

REVALIDASI MOTORIS DAN BIMBINGAN ANAK-ANAK YANG MEMPUYAI "MINIMAL BRAIN DISFUNCTION SYNDROME"

**Oleh
Bambang Soeprijo**

Abstrak

Konsep MBD ("Minimal Brain Disfunction") baik isi maupun terminologinya banyak mengalami perubahan. Untuk penggarapan MBD kegunaannya atau manfaatnya untuk diagnostik motoris dan program-program latihan fungsi motoris akan dibicarakan secara terarah. Revalidasi motoris pada anak-anak MBD dengan kesukaran-kesukaran atau hambatan-hambatan belajar harus ditujukan pada aspek-aspek perkembangannya. Bimbingan ini harus selalu direalisir setelah dimusyawarahkan dengan kelompok-kelompok lainnya. Dan akhirnya penerapan terapi motoris dan sifat-sifat aslinya disajikan dalam situasi kerja yang praktis.

I. PENDAHULUAN

Dari sejarah revalidasi motoris ternyata pemberian bantuan orthodidaktis, pertama-tama perhatiannya ditujukan pada anak-anak dengan gangguan-gangguan motoris yang berat. Gangguan motoris "cerebral" anak atau kerusakan otak anak merupakan contoh yang sering dibicarakan (Franken, 1977:97—111).

Studi gangguan motoris otak pertama dipusatkan pada penelitian tentang fungsi otak. Segi studi lainnya diarahkan pada lokalisasi kelainan-kelainan fungsional dari otak seperti halnya, buta kata-kata, "afasi", "agnosi", dan "dyslexi" pada orang dewasa, sebagai akibat dari peristiwa-peristiwa "cerebral vasculair" (Bryant, 1964: 16—17); (Henderson & Stott, 1977:38—48). Semakin dipahaminya jenis pathologi ini, maka perhatian para peneliti terarah pada gangguan-gangguan yang tanda-tandanya agak kurang tampak dan mekanismenya masih kurang jelas.

Selanjutnya diskusi dibuka untuk membahas tentang sebab-sebab gangguan-gangguan tertentu (misal: hambatan belajar) yang

disebabkan oleh kerusakan jaringan otak atau sebab hambatan perkembangan anak (Dinnage, 1970:23—34).

Dalam tingkah laku awal anak akan menunjukkan beberapa tanda-tanda yang biasanya berupa MBD, ialah tidak berfungsinya otak secara minimal. Setelah digunakannya istilah MBD ini, maka istilah yang semula dipakai ialah "Minimal Brain Damage" dihapuskan. Karena pada anak-anak tidak terbukti didapatinya cedera neuropathologis, sehingga terjadi kekacauan besar tentang terminologi ini. Tetapi istilah gangguan-gangguan belajar atau sinonimnya menjadi tidak jelas sejak tahun 1960, terutama apabila digunakan untuk memberi etiket pada sindroma MBD (Adams, 1973:567—597).

Banyak para ahli menyatakan bahwa hambatan belajar dan disfungsi "cerebral" ringan mempunyai persamaan (Chalfaut & Schefelin, 1969:424—500). Segera oleh Kalverboer (Kalverboer, 1977: 606—640) disajikan secara jelas konsep MBD, terutama yang menyangkut isi dari terminologi itu.

Dalam tulisan ini, istilah-istilah MBD dan SLD ("SPECIAL LEARNING DISORDER" = kekacauan belajar khusus) digunakan untuk kelompok anak yang berbeda, baik mengenai gangguan-gangguan yang mereka perlihatkan maupun sebab-sebab kemungkinan dasar terjadinya kesukaran-kesukaran penyesuaian diri itu.

Istilah MBD sekarang sudah populer, secara umum digunakan untuk menandai anak dengan inteligensi dalam batas-batas normal (IQ lebih tinggi dari 80), tetapi menunjukkan adanya tingkah laku dan hambatan belajarnya. Ini ada hubungannya dengan disfungsi minimal dalam susunan syaraf pusat. Peranan dan dukungan dari terapi motoris dalam bentuk bimbingan total anak-anak akan diuraikan lebih lanjut.

II. PENCEGAHAN

Bantuan atau pertolongan yang terorganisir dan partisipasi masyarakat terhadap problema belajar dan tingkah laku anak-anak MBD, ternyata didasarkan pada data-data yang telah terlambat. Seperti halnya terjadi pada problema sosial lainnya (contohnya: alkoholisme), sehingga langkah pertama yang diambil ialah mengorganisir penggarapannya.

Tugas yang paling penting dari usaha pencegahan adalah bahwa timbulnya problema-problema, sebanyak mungkin dapat dihindari

atau sedini mungkin harus dapat diketahui. Dengan demikian identifikasi (penyaringan) atau pengenalan tanda-tanda adanya gangguan-gangguan spesifik, sedini mungkin dapat dikenal pada usia muda, khususnya tanda-tanda tingkah laku MBD. Dalam situasi demikian maka beberapa manifestasi klinis yang tampak dapat dengan jelas diperhatikan. Seorang guru taman kanak-kanak yang berpengalaman dapat memperhatikan dengan baik dan mudah seorang anak yang tidak dapat menyesuaikan diri pada situasi kelas tertentu. Contohnya adalah: Tidak dapat duduk dengan tenang, tidak dapat menjalankan beberapa tugas yang diberikan antara lain, menggantung, menempel, menyulam kertas, merangkai mote dan lain sebagainya, tidak dapat mencontoh gambar atau bentuk-bentuk geometris sederhana, dan selalu menjatuhkan benda-benda yang dipegangnya. Fungsi penyaringan berarti bersifat semi pencegahan. Problema-problema yang secara awal dikenali mendapat kesempatan yang kecil untuk bersembunyi dan akan dapat lebih mudah untuk digarap. Banyak anak-anak MBD dirinya dapat belajar baik-baik, namun celakanya ia mempelajari hal-hal yang salah. Secara awal mengenal belajar anak MBD menjadi dasar untuk mencapai prestasi sekolah yang lebih baik. Juga lebih ekonomis, lebih bertanggung jawab dan lebih mudah bila segala kesulitan-kesulitan dan hambatan-hambatan digarap dalam stadium perkembangan lebih awal.

III. PROGRAM-PROGRAM LATIHAN FUNGSI MOTORIS YANG TERARAH

Beberapa anak-anak MBD tanpa problema-problema dapat mengikuti program pengajaran biasa, sedangkan pada anak-anak yang mengalami gangguan-gangguan belajar dan disfungsi motoris dipilihkan jaringan pelajaran khusus (pengajaran dasar khusus). Di samping pengajaran remedi individual juga digarap melalui latihan motoris. Gangguan-gangguan belajar dinyatakan terjadi, apabila dalam proses ini timbul kemacetan-kemacetan.

Sejauh hubungan kausal antara ketrampilan motorik dan belajar di sekolah (membaca, menghitung dan menulis) tidak dapat dipahami dan dipertanggung-jawabkannya, maka sulitlah untuk mendapatkan argumentasi untuk menyusun program-program latihan fungsi motoris pada anak-anak MBD untuk meningkatkan ketrampilan sekolahnya.

Pertanyaan yang perlu diajukan adalah; Mengapa perlu diberikan diagnostik motoris dan terapi pada anak-anak MBD dengan gangguan belajar? Argumentasi pertama ialah menyangkut penemuan dari ketrampilan anak melalui aktivitas-aktivitas olahraga dan permainan. Amat adalah anak yang hiperkinetis, ia memiliki tingkah laku motoris yang tidak terkoordiner dan bergerak berlebihan, sehingga mengganggu teman-temannya pada permainan bola. Apakah tidak ada yang memikirkan bahwa Amat, yang selalu mengganggu itu, dijadikan pelopor pada lari cepat? Ini akan lebih berhasil dan Amat akan menjadi juara, dan sekaligus dapat menghilangkan gerak yang berlebihan dari fungsi motoriknya.

Argumentasi kedua ialah, mengetahui ketinggalan-ketinggalan atau gangguan-gangguan motoriknya, yang menyebabkan terganggunya terlaksananya tugas-tugas sekolah dengan berhasil.

Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan-gangguan pada perkembangan-perkembangan susunan visuospasial dan skema tubuh dapat menghambat anak untuk dapat secara cermat belajar membaca dan menulis (Huyberechts, 1982:415—445).

Suatu pengalaman dari revalidasi anak-anak MBD menunjukkan bahwa hambatan-hambatan belajar pada sekolah dasar mempunyai hubungan yang berarti dengan gangguan perkembangan dari fase perkembangan yang sebelumnya. Apabila kekurangan-kekurangan ini dikenali lebih awal secara cermat, dengan menggunakan instrumen penelitian yang sesuai, maka ada kesempatan lebih besar untuk terapi motoris, dan bentuk-bentuk remedialnya akan berhasil.

IV. REVALIDASI MOTORIS

Bagaimana bimbingan terhadap anak-anak MBD melalui revalidasi motoris dapat direalisasikan secara nyata?

Untuk dapat menjawab pertanyaan tersebut maka tugas yang pertama ialah, pada setiap anak yang diduga menderita MBD, diperlukan anamnesa yang mendasar yang akan mengarah ke diagnosa differensial. Oleh karenanya, sangatlah penting memiliki instrumentarium diagnostik yang berupa tes-tes sehingga memungkinkan profil motoris anak dapat ditandai secara cermat.

Sedangkan tugas kedua ialah, bahwa terapi motoris tidak dapat diisolir dari penggarapan bentuk-bentuk bimbingan lainnya.

Untuk ini termasuk disamping orang tua, adalah dokter keluarga, dokter ahli, psikolog klinis, orthopedagog, perawat sosial dan guru remedial. Sedangkan tugas seorang fisiotherapis dimulai pada saat sesudah diperoleh keputusan, bahwa revalidasi motoris merupakan salah satu bentuk bimbingan dengan kemungkinan kesempatan paling banyak untuk berhasil, disamping keikutsertaan bentuk therapi lainnya.

Beberapa hal yang dapat terjadi antara lain ialah:

- Anak dapat berada dalam jaringan pengajaran yang sesuai.
- Dapat diikuti-sertakan sekelompok aktivitas penyembuhan. Tujuan pokok adalah pengaturan pribadi hiperkinetis anak dipermudah dengan mengikut-sertakan anak-anak lainnya dalam kelompok tersebut. Ini akan berfungsi sebagai usaha pengawasan bagi anak-anak yang terganggu.
- Dalam tingkat akhir masih tinggal revalidasi motoris dan psikomotoris seperti halnya dalam revalidasi centrum atau diterapkan dalam praktek tersendiri. Bayangan motoris dari anak-anak MBD dapat dianalisis dan ditentukan, misalnya kesukaran terletak dalam suasana hiperaktivitas motoris. Hiperaktivitas tersebut dapat dikenal dari hiperaktivitas indera, yang paling menjadi gangguan kerja pada prestasi kelas, adalah suatu hambatan nyata untuk mempelajari ketrampilan motoris yang halus dan bermacam-macam gerak sampingan yang berlebihan.

Yang terpenting di sini adalah gangguan-gangguan visuomotoris; yang sangat sering timbul adalah kesulitan-kesulitan koordinasi yang umum. Ciri-ciri MBD ini tidaklah selalu tampak jelas, dalam beberapa kejadian, baru dapat dipastikan sesudah adanya evaluasi yang cermat.

Penelitian kemudian memperlihatkan bahwa dalam penggarapan empat aspek di bawah ini perlu mendapatkan perhatian (8, 1982) ialah meliputi:

1. Aspek Perkembangan Motoris yang Kasar

Perkembangan fungsi motoris kasar pada anak-anak MBD ditunjukkan adanya stimulasi terhadap fungsi keseimbangan dan koordinasi motoris kasar. Ini dapat dicapai dengan secara tertib melakukan semua sikap (contohnya: kontrol keseimbangan statis dengan cara berdiri di atas satu kaki) dengan adanya perpindahan sekecil mungkin dalam ruang yang sempit.

Pola-pola gerak seperti dengan mengangkat lutut tinggi-tinggi, lari dengan satu kaki, melompat-lompat, berjalan di atas ujung kaki, berjalan di atas pangkal kaki dan lain sebagainya sangat cocok untuk itu. Ini dapat dikombinasikan dengan memasukkan skema gerakan, berjalan di atas ujung kaki bersamaan dengan tepuk tangan tinggi di atas kepala seirama.

Dan akhirnya perlu mendapatkan perhatian pada kemungkinan dilakukannya gerakan-gerakan spesifik yang tertutup (contohnya: gerakan terpisah lengan dan kaki) tanpa memperlihatkan adanya gerakan-gerakan asosiasi.

2. Ketrampilan Motoris yang Halus dan Lateralisasi

a. *Motorik halus*

Motorik halus ialah gerakan-gerakan yang menyangkut sebagian dari tubuh.

Perkembangan ketrampilan tangan, dengan makin adanya kemantapan dari koordinasi mata dan tangan, di dalamnya terdapat penampilan yang besar.

Menurut analogi Dumont (1976) dapat diadakan pengenalan antara:

- koordinasi global lengan, tangan dan mata (contoh: semua gerakan yang dituntut untuk mengemudi, membidik, mengarahkan dan lain sebagainya).
- koordinasi spesifik lengan, tangan dan mata (contoh: menggambar, mengecat warna, permainan tepuk tangan dan jari, dan bermain bentuk dengan tanah liat dan sebagainya).
- koordinasi kompleks mata dan tangan (contoh: menyulam, menggunting, menyusun balok dan sebagainya).

b. *Lateralisasi*

Tujuannya membantu anak untuk menunjukkan kedudukan jasmaninya dengan menyebutkan kata-kata yang tepat pada setiap penunjukan yang terarah pada kedudukan dan hubungan jasmaniah itu melalui:

- menirukan bermacam-macam sikap, mula-mula disajikan simetris kemudian asimetris, antara lain:

- = membelakangi anak
- = berdiri di samping anak
- = berputar 90° terhadap anak
- = menghadap anak.
- memberikan tugas-tugas anak untuk menempatkan dirinya dalam ruang tertentu melalui perintah lisan, dengan cara membiarkan anak meninggalkan tempatnya untuk kemudian dapat menempati posisi dirinya dalam ruangan.
- memberikan tugas-tugas secara lisan yang bertolak dari ruangan, dan anak menentukan posisi dirinya.
- memberikan tugas-tugas seperti di atas, tetapi menggunakan boneka-boneka dengan sikap-sikap seperti ditugaskan di atas.
- penanganan kiri dan kanan sebagai pengertian ruangan, yang mempunyai hubungan dengan ruangan dilihat dari segi dirinya sebagai individu (contoh seperti pada benda, foto, gambar-gambar dan lain-lain).

3. Fungsi-fungsi Kompleks:

Meliputi penyusunan waktu dan ruangan.

Dengan pengalaman dan penelitian dapat dinyatakan bahwa perkembangan dari fungsi-fungsi tersebut, yang dinamakan penyusunan "tempo-spatiale", pada anak-anak MBD dengan gangguan belajar, akan tetap nyata kekurangannya.

Revalidasi motorisnya perlu mendapatkan perhatian sepenuhnya tentang:

a. Penyusunan waktu

- dapat mengikuti pukulan irama tertentu (Stambak, 1964).
- dapat mengenal nama pagi, siang, petang dan malam hari dengan gambaran yang disajikan.
- dapat menyusun/mengatur gambar-gambar dan dapat menceriterakan dongeng.
- tingkah laku atau sebagian tingkah laku dapat menyusunnya secara urut dan teratur.

b. Penyusunan ruangan.

Setiap penanganan dikendalikan secara motoris dan sensoris dan berlaku dalam aksi ruangan lingkungan sehingga:

- dapat secara luas mengadakan orientasi dalam aksi ruangan. Contohnya: Belajar kata-kata hubungannya dengan pengalaman ruangan yang nyata, lari mengejar, meletakkan, menggambar, mengingat-ingat hubungan ruangan, membentuk/membangun konfigurasi ruangan dan lain-lain.
- dapat memanipulir secara nyata dengan alat-alat yang jelas yang ada hubungannya dengan ruangan misalnya, membentuk/membangun ruangan, bermain lalu-lintas dan sebagainya.
- secara visual dapat menganalisis alat-alat abstrak dan gambaran skematis, mozaik, bentuk-bentuk geometris, teka-teki silang, dan lain-lain.
- dapat menganalisis secara visual dan menyusun situasi ruangan yang nyata dengan cara penyajian skematis.

4. Skema Tubuh dan Kesadaran Kiri Kanan

a. Skema tubuh:

Sadar akan adanya tubuh, sehingga mendapatkan ide akan dirinya ataupun orang lain.

Implikasinya ialah dalam bentuk-bentuk sebagai berikut:

- penunjukan adanya bagian-bagian tubuh; menunjuk dan memberi nama bagian-bagian tubuh dengan mata terbuka dan kemudian dengan mata tertutup meraba-raba, untuk kemudian diterapkan pada anak lain.
- menirukan sikap-sikap dan gerakan-gerakan, yang dilakukan dengan membelakangi anak di sampingnya, selanjutnya berputar seperempat ke arah anak dan akhirnya berhadapan.
- melakukan sikap-sikap dan gerakan-gerakan mengikuti perintah lisan.
- memakai dan membuka pakaian.
- memproyeksikan bagian-bagian tubuh dan hubungan tubuh pada boneka, foto atau lukisan.
- mengidentifikasi jari-jari: contohnya dapat menggerakkan dan menyebutkan jari-jari yang ditunjuk.
- memproyeksikan hubungan tubuh pada lingkungan ruangan dengan cara:

- = menunjuk kiri dan kanan dalam ruangan.
- = menunjuk hubungan kiri dan kanan antara benda-benda yang diajarkan.
- = menunjuk bagian depan, belakang, kiri, kanan pada perkakas seperti sepeda, mobil, kursi, dan lain-lain, dimana tubuh dan benda saling berkaitan.

b. *Kesadaran kiri kanan.*

Suatu bagian khusus untuk identifikasi dari skema tubuh adalah membiasakan diri untuk mengenal pengertian kiri dan kanan.

Makin muda usia anak itu makin harus semakin besar perhatiannya pada:

- ketrampilan motoris yang kasar: berjengket, lari dengan mengangkat paha tinggi-tinggi, berjalan, melempar, melompat dan lain-lain.
- koordinasi dari gerakan-gerakan sekehendak, pada usia anak semakin tua.
- ketrampilan motoris yang halus: menempel/ngeplak, merajut, menggambar bentuk-bentuk geometris dan lain-lain.
- latihan-latihan penyusunan ruangan.
- banyak memperhatikan perkembangan dari skema tubuh dengan cara:
 - = menunjuk bagian tubuh pada dirinya sendiri (pengertian kiri dan kanan).
 - = menunjuk bagian tubuh orang lain (pengenalan kiri kanan pada orang lain).

V. IMPLIKASI-IMPLIKASI UNTUK PRAKTEK

Dalam penerapan terapi motoris haruslah diperhatikan beberapa ketentuan-ketentuan dasar, ialah:

- Terapi motoris berbeda mendasar dengan program-program senam pada sekolah dasar. Program-program meletakkan tekannya pada kesehatan jasmani. Untuk dapat mencapai tujuan dapatlah anak-anak ikut serta pada beberapa bagian latihan-latihan dan saling berkompetisi untuk mencapai hasil prestasi sebaik-baiknya. Hal ini biasanya sering terjadi pada tingkatan klasik.

Program latihan yang diterapkan secara individual tidak mengandung elemen kompetisi dan sebagian besar aktivitasnya berlangsung dalam lingkungan yang miskin rangsangan.

- Latihan tidak boleh bertujuan untuk dirinya, tetapi kejadiannya dapat selalu berjalan untuk mengakui berlangsungnya perkembangan yang tertentu. Apabila dilakukan latihan-latihan untuk perkembangan fungsi motoris yang kasar, maka kejadian ini selalu berjalan dengan dasar ide bahwa, untuk ini akan terbentuk ketrampilan motoris yang halus sebagai salah satu hal yang logis.

Latihan-latihan untuk meningkatkan susunan ruangan (perkembangan optik), sangat penting untuk meningkatkan pandangan mendalam yang terukur.

- Terjadinya hubungan yang erat antara aktivitas motoris dengan kemampuan pengamatan anak pada tahun-tahun pertama akan berkembang pada masa-masa tahun mendatang. Apabila anak mengalami perkembangan motoris normal dan apabila kemampuan pengamatan juga demikian terlatih, maka kedua daerah tersebut menghasilkan bayangan ingatan untuk anak, dan akan mendapatkan rentetan pandangan yang berturut-turut masuk dari hasil kesibukan motorisnya. Pengamatan visual dan auditif sebagian besar menempati penggarapan motoris.

Pada anak-anak MBD kejadian ini sangat kurang. Kemampuan gerak yang berlebihan dan tidak adanya ketenangan motoris merupakan rintangan yang kuat untuk memenuhi kaitan-kaitan persepsual motoris. Therapinya dalam situasi ini harus langsung diarahkan secara sadar pada proses-proses pengamatan yang aktivitas motorisnya telah berjalan sebelumnya. Pada kebanyakan anak-anak MBD proses ini terjadi sebaliknya, ialah pertama mereka melaksanakan dan berikutnya mereka mengamati. Tetapi gerakan selalu terjadi dalam waktu maupun ruangnya, yang sangat penting adalah keikut-sertaannya anak itu sendiri. Motivasi, konsentrasi, intelligensi dan karakter si anak pada akhirnya merupakan penanganan yang sangat berguna.

VI. KESIMPULAN

Dari tulisan tersebut di atas dapatlah disimpulkan bahwa senso-motoris, persepto-motoris dan revalidasi psikomotoris keseluruhan-

nya terletak pada kesiapan penanganan problematik MBD. Sebab diversitas dan spesifitas dari simptomatologisnya akan terlihat sepenuhnya pada model kerja berikutnya:

1. Pencegahan harus selalu didahulukan secara mutlak.
2. Instrumen-instrumen penelitian yang ada sekarang harus disesuaikan pada tugas masing-masing yang spesifik pada penelitian anak-anak MBD.
3. Diagnostik evaluasi dan terutama therapi seharusnya dilaksanakan secara individual.
4. Tugas yang penting ialah realisasi studi kelanjutan yang dapat memberikan bantuan motoris lebih baik.
5. Therapi motoris sama sekali tidak boleh dilaksanakan secara terisolir, tetapi harus dilakukan dalam hubungan kelompok.

KEPUSTAKAAN

1. Adams, J, *Clinical neuropsychology and the study of learning disorders*, Pediatric Clinics of North America, 20, 1973.
2. Bryant, N.D., *Some conclusions concerning impaired motor development among reading disability cases*, Bulletin of the Orton Society, 14, 1964.
3. Chalfaut, J. & M. Scheffelin, *Central processing dysfunctions in children*, A review of research. Maryland, U.S., Department of Health, Education and Welfare, NINDS Monograph Nr.9, 1969.
4. Dinnage, R., *The handicapped child*, London, Longman Group, 1970.
5. Dumont, J.J., *Leerstoornissen*, Theorie en Model, Rotterdam, Lemniscaat, 1976.
6. Franken, M.L.O., *Psychomotorische theorieën en trainings programma's*, Orthovisies, Groningen, Wolters-Noordhoff, 1977.
7. Henderson, S.E. & D.H. Stott, *Finding the clumsy child: genesis of a test of motor impairment*, Journal of Human Movement Studies, 3, 1977.
8. Huyberechts, B., *Ontwikkeling van een motorische schoolrijpheids-test voor het eerste leerjaar van de basisschool*, Doctoraal Proefschrift, Instituut voor Lichamelijke Opleiding, Katholieke Universiteit Leuven, 1982.
9. Stambak, M., *Trois epreuves de rythme*, Paris, Delachaux et Niestle, 1964.