

## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### A. *Applied Behavior Analysis (ABA)*

##### a. *Applied Behavior Analysis (ABA)*

Metode ABA (*Applied Behavior Analysis*) adalah metode tata laksana perilaku yang telah berkembang sejak puluhan tahun yang lalu. Prof. DR. Ivar O. Lovaas dari University of California, Los Angeles (UCLA) Amerika Serikat, menggunakan metode ini secara intensif pada anak autisme. Kemudian ternyata bahwa metode ini juga sangat bermanfaat untuk menangani anak-anak dengan kelainan perilaku lainnya, seperti Asperger, ADHD, dsb. Anak normal pun sebenarnya sangat baik didik dengan metode ini oleh orangtuanya. Akan tetapi bila dilakukan secara khusus dengan terapis, walaupun efektif namun tidak efisien. Akan tetapi pada anak ‘normal’ yang sangat nakal, metoda ini dapat diterapkan oleh terapis, bila orangtuanya sendiri sudah kualahan.<sup>1</sup>

Metode Lovaas ini didasarkan pada teori “*Operant Conditioning*” yang dipelopori oleh BF Skinner, seorang behavioralis dari Amerika Serikat. Dasar teori Skinner sendiri adalah pengendalian perilaku melalui manipulasi imbalan dan hukuman. Skinner percaya bahwa sebenarnya orang yang telah memberinya kunci untuk memahami perilaku adalah Ivan Pavlov, seorang fisiolog Rusia dengan teorinya

---

<sup>1</sup> Handojo, *Autisma*, (Jakarta : PT. Bhuana Ilmu Populer, 2006), 50.

*Classical Conditioning*. Pavlov mengatakan kendalikan kondisi (lingkungan) dan kita akan melihat tatanan (*order*).<sup>2</sup>

Modifikasi perilaku (*behaviour modification*) ini pada mulanya merupakan cara untuk melatih hewan percobaan dengan menggunakan imbalan dan hukuman secara sistematis, namun seperempat abad belakangan ini telah berkembang menjadi pendekatan ilmu pendidikan (*pedagogical approach*) yang sangat jelas dan efektif.

Ivar Lovaas adalah psikolog klinis, yang sejak tahun 1964 menggunakannya dalam upaya membantu anak-anak yang mengalami gangguan perkembangan, lalu ia mencoba menggunakan metode ini untuk melatih anak-anak autis di UCLA (Universitas California Los Angeles).<sup>3</sup>

Metodenya terutama didasarkan pemecahan tugas-tugas, termasuk tugas yang kompleks, abstrak seperti komunikasi, dengan menggunakan bahasa menjadi serangkaian langkah secara runtun, dan setiap langkah menyiapkan jalan untuk langkah berikutnya. Mengajar dengan menggunakan “*discrete trials*” orangtua dan terapis bekerja sebagai tim untuk menciptakan suasana belajar yang sangat terstruktur dan sangat konsisten. Secara berangsur-angsur, si anak tidak hanya mengerti “*discrete bits*” dari masalah pokok yang diajarkan, tetapi lebih penting lagi untuk memfokuskan perhatian mereka, berkonsentrasi dengan lebih efektif, dan dengan itu dapat belajar dengan lebih mudah.

---

<sup>2</sup> Mirza Maulana, *Anak Autis*, (Jogjakarta: Kata Hati, 2008) 51.

<sup>3</sup> *Ibid.*,

Begitulah akhirnya mengapa metode ini juga dikenal dengan kata *discrete trial training*.<sup>4</sup>

Teknik Lovaas yang berdasarkan pada “*behavior modification*” atau “*Discrete Trial Training*” menggunakan urutan : A-B-C. A atau *Antecedent* (pra-kejadian) adalah pemberian intruksi, misalnya: pertanyaan, perintah, atau visual. Berikan waktu 3-5 detik untuk anak memberi respon. Dalam memberikan intruksi, perhatikan bahwa si anak ada dalam keadaan siap (duduk, diam, tangan ke bawah). Suara dan intruksi harus jelas, dan intruksi tidak diulang. Untuk permulaan, gunakanlah “SATU” kata perintah. B atau *Behaviour* (perilaku) adalah respon anak. Respons yang diharapkan haruslah jelas dan anak harus memberi respons pada tiga detik. Mengapa demikian, karena ini normal dan dapat meningkatkan perhatian. C atau *Consequence* (konsekuensi atau akibat). Konsekuensi haruslah seketika, berupa reinforcer (pendorong atau penguat) atau “TIDAK”.<sup>5</sup>

Terapi perilaku metode ABA atau *Lovaas* sebenarnya adalah bersifat “*home-base*” terapi. Jadi pelaksanaan terapi di rumah anak sebenarnya menjadi pilihan terbaik. Tetapi hal ini tetap memerlukan beberapa persyaratan lain, yaitu; pengetahuan orangtua akan metode terapi, pengelolaan proses terapi yang menyangkut pengawasan terapis, ruang yang bebas distraksi, cukup sejuk dan cukup penerangan, meja dan kursi anak, alat peraga lalu peralatan latihan motorik dan sensoris yang

---

<sup>4</sup> Ibid., 52.

<sup>5</sup> Ibid., 54.

sesuai dengan materi yang akan diberikan, evaluasi proses terapi secara periodik, dana yang cukup untuk membayar 2-3 orang terapis, terapis yang handal dalam melakukan terapi perilaku.<sup>6</sup>

b. Tahapan-tahapan dalam *Applied Behavior Analysis* (ABA)

Sebelum memulai dengan terapi itu sendiri, orangtua dan terapis biasanya membicarakan persiapan untuk memulai terapi. Karena metode ini tidak dapat ditangani sendiri, sebaiknya suatu tim dibentuk dengan serangkaian jadwal yang akan dilalui sang anak. Dalam mengerjakan metode lovaas, anak akan dituntut waktu belajar tidak kurang dari 40 jam per-minggu, dan adanya suatu tim terapis dan orangtua yang dijadwalkan memberi *drill*, dan biasanya pertemuan rutin 2-3 minggu sekali dengan E anggota tim untuk membahas segala sesuatu yang dialami bersama anak termasuk memastikan intruksi dan program yang dipakai selalu sinkron.<sup>7</sup>

Metode ini memiliki 3 (tiga) tahapan yang diuraikan sebagai berikut:

1) Tingkat dasar

Dalam tahap ini masih dibagi lagi menjadi enam kategori yaitu sebagai berikut:

- a) Kategori A – Kemampuan Mengikuti Pelajaran (Kepatuhan dan Kontak Mata)
- b) Kategori B – Kemampuan Menirukan (*Imitasi* = I)
- c) Kategori C – Kemampuan Bahasa Reseptif (*Kognitif*)

---

<sup>6</sup> Handojo, *Autisma.*, 40-43.

<sup>7</sup> Mirza, *Anak.*, 59.

- d) Kategori D – Kemampuan Bahasa Ekspresif
- e) Kategori E – Kemampuan Pre-Akademik
- f) Kategori F – Kemampuan Bantu Diri (*Self Help*)<sup>8</sup>

2) Tingkat *Intermediate*

Dalam tahap ini juga masih dibagi lagi menjadi enam kategori lagi, kategori tersebut adalah sebagai berikut:

- a) Kategori A – Kemampuan Mengikuti Pelajaran (Kepatuhan dan Kontak Mata)
- b) Kategori B – Kemampuan Menirukan (*Imitasi = I*)
- c) Kategori C – Kemampuan Bahasa Reseptif (*Kognitif*)
- d) Kategori D – Kemampuan Bahasa Ekspresif
- e) Kategori E – Kemampuan Pre-Akademik
- f) Kategori F – Kemampuan Bantu Diri (*Self Help*)<sup>9</sup>

3) Tingkat *Advanced*

Dalam tahap ini masih dibagi lagi menjadi sembilan kategori yaitu sebagai berikut:

- a) Kategori A – Kemampuan Melaksanakan Tugas (Kontak Mata)
- b) Kategori B – Kemampuan Menirukan (*Imitasi*)
- c) Kategori C – Kemampuan Bahasa Reseptif
- d) Kategori D – Kemampuan Bahasa Ekspresif
- e) Kategori E – Kemampuan Bahasa Abstrak
- f) Kategori F – Kemampuan Akademik

---

<sup>8</sup> Handojo, *Autisma.*, 162-176.

<sup>9</sup> *Ibid.*, 177-191.

- g) Kategori G – Kemampuan Sosialisasi
- h) Kategori H – Kesiapan Masuk Sekolah
- i) Kategori I – Kemampuan Bantu Diri<sup>10</sup>

c. Masalah dan Kendala

Segala sesuatu yang dilakukan pastilah memiliki masalah dan kendala, sehingga terapi yang dilakukan sendiri pastilah ditemui masalah dan kendala. Maka masalah dan kendala yang sering dijumpai para terapis adalah:

- 1) Biaya terapi yang tinggi adalah masalah yang seringkali sulit ditanggung oleh orangtua anak “*special needs*”. Yang sering terjadi orangtua tidak menemui kendala berarti masalah biaya ada awal terapi, tetapi setelah berjalan beberapa waktu orangtua mulai merasakan kendala pada masalah finansial ini. Dan masalah finansial ini dapat menghentikan proses terapi.
- 2) Pengadaan terapis yang profesional saat ini masih sulit diperoleh. Banyak institusi, yang membentuk trainingcepat selama 2-3 bulan.
- 3) Orang serumah yang sering kali menjadi penghalang adalah nenek dari anak tersebut. Meskipun tidak semua nenek, ada juga yang sangat mendukung dan mendorong orang tua agar segera menerapi anaknya secara intensif. Para nenek menjadi penghalang biasanya adalah para nenek dominan yang sulit memahami tentang kelainan perilaku anak.

---

<sup>10</sup> Ibid.,192-203.

- 4) Intensitas terapi yang memenuhi syarat 40 jam per minggu atau selama anak bangun, merupakan hal yang paling sulit dipenuhi oleh orangtua anak. Mulai dengan masalah tenaga, waktu, dan dana sering menjadi alasan tidak dapat terpenuhinya persyaratan yang penting ini.

d. Terapi Wicara dan Lovaas

Koordinasi antara Terapi Wicara dengan program *Applied Behavioral Analysis* (ABA) antara lain :

- 1) Terapi wicara mengembangkan objektif untuk bicara serupa dengan program perilaku untuk mencapai generalisasi.
- 2) Terapi wicara turut menggunakan program *Discrete Trial* sekomunikatif dan sefungsional mungkin.
- 3) Terapi wicara dapat menambahkan informasi penting tentang bicara dan bahasa.
- 4) Terapi wicara dapat membantu memastikan bahwa semua terapis yang ada menggunakan kata, perintah dan mainan dalam mencapai tujuan tersebut.
- 5) Terapi wicara dapat memberikan informasi kepada timnya tentang perkembangan *linguistik* yang wajar serta urutan komunikasi yang normal.
- 6) Terapi wicara dapat menunjukkan bagaimana melakukan penyatuan objektif untuk kegiatan sehari-hari ataupun aktivitas harian, misalnya

- makan, mandi, dan waktu tidur untuk membantu generalisasi dan urutan.
- 7) Terapi wicara dapat mengembangkan *reinforces* yang dapat digunakan seperti mainan, permen, pelukan, pujian dan lainnya.
  - 8) Terapi wicara seharusnya mengevaluasi bagaimana cara keterampilan bahasa dipakai dalam lingkungan kelas untuk mendapat manfaat yang maksimum dari interaksi ini.
  - 9) Terapi wicara juga dapat membantu memecahkan masalah-masalah yang berkaitan dengan *linguistik*.
  - 10) Terapi wicara pun dapat membantu dalam evaluasi dan terapi untuk masalah-masalah yang ada bersamaan dengan masalah autisme yang menyangkut bicara misalnya *apraxia* dan lain-lain.<sup>11</sup>

## **B. *Speech Delay* atau Keterlambatan Bicara**

### a. Hakikat Bahasa dan Wicara

Menurut Owens bahasa merupakan kode atau sistem konvensional yang disepakati secara sosial untuk menyajikan berbagai pengertian melalui penggunaan simbol-simbol sembarang (*arbitrary symbols*) dan tersusun berdasarkan aturan yang telah ditentukan. Bahasa memiliki cakupan yang luas (bahasa isyarat, kode morse, bahasa ujaran, bahasa tulis) sedangkan wicara hanya merupakan makna verbal dari penyampaian bahasa. Oleh karena itu, perlu dibedakan antara bahasa dengan problem wicara. Meskipun ada beberapa problema wicara yang

---

<sup>11</sup> Mirza Maulana, Anak., 61.

disebabkan oleh adanya gangguan organ wicara, problema tersebut tidak dianggap sebagai problema bahasa jika tidak mengurangi kualitas simbolis berbagai ide, perbendaharaan kata, atau gramatika yang diekspresikan.<sup>12</sup>

Menurut ASLHA (*American Speech-Language-Hearing Association*) ada tiga komponen wicara yaitu yang pertama, artikulasi komponen artikulasi berkenaan dengan kejelasan pengujaran atau pengucapan kata. Lalu yang kedua suara komponen suara berkenaan dengan nada, kenyaringan, dan kualitas wicara. Dan yang terakhir adalah kelancaran komponen kelancaran berkenaan dengan kecepatan wicara.<sup>13</sup>

b. *Speech delay* dalam PPDGJ

Dalam PPDGJ *speech delay* atau keterlambatan bicara masuk dalam Gangguan Perkembangan Psikologis, masuk dalam kode diagnostik Gangguan Perkembangan Khas Berbicara dan Berbahasa (F80). Dalam PPDGJ disebutkan bahwa gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa ciri-cirinya diantaranya adalah :

- 1) Gangguan perkembangan khas dimana pola normal penguasaan bahasa terganggu sejak fase awal perkembangan.
- 2) Kondisi ini tidak secara langsung berkaitan dengan kelainan neurologis atau mekanisme berbicara, gangguan sensorik, retardasi mental, atau faktor lingkungan.

---

<sup>12</sup> Mulyono Abdurrahman, *Pendidikan Bagi Anak.*, 183.

<sup>13</sup> *Ibid.*,

- 3) Tidak ada batas pemisah yang jelas dengan perbedaan-perbedaan dari variasi normal, tetapi ada empat kriteria utama yang berguna dalam memberi kesan terjadinya suatu gangguan klinis yang nyata yaitu beratnya, perjalanannya, polanya, dan problem yang menyertainya.
- 4) Bila suatu kelambatan berbahasa hanya merupakan bagian dari retardasi mental yang lebih pervasif atau kelambatan perkembangan global, maka harus menggunakan kode diagnostik retardasi mental (F70-F79). Akan tetapi, umumnya retardasi mental disertai dengan pola prestasi intelektual yang tidak sama rata dan terutama dengan tingkat gangguan berbahasa yang lebih berat daripada retardasi keterampilan non-verbal. Bila tingkat perbedaan ini mencolok sehingga jelas dalam berfungsinya sehari-hari, maka kode diagnosis gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa harus diberikan, bersamaan dengan kode diagnosis retardasi mental.
- 5) Tidak termasuk : kelambatan dan distorsi perkembangan berbahasa yang disebabkan oleh ketuan yang berat (hendaya pendengaran), juga suatu kelainan artikulasi yang langsung disebabkan oleh langit-langit mulut yang terbelah, atau disartri yang diakibatkan oleh *celebral palsy*.<sup>14</sup>

Pedoman diagnostik dalam kode diagnostik Gangguan Artikulasi Berbicara Khas (F80.0) adalah sebagai berikut :

---

<sup>14</sup> Rusdi Maslim, *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5*, (Jakarta: PT Nuh Jaya, 2013), 123.

- 1) Gangguan perkembangan khas dimana penggunaan suara untuk berbicara dari anak, berada di bawah tingkat yang sesuai dengan usia mentalnya, sedangkan tingkat kemampuannya normal.
- 2) Usia penguasaan suara untuk berbicara, dan urutan dimana suara ini berkembang, menunjukkan variasi individual yang cukup besar.
- 3) Diagnosis ditegakkan hanya jika beratnya gangguan artikulasi diluar batas variasi normal bagi usia mental anak; kecerdasan (intelejensi) non-verbal dalam batas normal; kelainan artikulasi tidak langsung diakibatkan oleh suatu kelainan sensorik, struktural atau neurologis; dan salah ucap jelas tidak normal dalam konteks pemakaian bahasa percakapan sehari-hari dalam kehidupan anak.<sup>15</sup>

Pedoman diagnostik dalam kode diagnostik Gangguan Berbahasa Ekspresif (F80.1) adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan perkembangan khas dimana kemampuan anak dalam mengekspresikan bahasa dengan berbicara, jelas dibawah rata-rata anak dalam usia mentalnya, tetapi pengertian bahasa dalam batas-batas norma, dengan atau tanpa gangguan artikulasi.
- 2) Meskipun terdapat variasi individual yang luas dalam perkembangan bahasa yang normal, tidak adanya kata atau beberapa kata yang muncul pada usia 2 tahun, dan ketidak-mampuan dalam mengerti kata majemuk sederhana dalam usia 3 tahun, dapat diambil sebagai tanda yang bermakna dari kelambatan.

---

<sup>15</sup> Ibid., 124.

- 3) Kesulitan-kesulitan yang tampak belakangan termasuk perkembangan kosa kata yang terbatas, kesulitan dalam memilih dan mengganti kata-kata yang tepat, penggunaan berlebihan dari sekelompok kecil kata-kata umum, memendekkan ucapan yang panjang, stuktur kalimat yang mentah, kesalahan kalimat (*syntactical*), kehilangan awalan atau akhiran yang khas, dan salah atau gagal dalam menggunakan aturan tata bahasa seperti kata penghubung, kata ganti, kata sandang dan kata kerja dan kata benda yang terinfleksi (berubah).

Dapat dijumpai generalisasi berlebihan yang tidak tepat dari aturan tata bahasa, seperti kekurangan dalam pengucapan kalimat dan kesulitan mengurut kejadian-kejadian yang telah terlewat.

- 4) Ketidak-mampuan dalam bahasa lisan sering disertai dengan kelambatan atau kelainan dalam bunyi kata yang dihasilkan.
- 5) Penggunaan bahasa yang non-verbal (seperti senyum dan gerak tubuh) dan bahasa “internal” yang tampak dalam imajinasi atau dalam permainan khayalan harus secara relatif utuh, dan kemampuan dalam komunikasi sosial tanpa kata-kata tidak terganggu.
- 6) Sebagai kompensasi dari kekurangannya, anak akan berusaha berkomunikasi dengan menggunakan demonstrasi, lagak (*gesture*), mimik, atau binyi yang non-bahasa.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Ibid.,

Pedoman diagnostik dalam kode diagnostik Gangguan Berbahasa Reseptif (F80.2) adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan perkembangan khas dimana pengertian anak dalam bahasa, di bawah kemampuan rata-rata anak dalam usia mental-nya
- 2) Kegagalan dalam memberi respon terhadap nama yang familiar (tidak adanya petunjuk non-verbal) pada ulang tahun yang pertama, ketidak-mampuan dalam identifikasi beberapa objek yang sederhana dalam usia 18 bulan, atau kegagalan dalam mengikuti intruksi sederhana pada usia 2 tahun, dapat dicatat sebagai tanda-tanda dari kelambatan.

Di kemudian hari kesulitan-kesulitan mencakup ketidak-mampuan untuk mengerti stuktur tata bahasa (bentuk kalimat negatif, pertanyaan, perbandingan, dsb) dan kekurangan dalam mengerti aspek penghalus dari bahas (nada suara, gerakan tubuh, dsb).

- 3) Kriteria dari gangguan perkembangan pervasif tidak dijumpai.
- 4) Pada hampir semua kasus, perkembangan dari bahasa ekspresif juga terlambat dan lazim ada suara ucapan yang tidak normal.
- 5) Dari semua variasi gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa, gangguan berbahasa reseptif mempunyai tingkat hubungan yang tinggi dengan gangguan sosio-emosional-perilaku.
- 6) Namun demikian, mereka berbeda dari anak autistik dalam hal interaksi sosial yang lebih normal, permainan imajinasi yang normal, pemanfaatan orang-tua untuk berlindung normal, penggunaan gerak

tubuh yang hampir normal, dan hanya sedikit kesulitan dalam komunikasi.<sup>17</sup>

Pedoman diagnostik dalam kode diagnostik Afasia Didapat dengan Epilepsi (Sindrom Landau-Kleffner) (F80.3) adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan perkembangan khas dimana anak mempunyai riwayat perkembangan bahasa yang normal, kehilangan kedua kemampuan ekspresif dan reseptif, tetapi tetap normal dalam intelegensia umum.
- 2) Onset gangguan disertai dengan kelainan paroksismal pada EEG (hampir selalu dari *lobus temporalis*, biasanya bilateral, namun sering dengan kelainan yang luas), dan dalam banyak kasus disertai dengan kejang epileptik. Onset umumnya pada usia 3-7 tahun, tetapi dapat juga muncul lebih awal atau lebih lambat.
- 3) Hubungan waktu antara onset kejang dengan kehilangan berbahasa bervariasi, biasanya salah satu mendahului yang lain dalam beberapa bulan sampai 2 tahun. Yang sangat khas adalah hendaya berbahsa reseptif yang sangat berat, dengankesulitan dalam penangkapan melalui pendengaran (*auditory comprehension*), yang sering merupakan manifestasi pertama dari kondisi ini.
- 4) Gangguan emosi dan perilaku sering menyusul beberpa bulan setelah pertama kali mengalami gangguan berbahasa, tetapi hal itu

---

<sup>17</sup> Ibid., 125.

cenderung membaik pada saat anak mendapatkan cara-cara berkomunikasi.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Ibid.,