

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Penelitian Terdahulu

Untuk memperkuat landasan teoretis dan menunjukkan posisi penelitian saat ini, berikut dipaparkan tiga penelitian terdahulu yang memiliki keterkaitan dengan fokus kajian ini secara khusus, apa yang dimaksud dengan pengobatan okupasi yang efektif untuk anak autis:

1. Studi Ahmad Nur Badrus Surur berjudul “Keberhasilan Implementasi Terapi Okupasi pada Siswa Autis di SDIT Bina Insani, Kabupaten Kediri” bertujuan untuk mengetahui apakah terapi okupasi efektif bagi siswa autis di SDIT Bina Insani, Kabupaten Kediri. Berdasarkan temuan penelitian, terapi okupasi diterapkan dalam delapan tahap untuk siswa autis di SDIT Bina Insani Kwenen, Kabupaten Kediri. Tahap-tahap tersebut meliputi: (1) Asesmen, berupa wawancara ke orang tua dan observasi pada anak kemudian dilanjutkan dengan tes psikologi dan tes calistung (2) Penilaian, untuk mengetahui perkembangan siswa dan pemeriksaan kembali hasil asesmen (3) Pembentukan hubungan, identifikasi siswa menggunakan STPPA dan kurikulum SDLB (4) Penetapan tujuan, menentukan tujuan terapi jangka panjang (6 bulan) dan jangka pendek (3 bulan) (5) Pemilihan aktivitas dan penerapan terapi, kemampuan motorik, kemampuan merawat diri, kesadaran lingkungan atau keselamatan pribadi, kesadaran akan lingkungan sekitar anak, dan adaptasi sosial (6) Dukungan dari lingkungan sekitar, yaitu guru, teman dan orang tua (7) Pelaksanaan terapi individu bersama *shadow teacher* dan terapi kelompok dengan teman dan guru (8)

Evaluasi yang dilakukan *shadow teacher* dan guru pendamping khusus. Kecuali siswa M, yang masih membutuhkan perhatian lebih dari guru pendamping, hasilnya menunjukkan perbaikan yang sangat baik dalam terapi okupasi pada bidang keterampilan motorik, keterampilan perawatan diri, keselamatan pribadi atau mengenali bahaya di sekitar, orientasi terhadap lingkungan sekitar anak, dan adaptasi sosial.¹

Penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Nur Badrus Surur “*Keberhasilan Penerapan Terapi Okupasi Pada Siswa Autis di SDIT Bina Insani Kabupaten Kediri*” terdapat persamaan dan perbedaan yaitu : Persamaan 1) Memiliki informan dan terapi yang sama yaitu pada anak autis dan terapi okupasi. 2) Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif. Perbedaan 1) Tujuan dari penelitian yang dimaksud adalah untuk mengetahui apakah terapi okupasi berhasil dalam menangani siswa autis di SDIT Bina Insani, Kabupaten Kediri. 2) Sedangkan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Dukungan Lingkungan terapi dan Keluarga dalam Keberhasilan Terapi Okupasi Anak Autisme di Ain terapi Ambon. 3) Tempat penelitian berbeda. 4) Penelitian terdahulu menggunakan tes psikologi dan tes calistung sedangkan penelitian ini tidak. 5) Penelitian ini terdapat terapi wicara sedangkan penelitian terdahulu tidak.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Ulpa Rahayu Siregar “*Efektivitas Terapi Okupasi Pada Kemandirian Anak Autis Di PLA (Pusat Pelayanan Autis) Centre Autis Batam Kepulauan Riau*” Tujuan penelitian ini adalah untuk menentukan efektivitas terapi okupasi dalam meningkatkan kemandirian pada anak-anak

¹ Ahmad Nur Badrus Surur “*Keberhasilan Penerapan Terapi Okupasi Pada Siswa Autis di SDIT Bina Insani Kabupaten Kediri*” (Kediri 2024) , Hal. 46

dengan autisme serta bagaimana terapi ini diterapkan di Pusat Layanan Autisme (PLA) Pusat Autisme. Berdasarkan temuan penelitian, program terapi okupasi di Pusat Layanan Autisme (PLA) Pusat Autisme meliputi: 1) Evaluasi. 2) Memberikan teknik atau metode terapi okupasi kepada anak-anak dengan autisme untuk mengembangkan keterampilan mental dan fisik mereka. 3) Untuk meningkatkan kemandirian dan kemampuan motorik halus serta kasar, terapis mengadakan sesi terapi kelompok pada hari Jumat. Di Pusat Layanan Autisme PLA (Pusat Layanan Autisme) di Batam, Kepulauan Riau, terapi okupasi terbukti memiliki dampak yang sangat positif terhadap kemandirian anak-anak autis. Mereka kini dapat berinteraksi dengan orang lain dan menjadi mandiri, namun semua proses ini memerlukan bantuan orang tua dan terapis.²

Penelitian yang dilakukan oleh Ulpa Rahayu Siregar “Efektivitas Terapi Okupasi Pada Kemandirian Anak Autis Di PLA (Pusat Pelayanan Autis) Centre Autis Batam Kepulauan Riau” terdapat persamaan dan perbedaan yaitu :
Persamaan 1) Memiliki informan yang sama yaitu anak autis. 2) Tempat penelitian sama yaitu tempat terapi anak autis. 3) Penerapan teknik penelitian kualitatif. 4) terdapat terapi motorik kasar dan halus. Perbedaan 1) Tujuan dari penelitian yang disebutkan di atas adalah untuk mengetahui bagaimana terapi okupasi mempengaruhi kemandirian anak-anak autis di PLA (Pusat Layanan Autisme) di Batam, Kepulauan Riau. 2) Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana lingkungan terapeutik dan keluarga mendukung efektivitas

² Ulpa Rahayu Siregar “Efektivitas Terapi Okupasi Pada Kemandirian Anak Autis Di PLA (Pusat Pelayanan Autis) Centre Autis Baam Kepulauan Riau” (Riau, 2022) Hal. 1

terapi okupasi bagi anak autis di Ain Terapi Ambon. 3) Penelitian ini terdapat terapi wicara sedangkan penelitian terdahulu tidak.

3. Ratna Sugiarti, dalam skripsinya pada tahun 2016 "*Terapi Okupasi Dalam Penanganan Anak Autis Universitas Muhammadiyah Surakarta*" Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah anak-anak autis yang menerima terapi okupasi khusus akan berperilaku seperti anak-anak pada umumnya. Seorang anak autis dari kelompok B menjadi subjek penelitian ini, yang dilakukan di Taman Kanak-Kanak Lazuardi Kamila Global Islamic School. Penelitian ini menggunakan metode pengamatan, wawancara, dan dokumentasi sebagai metode pengumpulan data. Aktivitas seperti melempar dan menangkap bola, menangkap bola dengan kedua tangan, mengangkat bola dengan kedua tangan sambil berjinjit, berjalan di atas balok keseimbangan, dan melompat dengan satu atau dua kaki diselingi dengan temuan studi tentang terapi okupasi untuk anak-anak autis. Melalui latihan-latihan ini, otot lengan dan jari anak-anak dapat diperkuat, sehingga mereka dapat memegang benda, menulis, menggambar, mewarnai, dan melakukan tugas perawatan diri seperti makan, berpakaian, dan mandi.³

Penelitian yang dilakukan oleh Ratna Sugiarti "*Terapi Okupasi Dalam Penanganan Anak Autis Universitas Muhammadiyah Surakarta*" terdapat persamaan dan perbedaan yaitu: Persamaan 1) Mereka menggunakan informan yang sama, yaitu seorang anak dengan autisme. 2) Metode penelitian yang sama penelitian kualitatif digunakan. Perbedaan 1) Lokasi penelitian yang berbeda. 2) Studi yang disebutkan di atas berusaha untuk menentukan bagaimana terapi

³ Ratna sugiarti " *Terapi Okupasi Dalam Penanganan Anak Autis Universitas Muhammadiyah Surakarta* " (Surakarta 2016), Hal. 1.

okupasi dapat digunakan untuk mengobati anak-anak dengan autisme. 3) Sementara itu, studi ini berusaha untuk menentukan bagaimana keluarga dan lingkungan terapeutik berkontribusi terhadap keberhasilan terapi okupasi bagi anak autis di Ain Terapi Ambon. 4) Penelitian ini menggunakan terapi wicara sedangkan penelitian terdahulu tidak.

B. Konsep Lingkungan Terapi

Lingkungan terapi memegang peranan penting dalam memaksimalkan tumbuh kembang anak dengan autisme. Karena adanya hambatan perkembangan yang spesifik, anak-anak ini memerlukan ruang terapi yang didesain khusus agar relevan dengan kebutuhan serta karakteristik personal mereka.⁴

Salah satu strategi efektifnya adalah melalui penataan ruangan yang terstruktur, seperti pembagian area aktivitas yang jelas serta penggunaan jadwal visual. Langkah-langkah ini sangat membantu anak dalam memahami alur kegiatan sekaligus memprediksi apa yang akan terjadi selanjutnya. Dampaknya, kecemasan anak bisa berkurang dan mereka jadi lebih mandiri dalam menjalankan rutinitas harian.

Selain faktor fisik, peran terapis dalam memberikan instruksi yang konsisten juga sangat menentukan. Penggunaan bahasa yang lugas serta pemberian apresiasi terhadap perilaku adaptif anak menjadi kunci di sini. Keberhasilan terapi pun tidak bisa berdiri sendiri; dukungan lingkungan yang kondusif, intervensi berbasis data, serta keterlibatan aktif keluarga secara bersama-sama terbukti efektif meningkatkan kemampuan komunikasi dan

⁴ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, edisi ke-5 (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013). Hal.50-59

interaksi sosial anak.⁵ Artinya, hasil akhir terapi bukan hanya soal metode yang dipakai, melainkan juga seberapa berkualitas lingkungan pendukungnya.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan lingkungan terapi bagi anak autisme bukan sekadar pelengkap, melainkan bagian integral dari proses penyembuhan. Ruang yang terstruktur, ramah terhadap kebutuhan sensorik, serta adanya sinergi antara terapis dan keluarga akan menciptakan efektivitas terapi yang jauh lebih optimal bagi perkembangan anak.

C. Konsep keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas individu-individu yang memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan hidup bersama dalam satu rumah tangga. Keluarga tidak hanya berfungsi sebagai tempat tinggal bersama, tetapi juga menjadi lingkungan pertama yang berperan dalam proses pertumbuhan, perkembangan, serta pembentukan karakter setiap anggotanya. Dalam keluarga terjadi interaksi yang saling memengaruhi antara satu anggota dengan anggota lainnya, sehingga kondisi yang dialami oleh salah satu anggota keluarga dapat berdampak pada keseluruhan sistem keluarga. Selain itu, keluarga memiliki fungsi penting dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan kesehatan anggotanya. Oleh karena itu, keluarga menjadi sumber dukungan utama yang berperan dalam membantu individu menghadapi berbagai masalah serta meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan anggota keluarga.⁶

⁵ Samuel L. Odom et al., “Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders” *Preventing School Failure* 54, no. 4 (2010) : 275-282

⁶ Umi Hani dan Fery Agusman Motuho Mendrofa, *Buku Ajar Keperawatan Keluarga* (Semarang: Mitra Sehat, 2023), hlm. 1–3

Dalam konteks anak autisme, keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung proses terapi dan perkembangan anak. Keterlibatan keluarga melalui pemberian perhatian, kasih sayang, motivasi, pendampingan, serta kerja sama dengan terapis dapat membantu meningkatkan kemampuan dan kemandirian anak. Dukungan yang diberikan secara konsisten oleh keluarga akan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi keberhasilan terapi dan perkembangan anak secara optimal.⁷

D. Konsep Terapi Okupasi

1. Pengertian terapi okupasi

Merupakan proses pemulihan bagi individu dengan hambatan mental maupun fisik melalui pemberian berbagai stimulasi, mulai dari aspek sensorik, kognitif, motorik, hingga psikologis. Bentuk intervensinya pun beragam, seperti latihan aktivitas harian (*Activities of Daily Living*), terapi seni, hingga modifikasi perilaku. Inti dari terapi ini adalah menggunakan aktivitas sebagai "obat" untuk memperbaiki kondisi mental penderita agar rasa sakit atau hambatan yang dialami berkurang.⁸

Fokus utama adalah memfasilitasi kemampuan sensorimotor sesuai tahap tumbuh kembangnya, sehingga mereka bisa lebih mandiri dalam berinteraksi dengan lingkungan.⁹

⁷ Niswa Salamung, Melinda Restu Pertiwi, dan M. Noor Ifansyah, *Keperawatan Keluarga (Family Nursing)* (Pamekasan: Duta Media Publishing, 2021), hlm. 1–5

⁸ E Kosasih, *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. 2012. Bandung: Yrama Widya, hal. 13.

⁹ Sujarwanto, *Terapi Okupasi untuk Anak Berkebutuhan Khusus*, 2003. Jakarta: Depdikbud, hal. 27.

Selain itu, permainan atau perangkat yang sesuai dengan usia digunakan dalam sesi terapi okupasi. Hal ini memastikan bahwa terapi okupasi diberikan dan digunakan sesuai dengan hasil yang diinginkan. Anak-anak dapat mengembangkan kemampuan koordinasi tubuh mereka melalui terapi ini, baik secara mandiri maupun dengan menggunakan peralatan tertentu.¹⁰

Di dunia nyata, terapis menggunakan permainan atau alat yang sesuai dengan usia. Tujuan utamanya adalah menguasai integrasi gerakan dasar dan kemampuan motorik halus secara menyenangkan. Di dunia nyata, terapis menggunakan permainan atau alat yang sesuai dengan usia. Tujuan utamanya adalah menguasai integrasi gerakan dasar dan kemampuan motorik halus secara menyenangkan.¹¹ Secara garis besar hal ini bertujuan:

- a. Diversional, menghindari neorosis dan memelihara mental
- b. Pemulihan fungsional, Mengoptimalkan kembali fungsi sendi, otot, dan kebugaran fisik.
- c. Latihan-latihan prevokasional, mempersiapkan anak agar memiliki keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk dunia kerja di masa depan.

Penjelasan di atas membawa kita pada kesimpulan bahwa tujuan akhir terapi okupasi adalah untuk memulihkan fungsi mental, emosional, dan fisik sehingga orang dapat melaksanakan tugas-tugas sosial mereka dalam kehidupan sehari-hari.¹²

¹⁰ Ibid

¹¹ Tarmansyah, Pedoman Guru Terapi Okupasional Untuk Anak Tunadaksa, 2001. Jakarta: Depdikbud, hal 549.

¹² Astati, Terapi Okupasi, Bermain, dan Musik untuk Anak Tunagrahita, 2001. Bandung: Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, hal 29.

2. Pelaksanaan Terapi Okupasi

Penerapan tidak dilakukan sembarangan, melainkan melalui alur sistematis demi hasil pemulihan yang maksimal. Tahapannya dimulai dari identifikasi, yaitu proses awal untuk mengenali dan memastikan apakah subjek memang tergolong sebagai anak berkebutuhan khusus.

Setelah itu, dilakukan proses analisis sebagai bentuk investigasi mendalam terhadap kondisi diri subjek, yang kemudian berlanjut pada penetapan diagnosis. Langkah berikutnya adalah eksekusi terapi itu sendiri, yang ditutup dengan layanan tindak lanjut guna mengevaluasi efektivitas program yang telah dijalankan.¹³

Selanjutnya adalah diagnosis, yang berarti pemeriksaan diikuti dengan penentuan jenis terapi yang diperlukan. Kegiatan selanjutnya adalah pelaksanaan terapi okupasi itu sendiri beserta tindak lanjut dan evaluasi yang diperlukan untuk mencapai tujuan.

Kinerja pekerjaan mencakup aktivitas sehari-hari, produksi, dan rekreasi. Standar kinerja untuk terapis okupasi, Kementerian Kesehatan¹⁴:

a. Kegiatan kehidupan sehari-hari, meliputi: Hal ini mencakup rutinitas kebersihan diri seperti mandi dua kali sehari, menggosok gigi, hingga urusan buang air besar tanpa bantuan. Selain itu, aspek ini juga menyentuh cara anak berpakaian, merapikan rambut, hingga kedisiplinan dalam menjalankan diet dan kepatuhan minum obat. Di tingkat yang lebih kompleks, poin ini melibatkan bagaimana anak

¹³ Ibid. E Kosasih hal. 65.

¹⁴ Keputusan No. 571 dari Kementerian Kesehatan tahun 2008 “tentang standar okupasi untuk terapis okupasi” Hal.10-12

membangun interaksi sosial, berkomunikasi secara fungsional, serta mengekspresikan diri secara tepat dalam lingkungan sosialnya.

b. Produktivitas yang meliputi: keterlibatan dalam tugas rumah tangga sederhana (seperti menyapu atau mengepel), kemampuan belajar di sekolah, serta aktivitas vokasional yang mempersiapkan mereka untuk memiliki keahlian khusus di masa depan.

c. Terapi ini juga mengajarkan anak bagaimana memanfaatkan waktu kosong secara bermakna. Dibandingkan hanya berdiam diri atau melakukan aktivitas tanpa tujuan, anak diarahkan untuk mengeksplorasi hobi yang positif, seperti melukis atau membuat kerajinan tangan. Selain itu, aspek bermain dan rekreasi juga menjadi bagian penting untuk menyegarkan kondisi psikologis anak agar tetap seimbang. Ada dua jenis terapi okupasi: terapi okupasi pendukung dan terapi okupasi fungsional.

3. Fungsional terapi okupasi

Memberikan fungsi sensorimotor, koordinasi, dan kemampuan untuk melakukan tugas-tugas kehidupan sehari-hari yaitu, semua aktivitas manusia dari bangun tidur hingga tidur kembali adalah tujuan terapi okupasi.

4. Supportif okupasional terapi

Anak-anak yang mengalami tantangan psikologis, emosional, motivasi, aspirasi, dan kepercayaan diri diberikan latihan sebagai bagian dari pengobatan terapi okupasi.

Berdasarkan deskripsi di atas, terapi okupasi mencakup pengajaran kepada anak-anak dengan gangguan psikososial dan emosional mengenai aktivitas

sehari-hari, komunikasi, keterampilan sensorimotor (keterampilan motorik halus dan kasar), motivasi, dan kepercayaan diri.

5. Terapi okupasi menurut pandangan qur'an

Terapi okupasi dalam proses bimbingan anak autisme juga mempunyai tumpuan yang kuat dalam qur'an yang mana konsep usaha, perubahan, dan perkembangan kemampuan individu, yang sejalan dengan tujuan terapi okupasi yaitu dalam *Qs. Ar-Ra'd ayat 11*:

لَهُ مُعَقِّبَاتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِمَّنْ أَمَرَ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ لَا يُعَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُعَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ ۚ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ ۚ وَمَا لَهُمْ مِّنْ دُونِهِ مِنْ وَلٍ ۚ ۝۱۱

"Baginya (manusia) ada (malaikat-malaikat) yang menyertainya secara bergiliran dari depan dan belakangnya yang menjaganya atas perintah Allah, Sesungguhnya Allah tidak mengubah keadaan suatu kaum hingga mereka mengubah apa yang ada pada diri mereka. Apabila Allah menghendaki keburukan terhadap suatu kaum, tidak ada yang dapat menolaknya, dan sekali-kali tidak ada pelindung bagi mereka selain Dia." ¹⁵

Menurut M. Quraish Shihab dalam *Tafsir Al-Mishbah*, menjelaskan bahwa Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka berusaha mengubah kondisi yang ada pada diri mereka sendiri. Perubahan yang dimaksud mencakup usaha, ikhtiar, dan tindakan nyata yang dilakukan manusia untuk mencapai keadaan yang lebih baik. ¹⁶

Berdasarkan penafsiran tersebut, terapi okupasi dapat dipahami sebagai salah satu bentuk ikhtiar yang dilakukan untuk membantu anak autisme

¹⁵ Kementerian Agama Republik Indonesia, *Al-Qur'an dan Terjemahannya* (Jakarta: Lajnah Pentashihan Mushaf Al-Qur'an, 2019), QS. Ar-Ra'd [13]: 11.

¹⁶ M. Quraish Shihab, *Tafsir Al-Mishbah: Pesan, Kesan, dan Keserasian Al-Qur'an*, Vol.6 (Jakarta: Lentera Hati, 2002), hlm. 228.

mengembangkan kemampuan dan kemandiriannya. Melalui latihan yang terstruktur dan berkelanjutan, anak dibantu untuk meningkatkan keterampilan motorik, kognitif, sosial, dan aktivitas sehari-hari. Dengan demikian, keberhasilan terapi okupasi sejalan dengan makna *QS. Ar-Ra'd ayat 11* yang menekankan pentingnya usaha dan proses dalam mencapai perubahan dan perkembangan yang lebih baik.

E. Teori Terapi Okupasi

Terapi okupasi dapat dijelaskan melalui beberapa kerangka teoretis, terutama yang berfokus pada sensorik, motorik, kognitif dan perilaku:

1. Teori Integrasi Sensorik (A. Jean Ayres)

Dalam praktik terapi okupasi, khususnya bagi anak-anak, Teori Integrasi Sensorik merupakan pilar yang sangat mendasar. Teori yang dikembangkan oleh A. Jean Ayres ini berpijak pada asumsi bahwa efektivitas interaksi seseorang dengan dunianya ditentukan oleh kemampuan otak dalam mengelola input indra. Ayres menjelaskan bahwa perilaku, proses belajar, dan interaksi sosial sangat bergantung pada kualitas sistem saraf pusat saat memproses informasi sensorik. Di sini, otak tidak hanya menjadi penerima rangsangan yang pasif, melainkan sebuah mekanisme aktif yang memilah dan menyatukan berbagai input seperti taktil (sentuhan), vestibular (keseimbangan), dan proprioseptif (posisi sendi) menjadi satu tindakan fungsional yang bermakna.

Ayres juga menyoroti bahwa masa awal kehidupan adalah fase kritis. Melalui konsep "Piramida Belajar", ia menggambarkan bahwa fungsi tingkat

tinggi, seperti kemampuan akademik (membaca dan menulis) atau stabilitas emosi, mustahil tercapai tanpa fondasi sensorik yang kokoh di tingkat dasar.¹⁷

Intervensi utama dalam teori ini berfokus pada pembentukan "Respon Adaptif". Istilah ini merujuk pada kondisi di mana seorang anak mampu menaklukkan tantangan lingkungan dengan cara mengorganisir sensasi mereka secara efisien¹⁸. Contoh sederhananya, saat anak berusaha tetap tegak di atas permukaan yang goyang, otak mereka secara aktif menciptakan jalur saraf baru untuk mengoordinasikan input tersebut. Keberhasilan ini bukan sekadar soal fisik, melainkan juga kunci dalam membangun kepercayaan diri dan perilaku sosial yang adaptif¹⁹. Oleh Karena itu, terapi ini selalu mengedepankan motivasi internal anak dengan prinsip "*Just Right Challenge*" memberikan tantangan yang pas agar terjadi perubahan neurologis yang permanen tanpa membuat anak merasa tertekan.

2. Teori motorik dalam terapi okupasi (Richard Schmidt)

Menurut pandangan Schmidt dalam *Schema Theory*, sebuah gerakan tidak muncul begitu saja sebagai respons mekanis. Sebaliknya, gerakan merupakan produk dari pengolahan informasi di otak yang mengandalkan memori serta latihan yang bervariasi. Dalam perspektif ini, pasien tidak lagi dianggap sebagai penerima terapi yang pasif, melainkan sebagai seorang pemecah masalah yang aktif. Terapis okupasi menerapkan teori ini melalui pemberian umpan balik

¹⁷ Ayres, A. J. (2005). *Sensory Integration and the Child: 25th Anniversary Edition*. Western Psychological Services. Hal. 54-60.

¹⁸ Bundy, A. C., Lane, S. J., & Murray, E. A. (2002). *Sensory Integration: Theory and Practice*. F.A. Davis Company. Hal. 12-15.

¹⁹ Ayres, A. J. (1972). *Sensory Integration and Learning Disorders*. Western Psychological Services. Hal. 11.

(*feedback*) yang terukur serta pengaturan intensitas latihan guna memastikan keterampilan tersebut tersimpan dalam ingatan jangka panjang (*retensi*). Prinsip ini diperkuat oleh pemikiran Edward Thorndike melalui *Law of Exercise*. Ia menekankan bahwa pengulangan dalam situasi yang nyata misalnya berlatih memegang gelas asli dibandingkan sekadar meremas bola karet akan memperkuat sinapsis atau koneksi saraf di otak secara lebih efektif²⁰.

Dalam praktik klinis saat ini, konsep motorik tersebut diimplementasikan melalui pendekatan berbasis tugas (*Task-Oriented Approach*). Para praktisi meyakini bahwa kontrol gerak muncul dari interaksi dinamis antara tiga komponen: individu, lingkungan, dan tugas spesifik yang dikerjakan. Oleh karena itu, latihan motorik kini mulai meninggalkan pola terisolasi di meja terapi dan beralih langsung pada aktivitas okupasi yang relevan dengan kehidupan pasien.

Melalui prinsip Neuroplastisitas, latihan yang dilakukan secara repetitif dan menantang akan menstimulasi otak untuk mengorganisir kembali fungsi gerak yang sempat hilang²¹. Target akhirnya pun bukan sekadar pemulihan kekuatan fisik atau otot semata, melainkan bagaimana individu tersebut mampu kembali berfungsi secara mandiri dan menjalankan peran sosialnya dalam kehidupan sehari-hari.

3. Teori Kognitif (Jean Piaget)

Kerangka kognitif dalam terapi okupasi berfokus pada bagaimana proses mental seperti perhatian, memori, dan fungsi eksekutif memengaruhi kemampuan

²⁰ Thorndike, E. L. (1913). *Educational Psychology: The Psychology of Learning*. Teachers College Press. Hal. 2-4.

²¹ Mathiowetz, V., & Haugen, J. B. (1994). Motor Control Hierarchy and the Evaluation and Treatment of Occupational Performance. *American Journal of Occupational Therapy*. Hal. 671.

seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Landasan utama kerangka ini sangat dipengaruhi oleh psikologi perkembangan Jean Piaget, yang memandang manusia sebagai pengolah informasi aktif yang membangun skema mental melalui interaksi dengan lingkungan²². Dalam konteks rehabilitasi, Joan Toglia mengembangkan *Dynamic Interactional Model*, yang menyatakan bahwa kognisi bukanlah kapasitas yang statis, melainkan hasil interaksi dinamis antara individu, tugas yang dikerjakan, dan lingkungan tempat aktivitas tersebut berlangsung²³. Terapis tidak hanya berfokus pada defisit otak secara biologis, tetapi juga pada bagaimana pasien menggunakan strategi metakognitif untuk memantau kinerja mereka sendiri. Intervensi kognitif sering kali melibatkan modifikasi tugas atau penggunaan alat bantu eksternal agar individu dengan keterbatasan memori atau konsentrasi tetap dapat hidup mandiri.²⁴

4. Teori Perilaku/Behavioral (B.F Skinner)

Kerangka perilaku didasarkan pada prinsip bahwa semua perilaku, baik yang adaptif maupun maladaptif, dipelajari melalui interaksi dengan lingkungan dan dapat diubah melalui prinsip-prinsip pembelajaran. Tokoh psikologi utama dalam kerangka ini adalah B.F. Skinner dengan teori *Operant Conditioning*, yang menekankan penggunaan penguatan (*reinforcement*) untuk meningkatkan frekuensi perilaku yang diinginkan²⁵. Dalam terapi okupasi, kerangka ini sering digunakan untuk membantu pasien yang mengalami hambatan motivasi atau

²² Toglia, J. P. (2011). *The Dynamic Interactional Model of Cognitive Rehabilitation*. Guilford Press. Hal. 162

²³ *Ibid*

²⁴ Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children*. International Universities Press.hal. 6-8.

²⁵ Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Simon and Schuster. Hal. 65-72.

gangguan perilaku sosial. Terapis menggunakan teknik seperti *shaping* (memberikan imbalan pada setiap kemajuan kecil menuju target) atau *chaining* (memecah tugas kompleks menjadi langkah-langkah sederhana yang berurutan) untuk membangun keterampilan baru.

F. Konsep Anak *Autisme*

1. Pengertian Anak *Autisme*

Istilah "*autis*" pertama kali diperkenalkan pada tahun 1943 oleh Leo Kanner, seorang psikiater dari John Hopkins University yang menangani sekelompok anak-anak yang mengalami kelainan sosial yang berat, hambatan komunikasi dan masalah perilaku²⁶. Secara harfiah autisme berasal dari kata *autos* artinya diri dan *isme* artinya paham atau aliran.²⁷

Kata Yunani "*autos*", yang berarti "sendiri", adalah asal mula nama autisme. Anak-anak dengan autisme seolah-olah hidup di dunia mereka sendiri; mereka lebih suka sendirian dan menghindari atau tidak merespons interaksi sosial. Menurut etimologi (ilmu yang mempelajari asal-usul kata), seorang anak dengan kelainan perkembangan di lingkungannya sendiri dianggap autis. Seperti yang diketahui, berbagai istilah telah diciptakan untuk menggambarkan masalah perkembangan. Autisme sinonim dengan autistik, istilah yang digunakan untuk menggambarkan kelainan perkembangan dalam perilaku, keterampilan sosial, dan komunikasi anak-anak.²⁸

²⁶ Kanner, L. (1943). "Autistic Disturbances of Affective Contact." *The Nervous Child*, 2(3), 217–250.

²⁷ *Ibid*

²⁸ Asperger, H. (1944). "Die 'autistischen Psychopathen' im Kindesalter" [Autistic Psychopaths in Childhood]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117(1) 76–137

Klasifikasi Penyakit Internasional (ICD-10) Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan autisme, terutama autisme pada anak-anak, sebagai gangguan perkembangan atau kelainan yang muncul sebelum usia tiga tahun dan memiliki tiga jenis kelainan yang berbeda: perilaku berulang, interaksi sosial, dan komunikasi.²⁹

Anak-anak dengan autisme merupakan bagian dari anak-anak dengan kebutuhan khusus (ABK) yang mengalami masalah neurobiologis yang memengaruhi fungsi saraf otak terkait perhatian, komunikasi, keterampilan motorik, dan keterampilan sosial. Beberapa kelainan perkembangan saraf otak dan masalah perilaku yang muncul pada tiga tahun pertama kehidupan anak berkontribusi menyebabkan gangguan yang dialami oleh anak-anak dengan autisme.

Menurut Sutadi, autisme adalah kondisi perkembangan neurologis yang serius yang memengaruhi kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang lain dan berkomunikasi. Karena ketidakmampuan mereka untuk berkomunikasi dan memahami emosi orang lain, orang dengan autisme tidak dapat menjalin hubungan yang bermakna dengan orang lain dan mengembangkan hubungan. Kontak sosial, komunikasi verbal dan nonverbal, kreativitas, pola perilaku berulang, dan resistensi terhadap perubahan rutinitas semuanya terganggu pada orang dengan autisme.³⁰

Penyebab autisme masih menjadi misteri. Meskipun demikian, berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab utama autisme.

²⁹ World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD-10) (American Psychiatric Association, h. 75, (2000).

³⁰ *Ibid*

Beberapa penyebab yang diduga terkait dengan autisme antara lain sebagai berikut.

a. Faktor psikologis

Dahulu, muncul anggapan keliru bahwa autisme disebabkan oleh pola asuh ibu yang "dingin" atau kurang hangat, sehingga orang tua sering kali disalahkan dan mengalami stres berat. Namun, teori psikologi ini sekarang telah terbantah secara ilmiah. Kenyataannya, banyak anak tetap menyandang autisme meskipun dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang sangat penuh kasih sayang dan perhatian.

b. Faktor biologis

Penyebab autisme sangat berkaitan erat dengan aspek biologis yang didukung oleh beberapa fakta medis. Hal ini terlihat dari tingginya angka hubungan dengan disabilitas intelektual (sekitar 75%-85%), rasio penderita laki-laki yang empat kali lebih banyak dibanding perempuan, serta tingginya kasus kejang pada anak autis (mencapai 25%). Para ahli meyakini bahwa autisme adalah sindrom perilaku yang berakar pada masalah di sistem saraf pusat, yang dipicu oleh faktor keturunan (genetik), kondisi saat bayi lahir (perinatal/neonatal), serta tingkat kecerdasan intelektualnya.

2. Gejala Autis

Orang dengan autisme menunjukkan berbagai gejala yang beragam. Karena gejala-gejala ini unik, setiap anak menunjukkan kombinasi gejala yang berbeda. Ada tiga kriteria utama untuk gejala autisme, yang meliputi:

a. Penurunan dalam komunikasi sosial

- b. Hambatan dalam komunikasi verbal dan non-verbal
- c. Kegiatan dan minat yang aneh atau sangat terbatas

Menurut Handojo, anak-anak dengan autisme mungkin menunjukkan gejala-gejala berikut³¹:

1. Gangguan komunikasi dan bahasa

- a. Wajah yang tidak berekspresi
- b. Tidak membuat gerakan atau menggunakan bahasa tubuh
- c. Jarang memulai percakapan
- d. Tidak meniru suara atau gerakan
- e. Berbicara sangat sedikit, hampir tidak sama sekali, atau bahkan cukup banyak
- f. Mengulang atau meniru frasa, kata, atau melodi
- g. Irama atau intonasi suara yang aneh
- h. Tampak tidak mampu memahami ucapan
- i. Memahami dan menggunakan kata-kata secara terbatas atau harfiah

2. Tantangan dalam hubungan

- a. Tidak tersenyum di tempat umum
- b. Tidak melakukan kontak mata
- c. Kontak mata yang tidak cukup
- d. Tampak menikmati kesendirian
- e. Tidak berpartisipasi dalam permainan yang memerlukan bergantian
- f. Menggunakan tangan orang dewasa sebagai alat
- g. Tidak responsif

3. Gangguan dalam interaksi dengan lingkungan sekitar

³¹ Y. Handojo, *Autisma: Petunjuk Praktis dan Pedoman Materi untuk Mengajar Anak Normal, Autis dan Perilaku Lain* (Jakarta: Bhuana Ilmu Populer, 2004), hlm. 24

- a. Bermain secara berulang-ulang
 - b. Kemarahan atau perlawanan terhadap perubahan
 - c. Membentuk rutinitas yang ketat
 - d. Menunjukkan minat yang kuat dan tidak fleksibel
4. Gangguan dalam respon terhadap rangsangan indera atau sensoris
- a. Kadang seperti tuli
 - b. Sensitivitas terhadap suara atau panik
 - c. Bermain dengan pantulan dan cahaya
 - d. Memainkan jari di depan mata
 - e. Menolak disentuh
 - f. Ketidaksukaan yang kuat terhadap makanan atau pakaian tertentu
 - g. Hiperaktivitas berlebihan atau kurang aktif
 - h. Menggigit pergelangan tangan dan memutar, membentur, atau memutar kepala
 - i. Mengibaskan tangan atau melompat
 - j. Mengabaikan atau bereaksi aneh terhadap rasa sakit
5. Kesenjangan perkembangan perilaku
- a. Kemampuan dapat sangat terlambat atau sangat maju.
 - b. Menguasai kemampuan di luar urutan normal, seperti membaca tanpa memahami maknanya
 - c. Mampu menggambar detail tetapi tidak mampu mengancingkan kemeja
 - d. Ahli dalam teka-teki tetapi sulit mengikuti petunjuk
 - e. Berjalan normal tetapi tidak mampu berbicara
 - f. Mahir meniru ucapan tetapi sulit memulai ucapan mandiri
 - g. Mampu melakukan tugas pada satu waktu tetapi tidak pada waktu lain
3. Terapi Autis

Terapi autis adalah penatalaksanaan anak dengan gangguan autisme secara terstruktur, berkesinambungan dalam mengurangi masalah perilaku dan

meningkatkan kemampuan belajar anak paling tidak mendekati perkembangan anak seusianya.

Menurut Cadless, yang dikutip oleh Warkisi, tujuan pengobatan autisme meliputi:

- a. Mengoreksi perilaku yang menyimpang dan tidak normal
- b. Pengembangan dan pelatihan keterampilan sosial
- c. Menggunakan bahasa verbal dan nonverbal yang tepat untuk melatih dan membangun keterampilan komunikasi.

Jenis-jenis terapi untuk anak autis meliputi: terapi medikamentosa, terapi perilaku, terapi wicara, terapi okupasi, diet makanan untuk anak autis, sosialisasi ke sekolah reguler dan prognosis autis.

G. Konsep Dukungan Lingkungan Terapi

Dalam studi terapi okupasi, lingkungan bukan sekadar tempat aktivitas berlangsung, melainkan komponen dinamis yang berinteraksi dengan kondisi neurologis anak. Anak dengan hambatan spektrum autisme sering kali mengalami kesulitan dalam regulasi diri akibat ambang batas sensorik yang tidak stabil³². Secara teoretis, dukungan lingkungan bertujuan untuk menjembatani ketidakmampuannya dalam memproses informasi sensorik yang kompleks menjadi input yang terorganisir. Lingkungan yang tidak terstruktur akan menjadi stimulus negatif yang memicu kecemasan, sedangkan lingkungan yang teradaptasi

³²Andi Wijaya, *Ekologi Terapi: Mengelola Lingkungan untuk Anak Berkebutuhan Khusus*, (Jakarta: Penerbit Kencana, 2025), hlm. 67.

dengan baik akan menjadi stimulus positif yang mendukung proses penyembuhan fisik dan mental.³³

Dalam perspektif ekosistem terapi, terapis dianggap sebagai komponen "lingkungan hidup" yang paling berpengaruh. Terapis harus mampu menciptakan atmosfer yang aman secara emosional (*psychological safety*) agar anak berani mengeksplorasi kemampuan motorik dan sensoriknya. Dukungan ini melibatkan penyesuaian nada suara, ekspresi wajah, dan kedekatan fisik yang disesuaikan dengan ambang batas toleransi anak. Jika terapis gagal menjadi lingkungan yang stabil, anak akan mengalami resistensi terhadap *treatment* yang diberikan. Seorang terapis memberikan dukungan melalui penyusunan *treatment* yang bersifat individualistik dan adaptif. Beberapa strategi mendalam meliputi:

1. Penyelarasan Afek (*Affective Attunement*): Terapis menyesuaikan energi dan intensitas interaksinya dengan kondisi emosional anak saat itu. Jika anak sedang dalam kondisi *hypo-arousal* (lesu), terapis berperan sebagai lingkungan yang merangsang. Sebaliknya, jika anak dalam kondisi *hyper-arousal* (cemas), terapis harus menjadi lingkungan yang menenangkan.
2. Modifikasi Instruksi Lingkungan: Terapis menyederhanakan lingkungan linguistik melalui teknik "*One-Step Command*" (instruksi satu langkah) untuk memastikan keaktifan mental anak tetap terarah pada tugas fungsional tanpa terbebani oleh instruksi yang rumit.
3. Pengaturan Lingkungan Proksimal: Terapis secara fisik mengatur jarak dan posisi tubuh (*proksemik*) untuk memberikan rasa nyaman. Pengaturan ini

³³*Ibid.*

merupakan bentuk stimulus taktil dan visual yang membantu anak memfokuskan atensi pada materi terapi yang sedang dijalankan.³⁴

Dukungan lingkungan terapis meluas hingga ke luar batas ruang praktik. Terapis memikul tanggung jawab untuk melakukan rekayasa ekosistem di sekitar anak melalui:

- a. Advokasi Lingkungan Inklusif: Terapis memberikan rekomendasi teknis kepada pihak sekolah mengenai penataan bangku dan pencahayaan yang ramah sensorik bagi anak autis.
- b. Pemberdayaan Ko-Terapis (Orang Tua): Terapis memberikan edukasi mendalam agar orang tua mampu mengubah lingkungan rumah menjadi lingkungan stimulasi yang konsisten. Hal ini melibatkan pelatihan teknik *co-regulation* di mana orang tua belajar menjadi lingkungan yang menenangkan bagi anak saat terjadi tantrum.
- c. Implementasi Teknologi Asistif: Sebagai bagian dari dukungan lingkungan, terapis mengintegrasikan alat bantu seperti *Visual Schedule* atau *Augmentative and Alternative Communication* (AAC) ke dalam aktivitas harian anak untuk mengurangi beban komunikasi verbal yang sering kali menyakitkan bagi anak autis.

Ketika terapis berhasil memposisikan dirinya sebagai dukungan lingkungan yang efektif, terjadilah sinkronisasi antara stimulus yang diberikan dan kesiapan neurologis anak. Keaktifan mental yang tercipta dari hubungan terapeutik yang kuat mampu menstimulasi plastisitas otak. Hal ini secara bertahap

³⁴ Kennedy, S. J. (2014). *Proximity and Personal Space in Children with Autism Spectrum Disorder*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(1), 1-10.

mengurangi persepsi rasa sakit atau ketidaknyamanan yang dirasakan penderita akibat gangguan sensorik. Lingkungan yang "terapis sentris" namun tetap "anak fokus" ini adalah kunci utama dalam mengubah hambatan fisik dan mental menjadi kemandirian fungsional yang berkelanjutan.

H. Konsep Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan faktor determinan paling signifikan dalam menentukan keberhasilan adaptasi sosial dan kemandirian anak autisme. Konsep dukungan ini dimulai dari Penerimaan Emosional dan Resiliensi Psikologis. Keluarga, terutama orang tua, harus mampu melewati proses adaptasi psikologis dari fase penyangkalan (*denial*) menuju fase penerimaan (*acceptance*).

Dukungan keluarga bagi anak dengan autisme harus dipahami sebagai sebuah ekosistem yang mensinergikan tiga dimensi utama: fisik sensorik, prosedural visual, dan sosial emosional. Sebagai mikrosistem utama, keluarga bertanggung jawab menciptakan rumah yang berfungsi sebagai "ruang terapis berkelanjutan" guna memastikan keterampilan yang dipelajari di lingkungan terapi dapat digeneralisasikan ke dalam kemandirian hidup sehari-hari.

Secara praktis, dukungan keluarga diwujudkan melalui Dukungan Instrumental dan Modifikasi Lingkungan Terstruktur. Karena anak dengan autisme memiliki gaya kognitif yang cenderung visual dan harfiah, keluarga berperan menyediakan struktur fisik dan jadwal yang terprediksi di rumah. Penggunaan alat bantu visual, seperti jadwal harian bergambar atau penanda batas ruang, merupakan bentuk dukungan nyata yang membantu anak memahami ekspektasi lingkungan. Selain itu, modifikasi lingkungan sensorik seperti

mengatur pencahayaan yang tidak menyilaukan atau mengurangi kebisingan menjadi tanggung jawab instrumental keluarga untuk mencegah terjadinya *sensory overload* yang sering memicu perilaku tantrum³⁵.

Dukungan ini melibatkan pencarian informasi yang akurat mengenai hak-hak pendidikan anak serta partisipasi aktif dalam program pelatihan orang tua. Dengan pengetahuan yang memadai, keluarga dapat melakukan generalisasi keterampilan, yaitu memastikan bahwa apa yang dipelajari anak di pusat terapi dapat diterapkan secara konsisten dalam rutinitas rumah tangga. Tanpa adanya sinkronisasi antara apa yang diajarkan terapis dan apa yang diterapkan keluarga, perkembangan anak akan cenderung stagnan³⁶.

Konsep ini mencakup dukungan penilaian dan sistem kesejahteraan keluarga terintegrasi. Dukungan ini berfokus pada bagaimana anggota keluarga saling memberikan umpan balik positif dan berbagi beban pengasuhan. Hal ini mencakup perhatian terhadap saudara kandung (*siblings*) agar mereka tidak merasa kehilangan peran di dalam keluarga, serta penyediaan waktu istirahat (*respite care*) bagi orang tua untuk mencegah kelelahan fisik dan mental (*burnout*). Keluarga yang sehat secara sistemik akan memiliki energi yang lebih besar untuk melakukan advokasi s

osial bagi anak mereka, memastikan bahwa lingkungan masyarakat lebih inklusif dan ramah terhadap keberagaman neurologis anak mereka³⁷.

³⁵ Ginanjar, A. S. (2008). *Menjadi Orang Tua Khusus: Panduan Praktis bagi Orang Tua Anak Autis*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer. Hal. 67-70.

³⁶ Handojo, Y. (2009). *Autisma: Petunjuk Praktis dan Pedoman Materi untuk Mengajar Anak di Rumah, Sekolah, dan Lingkungan*. Jakarta: Buana Ilmu Populer. Hal. 22-25.

³⁷ Mangunsong, F. (2011). *Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus: Jilid Kedua*. Jakarta: LPSP3 UI. Hal. 110-112.