah klien mampu mengunyah makanan lunak?				
Apakah klien mampu mengunyah makan padat?				
Apakah klien mampu mengunyah dengan baik, cukup lama (sampai makanan cukup halus)				
Apakah klien mampu mengunyah dengan mulut tertutup?				
Apakah klien mengemut waktu makan?				
Menelan				
Apakah klien tersedak waktu makan?				
Apakah klien sewaktu menelan sebagian makan dan minum keluar?				

M A K A N	YA	TIDAK	KADANG KADANG	SERANG
Apakah klien ngiler waktu bermain/tidur/...?				
Apakah klien mengalami kesulitan menelan?				

M I N U M	YA	TIDAK	KADANG KADANG	SERING
Apakah klien dapat minum sendiri?				
Apakah klien tersedak waktu minum?				
Apakah cara minum klien baik?				
Apakah klien menuang minuman kedalam mulut?				
Apakah klien dapat minum dengan cara mengisap?				
Apakah klien dapat minum dengan memakai sedotan?				
Apakah klien minum dengan menggunakan botol dot?				
Apakah klien dapat mengatur banyaknya dengan baik?				

K O M U N I K A S I	YA	TIDAK	KADANG KADANG	SERING
KOMUNIKASI RESEPTIF/PENGERTIAN KOMUNIKASI				
Apakah klien memberi reaksi saat namanya dipanggil?				
Apakah klien mengerti bahasa lisan?				
Apakah klien mengerti perintah2 yang dia dengar sehari-hari?				
Apakah klien mengert sekaligus lebih dari satu perintah yang jarang dia dengar?				
Apakah klien memerlukan bantuan visual untuk mengerti perintah2? (Foto2, bhs.isyarat,.....)				
KOMUNIKASI EKSPRESIF/MENGUTARAKAN				
Apakah klien membuat kontak dengan mata/tangan,.....?				
Apakah klien dapat berbicara?				
Apakah klien menarik/mendorong orang ke apa yang dia maksud?				
Apakah klien menunjuk kepada benda/orang/.....?				
Apakah klien menggunakan benda-benda?				
Apakah klien menggunakan foto-foto?				
Apakah klien menggunakan gambar atau simbol2 lain?				
Apakah klien menggunakan bahasa isyarat?				

KOMUNIKASI EKSPRESIF/MENGLUTARAKAN				
Apakah teman mengerti klien?				
Apakah orang lain dapat mengerti komunikasi klien?				
Apakah klien merasa kurang senang, kalau komunikasinya tidak dimengerti?				
Apakah klien mencoba berusaha sampai orang lain mengerti?				

BAHASA DAN BICARA	YA	TIDAK	KADANG KADANG	SERING
Apakah klien memakai bahasa lisan?				
Apakah susunan kalimat klien lengkap dan baik?				
Apakah klien mengutarakan keinginannya dengan kalimat pendek?				
Apakah klien berbicara cukup jelas?				
Apakah klien mengalami kesulitan dalam hal artikulasi (ucapan huruf-huruf)?				
Apakah teman-teman dapat mengerti bicara klien?				
Apakah klien merasa kurang senang kalau orang lain tidak mengerti bicaranya?				
Apakah klien mencoba menjelaskan apa yang dia maksud beberapa kali?				
Apakah klien menggagap?				

S U A R A	YA	TIDAK	KADANG KADANG	SERING
Apakah klien bersuara?				
Apakah suara klien normal (tidak parau)?				
Apakah klien bersuara keras waktu berbicara?				
Apakah klien bersuara pelan waktu berbicara?				
Apakah klien berbicara ber- teriak?				
Apakah suara klien monoton?				
Apakah klien meniru suara2 atau bunyi2 aneh2? (secara merusakkan organ suara)				

**KETERANGAN :**

Jika ada hal yang perlu dijelaskan ditambahkan mohon dituliskan dalam keterangan-keterangan!

**Contoh-Contoh Kasus :**

Kasus 1

Klara

Perempuan biasa, umur 14 tahun.

Mengalami retardasi mental tanpa diketahui penyebabnya, waktu hamil dan lahir normal.

Umur mental : 5 tahun

Umur emosional : 1 tahun

Pendengaran baik, penglihatan baik, motorik kurang baik (koordinasi)

Setelah dites :

**Komunikasi dan bahasa reseptif :**

- pengertian kata : umur 4 tahun 8 bulan

- pengertian bahasa : umur 4 tahun 8 bulan
- mengerti bahasa lisan sederhana, bahasa abstrak tidak mengerti. Sering tidak mendengar sehingga tidak cocok dalam menjawab pertanyaan, walaupun pendengaran baik. Sebab itu sering ada problem komunikasi dan problem tingkah laku.
- mengerti komunikasi non-verbal (mimik, foto, bahasa tubuh, isyarat) dengan baik.

**Komunikasi dan bahasa ekspresif :**

- ingin berkomunikasi secara lisan, tetapi ucapan jelek sehingga orang lain tidak mengerti apa yang di ucapkan.
- menggunakan kalimat yang terdiri atas satu suku kata
- artikulasi hanya mengucapkan vokal-vokal
- jika tidak dimengerti merasa gagal
- motorik mulut kurang, khususnya gerakan lidah
- mengisap, mengunyah dan menelan bagus
- meniup lemah

**Pertanyaan :**

1. Beri diagnosa gangguan komunikasi.
2. Apakah perlu layanan komunikasi?
3. Kalau perlu dengan tujuan, langkah dan metode apa?

**Kasus 2**

Miranda

Diagnosa : Down sindrom

Usia 4 tahun

Umur mental : 2 tahun 3 bulan

Umur emosional : 2 tahun 3 bulan

Kandungan biasa, pendengaran baik, penglihatan dengan kaca mata, motorik sedikit canggung.

Setelah di tes :

**Bahasa dan komunikasi reseptif :**

- pengertian kata dan bahasa lisa 2 tahun 3 bulan

- mengerti perintah sederhana
- sikap mendengarkan dengan baik
- ada minat untuk bahasa
- mengerti komunikasi non-verbal : mimik, bahasa tubuh, bahasa isyarat dan dia mengerti foto menunjuk pada apa.

**Bahasa dan komunikasi ekspresif :**

- motorik mulut kurang : semua gerakan bisa, jika diperintah tidak bisa (jika sadar tidak bisa-sifat-sifat dispraksi)
- mengucapkan 10 kata yang kita dapat mengerti
- menggunakan intonasi seperti orang "normal"
- motivasi untuk berkomunikasi tinggi
- jika tidak dimengerti akan marah dan frustrasi
- spontan dia sudah menggunakan komunikasi non-verbal (mimik, sikap badan, menunjuk, bahasa tubuh, isyarat, menarik tangan orang lain)
- dia senang jika kita meengerti apa yang kita mau.

**Pertanyaan :**

1. Apakah anak mengalami gangguan bahasa reseptif?
2. Apakah perlu bantuan layanan komunikasi?
3. Tujuan-tujuan penanganan?
4. Metode apa dan apa alasan menggunakan metode itu?
5. Langkah-langkah penanganan?

Kasus

Markus

Anak laki-laki, usia 12 tahun.

Diagnosa : Down sindrom dan tuli (90 dB) -penyebab Rubela. Dia tidak pakai alat bantu dengar karena dia tidak mau.

Umur mental : 5 tahun 9 bulan

Penglihatan baik, motorik baik sedikit canggung.

Setelah di tes :

**Bahasa dan komunikasi reseptif :**

- pengertian bahasa lisan 3 tahun 9 bulan
- mengerti perintah sederhana jika dibantu dengan visual (isyarat dan benda)
- foto dan gambar belum mengerti
- dia tidak dapat membaca bibir, tetapi jika melihat saat bicara yang ada perbedaan yang menyolok, bisa (bapak,ibu)

**Bahasa dan komunikasi ekspresif :**

- dia ingin berkomunikasi
- dia dapat mengucapkan 5 kata, yang lain hanya bunyi
- dia spontan dapat menggunakan benda, mimik, bahasa tubuh dan menunjuk. Dan dia suka meniru bahasa isyarat.
- dia dapat meniru beberapa vokal dan konsonan dan kata yang sederhana
- motorik mulut seperti orang mongol : saat minum lidah keluar, mengunyah kurang
- dia tidak dapat menulis atau menggambar apa dia ingin
- dia dapat mengutarakan keinginan sehari-hari, tetapi sering ambil sendiri tanpa meminta
- dia coba sampai orang lain mengerti
- komunikasi ekspresif kira-kira 2 tahun

Pertanyaan :

1. Memberi diagnosa logopedis dan difrensial diagnosa.
2. Apakah ada problem komunikasi? Jika ada jelaskan!
3. Kenapa ada perbedaan antara umur bahasa lisan ekspresif dan umur komunikasi ekspresif?
4. Cara komunikasi mana yang lebih cocok pada Markus?
5. Cara bagaimana yang kita gunakan, agar Markus jika ingin mengambil tetapi harus minta?
6. Bagaimana cara bersosialisasi?

Usia 16 tahun, orang perempuan.

Diagnosa : c.p spastik-atetotis (dia duduk diatas kursi roda).

Penyebab : kurang oksigen (anoxial).

Umur mental : 7 tahun

Umur emosional : 7 tahun

Penglihatan dan pendengaran baik.

Dia mengalami afasia reseptif dan disartria.

Setelah dites :

**Bahasa dan komunikasi reseptif :**

- umur bahasa lisan reseptif tidak dapat dites karena tidak mengerti perintah 2 lisan
- umur komunikasi reseptif kira-kira 7 tahun. Jika kita menyokong perintah-perintah lisan dengan komunikasi visual, dia dapat menjawab.
- dia hanya mengerti beberapa kata yang sehari-hari digunakan pengasuh
- kenal nama teman-temannya
- mengerti mimik, bahasa tubuh dan Bliss simbol
- dia tidak dapat membaca
- orang tua, kakak dan adiknya berkomunikasi menggunakan Bliss simbol, tetapi pengasuh hanya kadang-kadang menggunakan Bliss simbol

**Bahasa dan komunikasi ekspresif :**

- motorik mulut jelek sekali, tidak dapat mengontrol gerakan
- tentang artikulasi : hanya bunyi-bunyi dan spastik. Kita tidak dapat mengerti.
- suara spastik sekali : kadang-kadang tinggi, rendah, lemah
- kadang-kadang menunjuk tetapi karena sulit mengontrol kita tidak dapat mengerti. Jika diatas meja dia dapat menunjuk dengan jelas.
- dia ingin mengutarakan dan senang jika dimengerti.
- dia menggunakan kombinasi Bliss simbol dan gambar

- sudah ditangani komunikasi total (Bliss dan gambar)
- dia pandai menggunakan Bliss simbol : jika simbol belum diatas meja, dia sendiri membuat kombinasi sampai kita mengerti apa dia maksud (Contoh : dia ingin cerita tentang baju renang baru. Tapi simbol itu belum punya dia. Jose sendiri menunjuk kepada simbol baju dan simbol kolam renang).
- makan dan minum : sering tersedak.

Pertanyaan :

1. Memberi diagnosa dan difrensial diagnosa.
2. Apakah perlu bantuan layanan komunikasi atau tidak?
3. Dengan tujuan apa? dan alasan memilih tujuan itu?
4. Menjelaskan langkah terapi.
5. Cara terapi, kita gunakan cara yang mana? (langsung, tidak langsung, kombinasi) Kenapa?

## BAB IV

### KESIMPULAN, SARAN DAN PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Makalah ini menyajikan suatu pembahasan tentang berbagai upaya untuk memberikan pelayanan kepada penyandang tunagrahita yang mengalami gangguan komunikasi, yang selanjutnya dapat dijadikan suatu pedoman praktis bagi guru, orang tua dan pekerja sosial dalam melaksanakan tugasnya di lapangan. Maka ada beberapa hal yang dibahas dalam makalah ini.

Konsep dasar komunikasi total bagi tunagrahita, membahas tentang pengertian dan proses komunikasi secara umum. sebagai pola pengembangan komunikasi bagi tunagrahita digunakan model komunikasi Shane.

Penjelasan tentang istilah komunikasi total yang membedakan antara sistem komunikasi tunarungu dengan sistem komunikasi tunagrahita. Selanjutnya diuraikan mengenai aspek interaksi, aspek ekspresi, dan aspek pragmatis.

Pemeriksaan dengan cara tingkatan non-linguistik, kemungkinan-kemungkinan komunikasi pada penyandang tunagrahita yang mengalami gangguan berat dalam berkomunikasi. Dalam kajian ini membahas tentang tunagrahita, sebab-sebab kesulitan dalam komunikasi. Pemeriksaan khusus sifat kesulitan antara lain mengenai kemampuan pendengaran. Pemeriksaan tingkat kognitif, komunikasi reseptif dan ekspresif, aspek pragmatis dalam komunikasi.

Kajian selanjutnya tentang cara-cara menggunakan sistem visual, sistem komunikasi visual, macam-macam komunikasi visual.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan sistem komunikasi total. Dalam kajian ini dibahas bagaimana memilih sistem komunikasi yang paling tepat untuk masing-masing klien dengan gangguan komunikasinya.

Selanjutnya dibahas jenis-jenis klien yang memerlukan bantuan pelayanan komunikasi total, yang terdiri dari tiga

kelompok. Terapi komunikasi membahas model-model layanan komunikasi, dalam kajian ini dibahas dua model layanan.

Sebagai upaya untuk menetapkan suatu diagnosa kelainan komunikasi disajikan penapsiran dari formulir Skrining gangguan komunikasi (logopedis). Untuk latihan mendiagnosa jenis kelainan komunikasi bagi tunagrahita, ditampilkan beberapa macam klien dengan berbagai jenis gangguan komunikasi. Diharapkan kemampuan menganalisa klien dapat dijadikan dasar sebagai upaya pelayanan yang profesional.

## B. Saran-Saran

Bahwa dalam memberikan pelayanan gangguan komunikasi kepada penyandang tunagrahita diperlukan berbagai disiplin ilmu, keterlibatan para orang tua dan keluarga. Adanya kesinambungan dalam pembinaan komunikasi sangat membantu keberhasilan pelayanan.

Dalam tatalaksana memberikan pelayanan hendaknya dilakukan secara bertahap, dimulai dari proses identifikasi, diagnosa atau menetapkan jenis kelainan, memilih pola latihan, menyusun program, melaksanakan program dan penilaian keberhasilan dalam pelaksanaan kegiatan layanan.

Keberhasilan upaya layanan tentunya disesuaikan dengan tingkat kemampuan klien yang kita tangani, usia saat dimulainya layanan, alokasi waktu layanan, keterlibatan profesi terkait, dan para orang tua serta keluarga dalam upaya memberikan layanan yang optimal.

Kesabaran, kecermatan atau ketelitian merupakan indikasi yang tidak dapat diabaikan dalam memberikan layanan, hal ini disebabkan kondisi tunagrahita yang kompleks.

## C. Penutup

Makalah ini merupakan upaya untuk membantu memberikan lebih mengembangkan kajian-kajian praktis, sehingga diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan.

Semoga makalah ini bermanfaat

## DAFTAR PUSTAKA

- Adam S Gaudalesky MM, 1992. **Educational Program for people Who care for Mentally Handicapped Persons**, Interaid, Panitia Pelaksana Lokakarya Reehabilitasi Bagi Tunagrahita Dewasa. Wil Indonesia Bagian Barat, Padang
- A Van Hagen, 1990, **Skema Didaktik Metodik Reflektif**, Yayasan Dena Upakara & Yayasan Karya Bhakti, Wonosobo.
- Deane Baumgert, Jeane Johnson and Edwin Helmsteter, **Argumentative and Alternative Comunication System For Person with Moderate and Severe Disabilities**, Paul H Brookes Publishing Co, Biltimore, 1990.
- Edja Sadjaah, Dardo Sukarja, 1995 **Bina Bicara, Persepsi Bunyi dan Irama**, Ditjen Dikti, Depdikbud RI, Jakarta.
- George H. Shames and and Elisabeth H Wiig, 1982, **Human Communication Disorders**, Charles e. Merril Publishing Company.
- Hayes A. Newby, 1979. **Audiology**, Prentise Hall. Inc.
- Muh. Amin, 1995, **Ortopedagogik Anak Tunagrahita**, Ditjen Dikti Depdikbud, RI Jakarta.
- Tarmansyah, 1995. **Gangguan Komunikasi**, Ditjen Dikti Depdikbud RI, Jakarta.
- Verpoorten, 1982. **Model Komunikasi dari Shane untuk Cacat Mental**, Materi Penataran dan Lokakarya Komunikasi Total untuk Cacat Mental disampaikan oleh Mss. Karin di Akedemi Terapi Wicara Jakarta tahun 1997.