



**KEMAMPUAN PRODUKSI FONOLOGIS PENYANDANG *DOWN SYNDROME*: STUDI
KASUS PADA BAGUS CHANDRA SISWA SDLB AN-MOERTY BANYUWANGI**

SKRIPSI

oleh

**Herlia Oktaviani
NIM 140110201040**

**PROGRAM STUDI SAstra INDONESIA
FAKULTAS ILMU BUDAYA
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**KEMAMPUAN PRODUKSI FONOLOGIS PENYANDANG *DOWN SYNDROME*: STUDI
KASUS PADA BAGUS CHANDRA SISWA SDLB AN-MOERTY BANYUWANGI**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi di Jurusan Sastra Indonesia (S-1) dan mencapai gelar Sarjana Sastra

oleh

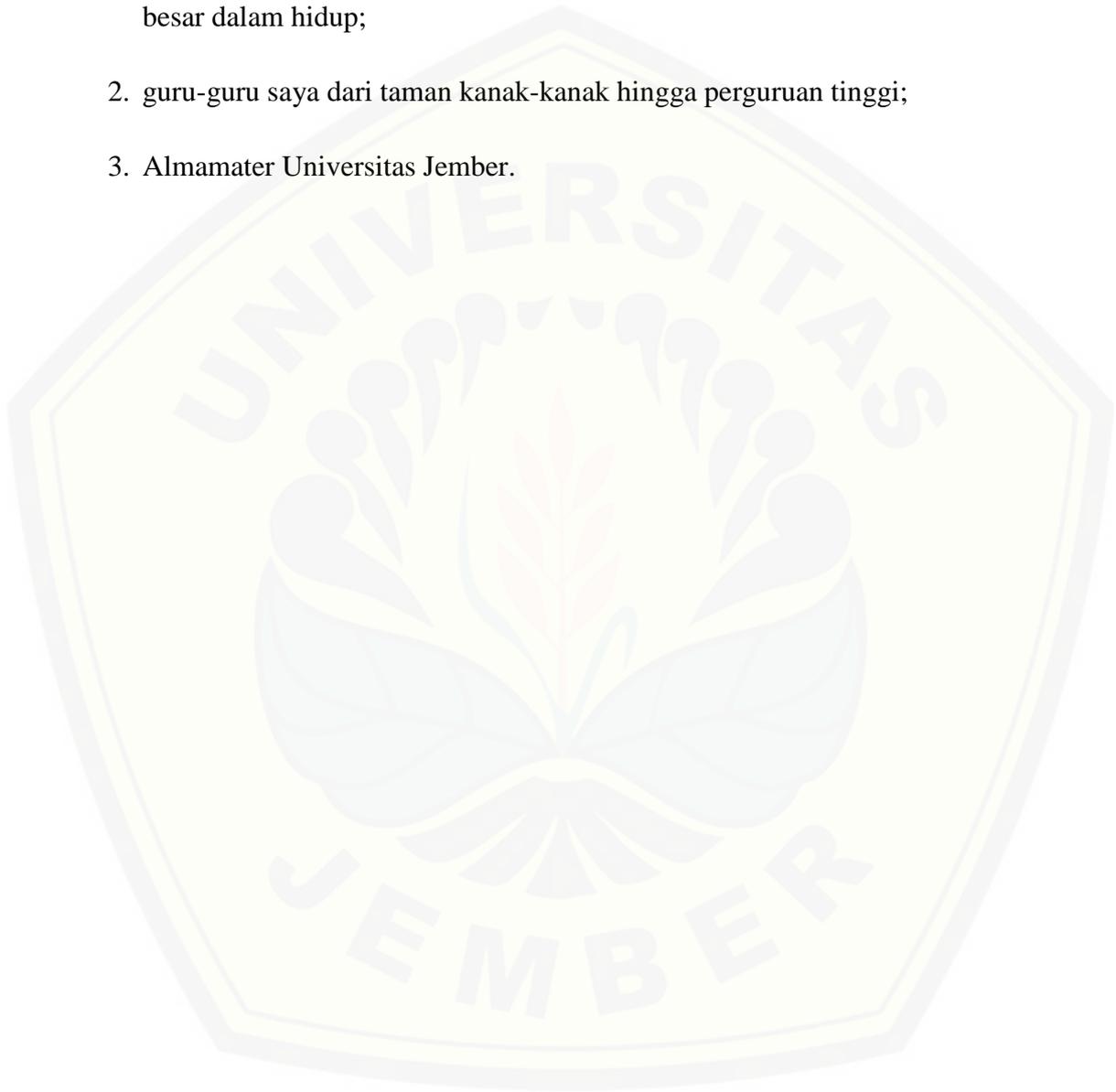
**Herlia Oktaviani
NIM 140110201040**

**PROGRAM STUDI SAstra INDONESIA
FAKULTAS ILMU BUDAYA
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Ibu Istila'ah dan Bapak Heriyanto, yang selalu menjadi sumber motivasi paling besar dalam hidup;
2. guru-guru saya dari taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi;
3. Almamater Universitas Jember.



MOTO

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

(Q.S. Al-Insyirah: 5)¹

“Untuk berhasil temukan sesuatu untuk bertahan yang memotivasi dan menginspirasi”

(Tony Dorset)²

¹Penerjemah/penafsiran Al-Qur'an Lajnah Pentashihan Mushaf Al-Qur'an Kementerian Agama Republik Indonesia. 2014. *Al-Qur'an Terjemahan dan Tajwid*. Bandung: PT Sygma Examedia Arkanleema.

² Maxwell C, John. 2016. *Jump Start Your Priorities*. Surabaya: PT Menuju Insan Cemerlang.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Herlia Oktaviani

NIM : 140110201040

Program Studi : Sastra Indonesia

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: “Kemampuan Produksi Fonologis Penyandang *Down Syndrome*: Studi Kasus pada Bagus Chandra Siswa SDLB An-Moerty Banyuwangi” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas segala keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun, serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 05 Desember 2018

Yang menyatakan,

Herlia Oktaviani
NIM 140110201040

SKRIPSI

**KEMAMPUAN PRODUKSI FONOLOGIS PENYANDANG *DOWN SYNDROME*: STUDI
KASUS PADA BAGUS CHANDRA SISWA SDLB AN-MOERTY BANYUWANGI**

oleh

Herlia Oktaviani
NIM 140110201040

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Dr. Asrumi M.Hum.

Dosen Pembimbing Anggota : Dr. Agustina Dewi Setyari, S.S., M.Hum.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Kemampuan Produksi Fonologis Penyandang *Down Syndrome*: Studi Kasus pada Bagus Chandra Siswa SDLB An-Moerty Banyuwangi” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Jember pada:

hari, tanggal : 05 Desember 2018

tempat : Fakultas Ilmu Budaya Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Sekretaris,

Dr. Asrumi, M.Hum.
NIP 196106291989022001

Dr. Agustina Dewi S, S.S, M.Hum.
NIP 197708182003122002

Penguji I,

Penguji II,

Prof. Dr. Bambang Wibisono, M.Pd.
NIP 196004091985031003

Dr. Ali Badrudin, S.S., M.A.
NIP 197703092005011001

Mengesahkan

Dekan,

Prof. Dr. Akhmad Sofyan, M.Hum.
NIP 196805161992011001

RINGKASAN

Kemampuan Produksi Fonologis Penyandang *Down Syndrome* : Studi Kasus pada Bagus Chandra, Siswa SDLB An-Moerty Banyuwangi, Herlia Oktaviani; 2014; 87 halaman; Jurusan Sastra Indonesia, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Jember.

Sebagai makhluk sosial, manusia tidak pernah terlepas dari kegiatan berkomunikasi dalam kehidupan sehari-harinya. Berkomunikasi adalah proses untuk menyampaikan gagasan pemikiran kepada lawan bicara. Adapun untuk menghasilkan komunikasi yang lancar, manusia perlu memiliki kemampuan yang baik dalam menghasilkan bunyi-bunyi bahasa secara tepat. Ketepatan dalam menghasilkan bunyi-bunyi bahasa juga ditunjang oleh beberapa hal, antara lain adalah memiliki organ wicara yang berfungsi dengan baik dan normal.

Organ wicara yang berfungsi dengan baik dan normal akan menghasilkan bunyi-bunyi bahasa secara tepat. Jika seseorang memiliki masalah dengan organ wicaranya maka bahasa yang dihasilkan saat berkomunikasi akan mengalami suatu penyimpangan bunyi-bunyi bahasa. Bunyi-bunyi bahasa terdiri atas bunyi vokal dan bunyi konsonan. Kemampuan seseorang dalam menghasilkan bunyi-bunyi bahasa disebut kemampuan produksi fonologis. Kemampuan produksi fonologis merupakan kemampuan menghasilkan bunyi-bunyi bahasa untuk membentuk kata-kata yang dihasilkan oleh alat ucap manusia termasuk pada penderita *down syndrome*. *Down Syndrome* merupakan kelainan genetika yang menyebabkan seseorang memiliki suatu hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan baik secara fisik dan psikis. Kelainan ini menyebabkan seseorang mengalami hambatan dalam berbahasa. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan kemampuan produksi fonologis penyandang *down syndrome* yaitu Bagus Chandra. Penelitian ini menarik untuk dilakukan sebab kelancaran dalam berkomunikasi adalah hal yang sangat penting untuk menunjang kualitas hidup manusia, terutama bagi penderita disabilitas. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dan menggunakan pendekatan fonologi, yaitu fonetik organis

untuk mendeskripsikan dan menggali kemampuan fonologis dan faktor penyebab terjadinya ketidakmampuan pengucapan bunyi bahasa Bagus Chandra.

Dalam penelitian ini, pengumpulan data menggunakan metode simak dan metode cakap. Data berupa bunyi-bunyi bahasa dan informasi terkait kelainan genetika subjek penelitian. Analisis data menggunakan metode deskriptif analitis dan metode agih. Adapun pemaparan hasil analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode penyajian informal.

Hasil penelitian yang pertama yaitu subjek mengucapkan seluruh bunyi vokal yang mencakup bunyi vokal [a], [i], [u], [e], [o]. Bagus Chandra dapat mengucapkan seluruh bunyi vokal secara sempurna, misalnya ketika mengucapkan bunyi vokal [a] pada contoh kata [aku], bunyi vokal [a] pada kata [aku] tetap menjadi bunyi vokal [a] dan tidak berubah menjadi bunyi vokal yang lain. Selanjutnya, adalah kemampuan bunyi konsonan yang diucapkan secara sempurna yang mencakup bunyi konsonan [b], [c], [d], [g], [h], [j], [k], [l], [m], [n], [p], [q], [s], [t], dan [y]. Bunyi konsonan yang dapat diucapkan secara sempurna, misalnya bunyi konsonan [b] dengan contoh kata [batu], bunyi konsonan [b] pada kata [batu] dapat diucapkan secara sempurna dan tidak berubah menjadi bunyi konsonan yang lain. Adapun bunyi konsonan yang tidak mampu diucapkan yang mencakup bunyi konsonan [r], [f], [v], [w], [x], dan [z]. Bunyi konsonan yang tidak mampu diucapkan misalnya bunyi konsonan [r] dengan contoh kata [rusa], bunyi konsonan [r] pada kata [rusa] diucapkan menjadi bunyi konsonan [l] oleh Bagus Chandra. Adapun hasil yang kedua adalah faktor penyebab ketidakmampuan pengucapan Bagus Chandra yang disebabkan oleh gangguan tumbuh kembang lidah yang tidak normal, yaitu keadaan lidah yang lebih panjang dan lebar, serta seringkali dijulurkan. Hal tersebut menyebabkan beberapa bunyi konsonan [r], [f], [v], [w], [x], dan [z] tidak mampu diucapkan secara sempurna karena lidah Bagus Chandra tidak mampu bergerak dengan leluasa ketika terjadi proses pembentukan bunyi konsonan tersebut.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah Swt atas segala anugerahnya, sehingga skripsi yang berjudul “Kemampuan Produksi Fonologis Penyandang *Down Syndrome* : Studi Kasus pada Bagus Chandra Siswa SDLB An-Moerty Banyuwangi” dapat diselesaikan peneliti dengan baik dan lancar. Skripsi ini disusun guna memenuhi syarat untuk menyelesaikan Strata Satu (S-1) Sastra Indonesia di Fakultas Ilmu Budaya Universitas Jember. Selain itu, penyusunan skripsi ini juga tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Akhmad Sofyan, M.Hum, selaku Dekan Fakultas Ilmu Budaya;
2. Dr. Asrumi, M.Hum selaku Dosen Pembimbing Utama dan Dr. Agustina Dewi Setyari, S.S, M.Hum selaku Dosen Pembimbing Anggota, yang telah meluangkan waktu, tenaga, serta pikiran dalam membimbing penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan lancar;
3. Prof. Dr. Bambang Wibisono, M.Pd selaku Dosen Penguji Utama dan Dr. Ali Badrudin, S.S, M.A selaku Dosen Penguji Anggota, yang telah memberikan masukan kepada penulis untuk penyusunan skripsi ini, sehingga dapat diselesaikan dengan baik dan lancar;
4. Betty Febriawaty M.Psi, CH, CHt selaku Psikolog, dan Berti Susi Handayani S.Psi selaku Kepala Sekolah di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi, yang telah bersedia memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penelitian di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi.

Jember, 05 Desember 2018

Yang menyatakan

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR TANDA	xiii
DAFTAR LAMBANG	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA DAN LANDASAN TEORI	8
2.1 Tinjauan Pustaka	8
2.2 Landasan Teori	13
2.2.1 Gangguan Berbahasa	13
2.2.2 Aspek Neurologi Bahasa.....	19
2.2.3 Down Syndrome	19

2.2.4 Fonologi	24
2.2.5 Fonetik	25
2.2.6 Proses Pembentukan Bunyi	26
2.2.7 Alat-alat Ucap Bagian Atas Rongga Mulut.....	28
2.2.8 Alat-alat Ucap Bagian Bawah Rongga Mulut.....	29
2.2.9 Skema Artikulasi dalam Mulut	29
2.2.10 Ketidاكلancaran Berujar Terkait Dengan Fonetik	30
2.2.11 Fonemik	30
2.2.12 Pembentukan dan Klasifikasi Bunyi Bahasa	31
BAB 3. METODE DAN TEKNIK PENELITIAN.....	36
3.1 Jenis Penelitian	36
3.2 Lokasi Penelitian	36
3.3 Data dan Sumber Data	36
3.4 Metode dan Teknik Pengumpulan Data	37
3.5 Metode dan Teknik Analisis Data	39
3.6 Pemaparan Hasil dan Analisis Data	40
BAB 4. HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN	41
4.1 Produksi Bunyi Bahasa Bagus Chandra	41
4.1.1 Produksi Bunyi Vokal	41
4.1.2 Produksi Bunyi Konsonan	48
4.2 Faktor Penyebab Ketidakmampuan Pengucapan ...	74
BAB 5. PENUTUP	79
5.1 Kesimpulan.....	79
5.2 Saran	80
DAFTAR PUSTAKA.....	81
LAMPIRAN	84

DAFTAR TANDA

Daftar Tanda

[] : pengapit bunyi fonetis

“ ” : pengapit tuturan langsung



DAFTAR LAMBANG

Daftar Lambang

[e] : fon e, contohnya pada kata [teras]

[] : fon o, contohnya pada kata [s t]

[I] : fon I, contohnya pada kata [pasIr]

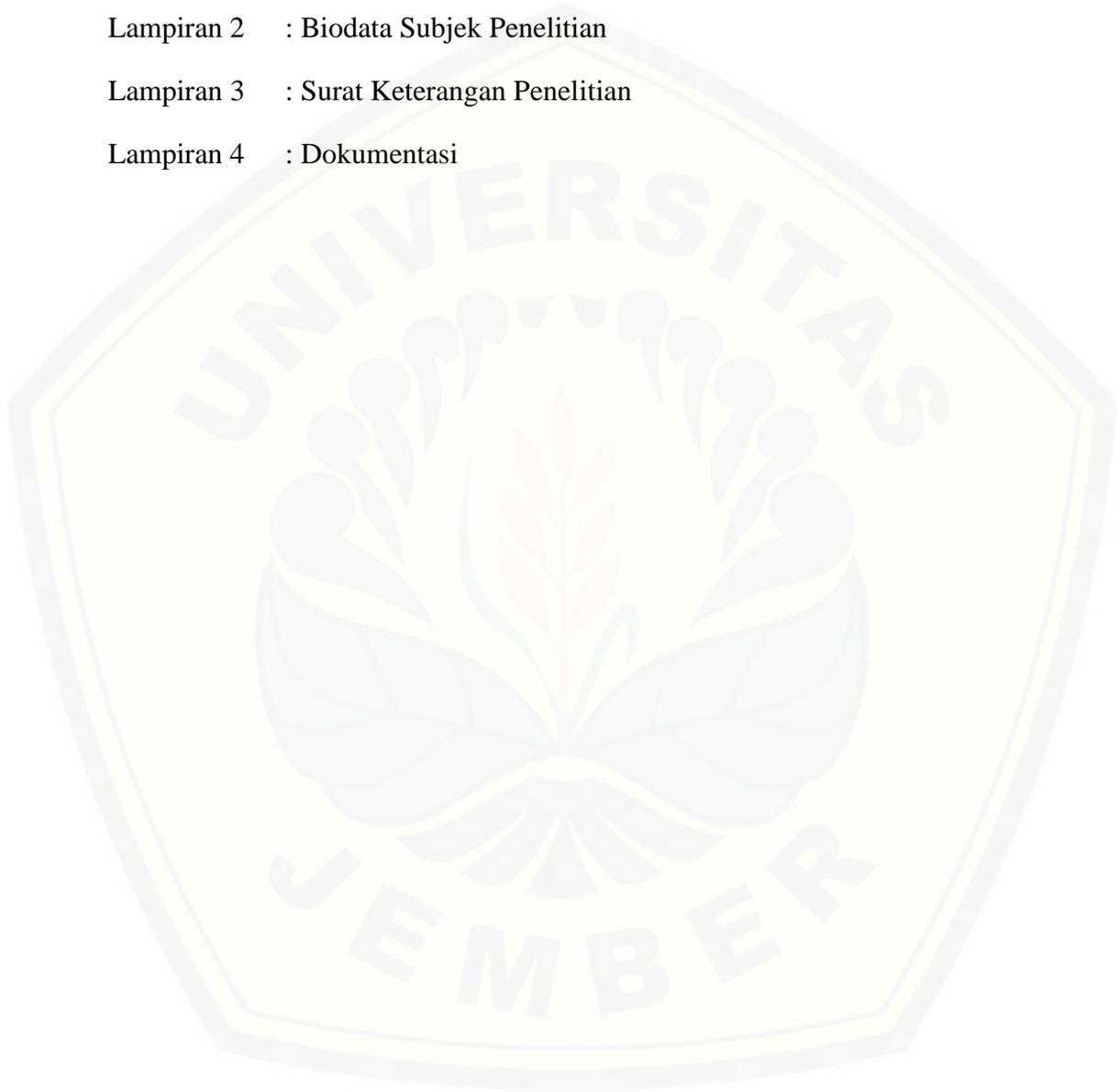
[ñ] : fon ng, contohnya pada kata [musañ]

[U] : fon u, contohnya pada kata [kasUr]

[?] : fon k, contohnya pada kata [kata?]

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Data
- Lampiran 2 : Biodata Subjek Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Keterangan Penelitian
- Lampiran 4 : Dokumentasi



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat dilepaskan dari kegiatan berbahasa sebagai sarana mengekspresikan ide serta pemikirannya. Menurut Chaer (2015:148), berbahasa adalah proses yang dimulai dengan encode semantik, encode gramatika, dan encode fonologi. Encode semantik dan gramatika berlangsung dalam otak, sedangkan encode fonologi dimulai dari otak lalu dilanjutkan pelaksanaannya oleh alat-alat bicara yang melibatkan sistem syaraf otak *neuromiskuler* bicara, dari otot tenggorokan, otot lidah, otot bibir, mulut, langit-langit, rongga hidung, pita suara, dan paru-paru.

Keberhasilan seseorang dalam berbahasa, sangat ditunjang dengan kemampuan dalam mengucapkan bunyi-bunyi bahasa yang terdiri atas bunyi vokal dan konsonan dengan tepat. Ketepatan dalam proses menghasilkan bunyi-bunyi bahasa tersebut juga didukung oleh beberapa hal, salah satunya adalah memiliki alat ucap yang normal. Namun dalam praktiknya, beberapa orang dalam keadaan tertentu kesulitan untuk mengucapkan bunyi-bunyi bahasa. Hal tersebut, salah satunya disebabkan oleh alat ucap yang tidak dapat berfungsi dengan baik, dan menyebabkan ia kesulitan dalam menghasilkan bunyi-bunyi bahasa secara sempurna. Menurut Chaer (20015:148), manusia yang normal fungsi otak dan alat bicaranya dapat berbahasa dengan baik. Mereka yang memiliki kelainan fungsi otak dan alat bicara, mempunyai kesulitan dalam berbahasa baik produktif maupun reseptif sehingga hal tersebut mengganggu kemampuan bahasanya. Chaer (2015:148) menyatakan bahwa gangguan berbahasa secara garis besar dapat dibagi dua, yakni gangguan akibat faktor medis dan akibat dari faktor lingkungan sosial. Yang dimaksud faktor medis adalah gangguan akibat kelainan fungsi otak dan akibat kelainan alat-alat bicara. Adapun yang dimaksud dengan faktor lingkungan sosial adalah lingkungan kehidupan manusia yang tidak alami, seperti tersisah atau terisolasi dari lingkungan kehidupan masyarakat.

Gangguan berbahasa, salah satunya dapat terjadi pada seseorang yang memiliki kelainan genetika, yaitu pada penderita *down syndrome*. Kelainan ini

menyebabkan penderitanya kesulitan dalam menghasilkan bunyi-bunyi bahasa saat berkomunikasi. Kesulitan tersebut terlihat saat penderita *down syndrome* berkomunikasi dengan lawan bicaranya. Seringkali bahasa yang diucapkan oleh penderita *down syndrome* terdengar samar dan patah-patah. Menurut Sudiono (2014:84) *down syndrome* adalah kelainan kromosom yang umum terjadi dan mudah dikenali. Nama *down syndrome* berasal dari nama dokter Inggris, yaitu Langdon Haydon Down. Kelainan *down syndrome*, ditandai dengan adanya lipatan di kelopak mata penderita yaitu lipatan epikantur, yang memberi kesan ras Mongoloid, menyebabkan sindrom ini dinamakan *mongoloisme*. Kelainan ini merupakan hasil dari kelainan kromosom yang tidak selalu diturunkan pada keturunan berikutnya. Kelainan kromosom yang sering ditemukan adalah kelebihan kromosom 21 yang dinamakan trisomi 21 sehingga satu dalam 600 sampai dengan 700 kelahiran, lebih dari separuh bayi mengalami keguguran. Sudiono (2014:87) juga menyatakan bahwa, kelainan pada sistem syaraf mempengaruhi kemampuan bicara dan tingkah laku penderita *down syndrome*.

Rondal (dalam Baihaqi, 2011:154) menyebutkan bahwa, beberapa kelemahan dalam perkembangan bahasa anak *down syndrome* meliputi: (1) penggunaan kalimat yang lebih pendek dan sederhana disertai gangguan artikulasi, (2) penggunaan arti kata yang lebih konkret, dan (3) penggunaan yang lebih sedikit dari berbagai fungsi semantik seperti keterangan tempat dan waktu. Kumin (dalam Cohen, Nadel, dan Madnick, 2002:396) menyatakan bila bahasa, komunikasi, dan bicara, bicara merupakan hal paling sulit bagi anak-anak *down syndrome*. Roberts, Price, Malkins (2007:26) berpendapat bahwa *down syndrome* adalah penyebab paling umum dari keterbelakangan mental. Pendapat lain mengenai keterbelakangan mental penyandang *down syndrome* juga dipaparkan oleh Indah (2012:127) *down syndrome* atau keterbelakangan mental menunjukkan adanya hubungan kelainan kognitif dengan kegagalan memperoleh kompetensi linguistik sepenuhnya. Penderita mengalami keterbatasan dalam hal perhatian, ingatan jangka pendek, dan juga pembedaan persepsi, serta mereka juga kesulitan memaknai makna simbolik. Rondal (dalam Baihaqi 2011:154) menyatakan dari kemampuan intelegensi, interaksi, dan berbahasa, kemampuan berbahasa

menduduki posisi terendah. Kelemahan perkembangan bahasa ini dinyatakan dalam bentuk kekurangmampuan perbendaharaan kata-kata, kelemahan artikulasi, kebiasaan berbicara dengan mempergunakan kata-kata yang terpisah. Selain itu, Dodd (dalam Pruthi 2007:5) menerangkan dari segi perkembangan fonologis anak *down syndrome* cenderung memperlihatkan adanya gangguan artikulasi.

Berkaitan dengan gangguan artikulasi yang sering diderita oleh anak penyandang *down syndrome*, Smith (dalam Pujaningsih, 1998:51) menyatakan bahwa beberapa penyebab yang memungkinkan gangguan artikulasi antara lain adalah *cleft palate*, kelainan pita suara, lidah tebal atau pendek, dll. Pernyataan Smith tersebut, didukung oleh pernyataan Rondal (dalam Indah, 2012:128) bahwa kebanyakan penyandang *down syndrome* mengalami masalah serius dalam organ wicara dan artikulasi yang disebabkan oleh (1) rongga mulut yang terlalu sempit sehingga menyulitkan lidah menghasilkan suara resonansi, lidah menjulur, bibir sumbing atau langit-langit pendek, struktur gigi yang tidak normal atau cacat yang menyebabkan oklusi gigi, pangkal tenggorok berada di leher atas, otot wicara lemah yang terkait dengan lidah, bibir, langit-langit dan otot pernafasan, (2) gangguan pendengaran, (3) lemah dalam koordinasi motorik, dan (4) masalah bersuara. Gangguan berbahasa yang dialami oleh penderita *down syndrome* baik anak-anak maupun dewasa hanya bersifat terlambat (bukan bersifat kurang atau tidak mampu). Artinya, dengan perkembangan yang berlangsung lamban, proses pemerolehan bahasa yang dilaluinya mirip dengan urutan normal, meskipun pada sebagian penyandang *down syndrome* tidak dapat mencapai kompetensi penuh sebagaimana pembicara dewasa normal. Hal ini bergantung pada tingkat parahnya kelainan yang diderita (Indah, 2012:129).

Dalam ilmu Linguistik kondisi seseorang yang mengalami gangguan kebahasaan saat berbicara disebut juga dengan *language disabilities/disorder*, yakni merupakan ketidaklancaran berujar yang merujuk pada kegagalan dan kekurangmampuan seseorang untuk berkomunikasi dengan menggunakan bahasa lisan yang lancar dan berkesan Lahey (dalam Muslich, 2014:20-21). Selain itu, Chaer (2003:149-165) menyatakan bahwa berbicara merupakan aktivitas motorik yang mengandung modalitas psikis. Oleh karena itu, ia juga merinci gangguan

bicara berdasarkan mekanisme berbicara seseorang sebagai suatu proses produksi ucapan atau perkataan oleh kegiatan terpadu dari pita suara, lidah, otot-otot yang membentuk rongga mulut serta kerongkongan, dan paru-paru. Gangguan berbicara berdasarkan mekanismenya dapat dirinci menjadi gangguan berbicara akibat kelainan pada paru-paru (*pulmonal*), pada pita suara (*laringal*), pada lidah (*lingual*), dan pada rongga mulut serta kerongkongan (*resonantal*). Sejalan dengan pendapat Chaer, Abdurrahman dan Sudjadi (dalam Sardjono, 2005:14) menyatakan bahwa kelainan atau gangguan bicara/wicara/tuna wicara adalah suatu kerusakan atau gangguan dari suara, artikulasi dari bunyi wicara, dan atau kelancaran wicara. Gangguan-gangguan atau kerusakan tersebut dapat diamati dalam pengiriman dan penggunaan sistem simbol oral.

Adapun subjek dalam penelitian ini, bernama Bagus Chandra Wibowo yang saat ini berusia sebelas tahun. Chandra bersekolah di sekolah anak berkebutuhan khusus yang bernama Sekolah Dasar Luar Biasa “An-Moerty” di Banyuwangi Jawa Timur. Chandra didiagnosis menderita kelainan genetik yakni *down syndrome* sejak ia dilahirkan. Hal tersebut, menyebabkan kemampuan sistem motorik dan juga sistem kerja kognitifnya mengalami begitu banyak hambatan serta keterlambatan, yang berdampak pada tumbuh kembangnya saat ini, khususnya pada kemampuan berbahasa. Dalam kesehariannya, Chandra menggunakan Bahasa Indonesia untuk berkomunikasi dengan lawan bicara, baik di sekolah atau pun di rumahnya, namun kegiatan berbahasanya tidak lancar seperti bahasa anak normal pada umumnya. Kemampuan bahasanya boleh dikatakan lemah. Hal tersebut dapat dilihat dari beberapa hal. Pertama, Chandra memiliki kosa kata yang sedikit, dan banyak ditemukan gangguan artikulasi ketika ia berkomunikasi dengan lawan bicaranya. Kedua, Chandra hanya mampu mengucapkan tuturan pada tataran kata, dan tidak sampai pada tataran frasa, kalimat, maupun wacana. Ketiga, seringkali saat berkomunikasi, Chandra tidak mampu mengucapkan beberapa bunyi konsonan, salah satunya adalah bunyi konsonan [r]. Keempat, seringkali pada kata-kata yang ia tuturkan terjadi suatu penyimpangan fonologis. Sebagai contoh ketika mengucapkan kata [rusak] kata tersebut berubah menjadi [lusa?]. Dari beberapa alasan tersebut, kelemahan bicara

yang dialami Chandra kemungkinan diakibatkan oleh beberapa alat artikulasinya yang tidak dapat berfungsi dengan baik ketika memproduksi.

Adapun untuk mengetahui faktor-faktor penyebab ketidakmampuan pengucapan bunyi bahasa sehingga menyebabkan penyimpangan bunyi bahasa, maka diperlukan kajian yang mendalam. Setelah melakukan observasi, ketidakmampuan pengucapan bunyi-bunyi bahasa yang diderita oleh Bagus Chandra menurut ciri fisiknya disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada lidahnya yang cenderung lebih panjang dan lebar dari keadaan lidah normal pada umumnya sehingga ketika mengucapkan bunyi-bunyi bahasa, beberapa bunyi konsonan tidak mampu ia ucapkan secara tepat. Pemilihan Chandra sebagai subjek penelitian memiliki beberapa alasan yang dianggap tepat oleh peneliti. Pertama, bahasa yang ia ucapkan masih seperti bahasa pada anak yang berusia enam tahun, sementara usia kronologisnya saat ini telah menginjak usia sebelas tahun. Kedua, secara lingual ia mampu mengucapkan seluruh bunyi-bunyi vokal yang mencakup bunyi vokal [a], [i], [u], [e], dan [o] dengan sempurna, serta sebagian besar bunyi konsonan yang pada umumnya sukar diucapkan oleh anak *down syndrome*. Alasan ketiga, Bagus Chandra adalah penderita *down syndrome* dengan komunikasi dan interaksi yang dapat dikatakan paling lancar dengan lawan bicaranya, jika dibandingkan dengan anak berkebutuhan khusus yang lain di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi sehingga beberapa hal-hal tersebut memudahkan peneliti untuk memperoleh data. Adapun lokasi penelitian ini terletak di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada kemudahan akses dalam memperoleh data bahasa, lokasi penelitian di SDLB An-Moerty dipilih sebab lokasinya cukup dekat dengan peneliti sehingga memudahkan peneliti untuk mendapatkan data secara akurat dan lebih intensif.

Seperti yang telah diuraikan di atas, dari hasil observasi serta pemaparan dari beberapa teori, peneliti bermaksud mendeskripsikan dan menggali kemampuan produksi bunyi bahasa kosa kata dalam Bahasa Indonesia, yang terdiri dari vokal dan juga konsonan yang dihasilkan oleh alat ucap Bagus Chandra. Selanjutnya, peneliti juga bermaksud mencari faktor penyebab dari

penyimpangan bunyi bahasa yang dimiliki oleh Bagus Chandra. Adapun alasan penelitian ini perlu dilakukan adalah, secara lingual aspek bahasa yang bersifat fonologis pada anak *down syndrome* penting untuk diteliti, mengingat peran kemampuan akan sensitivitas dari aspek fonologis berperan penting dalam kreativitas berkomunikasi khususnya pada anak-anak. Sebagai upaya pengekspresian ide dan gagasan dalam berinteraksi di lingkungan sosialnya.



1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah diperlukan untuk mengetahui masalah apa saja yang timbul dalam topik yang diangkat dalam penelitian. Rumusan masalah tersebut meliputi :

- 1) Bagaimana kemampuan produksi bunyi bahasa pada penderita *down syndrome*?
- 2) Apa faktor penyebab dari ketidakmampuan pengucapan bunyi bahasa penderita *down syndrome*?

1.2 Tujuan

Tujuan masalah digunakan untuk mendeskripsikan dan menjelaskan secara luas terkait topik yang sedang diteliti. Adapun tujuan masalah tersebut meliputi :

- 1) Mendeskripsikan dan menggali kemampuan produksi bunyi bahasa, dari berbagai macam kosa kata yang dihasilkan oleh penderita *down syndrome*.
- 2) Mendeskripsikan dan menggali faktor penyebab dari ketidakmampuan pengucapan bunyi bahasa penderita *down syndrome*.

1.3 Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoretis dan praktis. Adapun manfaat secara teoretis dan secara praktis adalah sebagai berikut :

- 1) Secara Teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih bagi ilmu Psikolinguistik ke depan dan dapat digunakan untuk mengembangkan penelitian yang sejenis.

- 2) Secara Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat diintegrasikan dan dikembangkan sebagai ilmu bantu pada ilmu medis untuk melakukan terapi wicara atau *speech therapy* kepada anak berkebutuhan khusus terutama anak penderita *down syndrome*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA DAN LANDASAN TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

Penelitian yang berkaitan dengan produksi fonologis berbahasa anak berkebutuhan khusus pernah diteliti oleh beberapa pihak, sebagai berikut :

Penelitian pertama, dilakukan oleh Ayriza (1997) yang berjudul “Pelatihan Kesadaran Fonologis pada Anak-Anak Prasekolah untuk Menyambut Tugas Belajar Membaca pada Masa Sekolah”. Penelitian ini mencoba untuk menjelaskan salah satu bentuk belajar yang penting adalah kesadaran fonologis agar anak-anak lebih mampu untuk membaca dan dampaknya akan mudah menguasai pelajaran di masa sekolah. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pelatihan dari kesadaran fonologis berperan penting dalam diri anak untuk menunjang tugas belajarnya di sekolah. Kesadaran fonologis merupakan fasilitator dalam memperoleh keterampilan membaca di sekolah. Selain itu, psikodinamika dari kesadaran fonologis terhadap pemerolehan keterampilan membaca ada tiga, yang pertama adalah dengan kesadaran fonologis anak lebih mampu menghubungkan bunyi dengan huruf yang dibaca, serta memandangnya sebagai cara yang logis dalam representasi bahasanya, yang kedua adalah, dengan kesadaran fonologis anak akan lebih mampu menganalisis kata-kata baru yang dipelajari ke dalam komponen-komponennya berdasarkan bunyinya, serta mampu mensintesis bunyi untuk pengucapan sebuah kata. Lalu yang ketiga, melalui kesadaran fonologis, anak akan lebih mampu melakukan generalisasi dari segmen-segmen kata yang sudah dikenali sebelumnya pada kata-kata baru yang dihadapinya.

Penelitian yang kedua, dilakukan oleh Baihaqi (2011) yang berjudul “Kompetensi Fonologis Anak Penyandang *Down Syndrome* di SDLB C Negeri 1 Yogyakarta”. Artikel ini, mendeskripsikan pola-pola bunyi bahasa pada pengujaran penyandang *down syndrome*, mengetahui jenis gangguan fonologis penyandang *down syndrome*, serta meneliti letak kelemahan dari gerak artikulator penyandang *down syndrome*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pengujaran dari anak *down syndrome* mengalami penyimpangan bunyi-bunyi bahasa, yaitu penghilangan, pengubahan, serta penghilangan dan penambahan

pada suku kata. Penyimpangan tersebut terjadi dengan teratur pada setiap anak yang dijadikan subjek penelitian. Hasil yang lain juga menunjukkan bahwa kelancaran dari berbahasa pada anak ditentukan oleh tiga faktor, yakni faktor intelegensia, kemampuan motorik anak, serta lingkungan sosialnya.

Penelitian ketiga, oleh Memisevic dan Hadzic (2013) yang berjudul “Speech and Language Disorders in Children with Intellectual Disability in Bosnia and Herzegovina”. Penelitian tersebut meneliti tentang prevalensi bicara dan gangguan bicara pada anak cacat mental dengan subjek sebanyak 167 anak dengan tingkat gejala yang berbeda. Adapun hasilnya menunjukkan bahwa kebutuhan akan terapi wicara pada anak-anak berkebutuhan khusus sangat penting untuk lebih ditekankan, mengingat hal tersebut dapat menjadikan suatu perbaikan bagi komunikasi anak-anak penyandang cacat intelektual. Hal tersebut juga tentu perlu ditunjang dengan perawatan lainnya, idealnya yakni pada masa pra sekolah dan harus berlanjut sepanjang pendidikan formal anak.

Penelitian keempat, dilakukan oleh Yuwanita (2013) yang berjudul “Kajian Fonetis pada Tuturan Anak Penyandang Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa C Sukapura Kiaracandong”. Universitas Pendidikan Indonesia. Penelitian tersebut bertujuan mengetahui akan adanya realisasi pelafalan bunyi dalam bahasa Indonesia yang dituturkan oleh anak penyandang tunagrahita pada taraf ringan, sedang, dan berat. Hasil dari penelitian ini menghasilkan tiga temuan, yang pertama adalah realisasi tuturan yang dilafalkan anak tunagrahita pada taraf ringan hampir tuturannya sempurna, namun ada beberapa tuturan yang dapat dikatakan cadel. Pada anak tunagrahita sedang, pelafalan hampir sempurna, namun ada bagian pelafalannya yang tidak dimengerti, lalu pada penyandang tunagrahita taraf berat, pada pelafalannya banyak ditemukan bunyi-bunyi bahasa yang tidak dilafalkan. Hasil yang kedua menunjukkan, bahwa variasi pelafalan tuturan pada anak penyandang tunagrahita taraf ringan, seringnya tidak melafalkan bunyi bahasa pada awal kata, hal tersebut hampir sama dengan penyandang tunagrahita sedang dan berat. Hasil yang terakhir menunjukkan bahwa, tingkat perbandingan antara anak tunagrahita taraf ringan, sedang, dan berat. Anak tunagrahita taraf

ringanlah yang paling baik melafalkan bunyi bahasa dibanding dengan anak tunagrahita pada taraf sedang, dan berat.

Penelitian kelima, dilakukan oleh Kurniawati dkk (2015), yang berjudul “Program Intervensi Pengembangan Kecakapan Berbicara Anak *Down Syndrome*”. Artikel ini bertujuan menyusun program intervensi kepada anak-anak yang mengalami gangguan perkembangan bicara pada anak *down syndrome*. Hasil yang didapatkan pada penelitian ini untuk menunjukkan peningkatan bicara pada anak-anak *down syndrome* berupa kata-kata. Selain itu, program ini juga dapat diimplementasikan ke dalam proses belajar di dalam kelas dengan cara meningkatkan perhatian kepada anak-anak *down syndrome* agar lebih meningkatkan kemampuan bicara mereka.

Penelitian yang keenam, dilakukan oleh Dewi dan Sastra (2015) yang berjudul “Gangguan Fonologis Penyandang *Ankyloglossia* Penutur Bahasa Melayu Riau”. Artikel ini bertujuan untuk mendeskripsikan gangguan fonologis penyandang *Ankyloglossia*. Penelitian tersebut menggunakan penelitian kualitatif dengan studi kasus subjek tunggal *cross-sectional* pada “Yogi”. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa subjek penelitian bernama Yogi mengalami kelainan *congenital* yang membuat *frenulum lingua* atau pengikat lidahnya menjadi susah untuk digerakkan secara leluasa sehingga ketika Yogi berkomunikasi dengan lawan bicaranya, seringkali ia mengalami penggantian dan penghilangan fonem.

Penelitian yang ketujuh, dilakukan oleh Putri (2015) yang berjudul “Analisis Pemerolehan Fonologi Pada Penderita *Down Syndrome*: Studi Kasus Pada Seorang Anak”. Jurnal ini bertujuan mendeskripsikan data yang terdapat pada ucapan anak penderita *down syndrome*. Hasil dari penelitian ini yakni, deskripsi bunyi-bunyi bahasa yang dihasilkan oleh penderita *down syndrome*. Pemerolehan fonologi yang dihasilkan oleh penderita *down syndrome* yakni mencakup beberapa hal yaitu 1). terdapat perbedaan bunyi bahasa yang diucapkan oleh penderita *down syndrome* dengan anak normal, 2). penderita *down syndrome* cenderung melakukan perubahan bunyi pada setiap bunyi bahasa yang dilafalkan, dan 3). penderita *down syndrome* memiliki daya konsentrasi yang lemah, kondisi

fisik yang terbatas, dan kurangnya kemamuan menangkap instruksi dan ketetapan bentuk mengakibatkan penderita *down syndrome* sulit untuk menghafal bunyi-bunyi yang seharusnya dihafalkan.

Penelitian kedelapan, dilakukan oleh Asmoro (2016) yang berjudul “Penguasaan Bunyi Bahasa Anak Disabilitas Tunarungu Usia 10-12 Tahun pada Kata Pasangan Minimal di SDLB Santi Rama Jakarta”. Penelitian ini mencoba menjelaskan tentang penguasaan bunyi bahasa yang terjadi pada anak disabilitas tunarungu usia 10-12 tahun di SDLB Santi Rama Jakarta. Penelitian ini menggunakan sekitar 300 kata pada kata pasangan minimal. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pada dasarnya anak tunarungu masih mampu untuk memproduksi atau menghasilkan bunyi-bunyi bahasa, meskipun masih terdapat beberapa hambatan.

Penelitian kesembilan, dilakukan oleh Maryati (2017) yang berjudul “Studi Leksikon dan Strategi Pembelajaran Bahasa Indonesia Penderita *Down Syndrome* di Sekolah Luar Biasa Kabupaten Lombok Timur”. Penelitian tersebut bertujuan untuk memetakan karakteristik leksikon penderita *down syndrome* berdasarkan level dan jenis kelamin, mengonsep strategi pembelajaran bahasa Indonesia yang dapat dilakukan oleh guru Sekolah Luar Biasa guna memaksimalkan penggunaan leksikon pada penderita *down syndrome*. Hasil dari penelitian tersebut terdiri dari dua macam, yang pertama adalah karakteristik leksikon penderita *down syndrome* berlevel sedang dengan jenis kelamin pria dan wanita sangat beragam. Yang kedua, strategi pembelajaran Bahasa Indonesia bagi penderita leksikon dapat ditingkatkan dengan strategi 4 M, yakni mengamati, menanya, meniru, dan mengulang. Hal tersebut dilakukan dengan menggunakan pendekatan kontekstual, metode modeling, inkuiri, dan audiolingual, yang terimplementasi pada teknik pembelajaran yang berbasis permainan, dan memanfaatkan media visual agar anak *down syndrome* lebih tertarik mengikuti.

Adapun beberapa penelitian yang dijadikan tinjauan pustaka oleh peneliti memiliki beberapa perbedaan dengan penelitian-penelitian sejenis sebelumnya.

Pertama yang dilakukan oleh Ayriza, beberapa letak perbedaan terlihat dari objek yang diteliti. Penelitian Ayriza berfokus pada anak noral pada

umumnya, sedangkan pada penelitian ini, peneliti menggunakan subjek anak berkebutuhan khusus *down syndrome*.

Kedua, yang dilakukan oleh Baihaqi, letak perbedaannya yakni: 1) subjek penelitian Baihaqi menggunakan 16 subjek penelitian anak *down syndrome*, sedangkan pada penelitian ini hanya menggunakan satu subjek penelitian, 2) lokasi yang dijadikan penelitian, penelitian Baihaqi terletak di Sekolah Luar Biasa C Negeri 1 Yogyakarta sedangkan penelitian peneliti ini berlokasi di Sekolah Dasar Luar Biasa An-moerty Banyuwangi, 3) media yang digunakan untuk memperoleh data, penelitian Baihaqi hanya menggunakan media gambar, sedangkan pada penelitian ini selain menggunakan media gambar, peneliti juga menggunakan objek konkret benda.

Ketiga, oleh Memisevic dan Hadzic, letak perbedaannya adalah subjek serta lokasi penelitian. Jika penelitian Memisevic dan Hadzic menggunakan 167 subjek penelitian, maka penelitian peneliti hanya menggunakan satu subjek. Selain itu, adalah lokasi penelitian, penelitian yang dilakukan oleh Memisevic dan Hadzic terletak di Bosnia dan Herzegovina dari dua sekolah pendidikan khusus.

Keempat oleh Yuwanita, yang melakukan penelitian di SLB C Sukapura Kiaracandong. Subjek pada penelitian yang dilakukan oleh Yuwanita diklasifikasikan menjadi tiga yakni penyandang tunagrahita ringan, sedang, dan berat. Selanjutnya, adalah penelitian kelima, dilakukan oleh Kurniawati dkk. Pada penelitian ini letak perbedaan juga terdapat pada subjek yang diteliti, selain itu perbedaan yang lain terdapat pada tujuan dari penelitian, sebab penelitian ini bertujuan untuk menunjukkan peningkatan bicara pada anak-anak *down syndrome* berupa kata-kata.

Penelitian keenam, yang dilakukan oleh Dewi dan Sastra. Letak perbedaan pada penelitian ada beberapa hal yakni: 1) perbedaan subjek yang diteliti, jika subjek pada penelitian ini menggunakan subjek bernama Yogi, maka pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti menggunakan Bagus Chandra sebagai subjek 2) objek penelitian pada penelitian ini adalah penderita *Ankyloglossia*. Selanjutnya adalah penelitian ketujuh, dilakukan oleh Putri. Letak perbedaan pada penelitian ada beberapa hal yakni subjek penelitian dan lokasi penelitian.

Perbedaan kedelapan, dilakukan oleh Asmoro, beberapa perbedaan yang signifikan terlihat pada objek yang diteliti yaitu, penelitian yang dilakukan oleh Asmoro menggunakan objek anak disabilitas tunarungu sedangkan penelitian ini menggunakan objek *down syndrome*, lalu subjek penelitian diuji dengan 300 kata pada pasangan minimal sedangkan penelitian ini tidak dibatasi, yaitu berdasarkan data murni yang dituturkan oleh subjek. Penelitian Asmoro terletak di Sekolah Dasar Luar Biasa Santi Rama Jakarta, maka penelitian ini terletak di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi. Adapun persamaan penelitian ini, yaitu sama-sama menggunakan kajian ilmu Psikolinguistik yang bersifat makro.

Penelitian kesembilan, dilakukan oleh Maryati, letak perbedaannya yakni: 1) subjek yang diteliti, 2) objek kajian yang diteliti, dan 3) hasil yang diharapkan dari penelitian yang berfokus pada karakteristik leksikon penderita *down syndrome* berlevel sedang dengan jenis kelamin pria dan wanita sangat beragam. Yang kedua, strategi pembelajaran bahasa Indonesia bagi penderita leksikon dapat ditingkatkan dengan strategi 4 M.

2.2 Landasan Teori

Landasan teori yang mendasari penelitian ini meliputi (1) gangguan berbahasa, (2) aspek neurologi bahasa (3) *down syndrome*, (4) fonologi, (5) fonetik, (6) proses pembentukan bunyi, (7) alat-alat ucap bagian atas rongga mulut, (8) alat-alat ucap bagian bawah rongga mulut, (9) skema artikulasi mulut, (10) ketidاكلancaran berujar terkait fonetik, (11) fonemik, (12) pembentukan dan klasifikasi bunyi bahasa, yang akan diuraikan sebagai berikut :

2.2.1 Gangguan Berbahasa

Gangguan berbahasa ini secara garis besar dapat dibagi dua. Pertama akibat faktor medis dan kedua akibat faktor lingkungan sosial. Yang dimaksud dengan faktor medis adalah gangguan baik akibat kelainan fungsi otak maupun akibat kelainan alat-alat bicara. Gangguan akibat faktor lingkungan sosial adalah lingkungan kehidupan yang tidak alamiah manusia, yaitu tersisih atau terisolasi dari lingkungan kehidupan masyarakat manusia yang sewajarnya. Secara medis Shidarta dalam Chaer (1984) menyatakan bahwa gangguan berbahasa dapat

dibedakan atas tiga golongan, yaitu (1) gangguan bicara, (2) gangguan berbahasa, dan (3) gangguan berpikir. Ketiga gangguan tersebut masih dapat diatasi kalau penderita gangguan itu mempunyai pendengaran yang masih normal, bila tidak tentu menjadi sukar atau sangat sukar.

Chaer (2003:149-165) menyatakan bahwa gangguan berbicara dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori. Pertama, gangguan mekanisme berbicara yang berimplikasi pada gangguan organik; kedua, gangguan berbicara psikogenik; dan ketiga, gangguan multifaktorial. Gangguan berbicara berdasarkan mekanismenya ini dapat dirinci menjadi gangguan berbicara akibat kelainan pada paru-paru (*pulmonal*), pada pita suara (*laringal*), pada lidah (*lingual*), dan pada rongga mulut dan kerongkongan (*resonantal*).

1. Gangguan akibat faktor pulmonal dialami oleh para penderita penyakit paru-paru. Para penderita penyakit paru-paru ini kekuatan bernapasnya sangat kurang sehingga cara bicaranya diwarnai oleh nada yang monoton, volume suara yang kecil sekali, dan terputus-putus, meskipun dari segi semantik dan sintaksis tidak ada masalah.
2. Gangguan akibat faktor laringal merupakan gangguan pada pita suara yang menyebabkan suara yang dihasilkan menjadi serak atau hilang sama sekali, tanpa kelainan semantik dan sintaksis.
3. Gangguan akibat faktor lingual dapat berupa lidah yang sariawan atau terluka yang akan terasa pedih jika digerakkan. Untuk mencegah timbulnya rasa pedih ini ketika berbicara maka gerak aktivitas lidah itu dikurangi semauanya. Misalnya jika si penutur ingin mengucapkan kalimat “Sudah barang tentu dia akan menyangkal” mungkin akan diucapkan menjadi “Hu ah ba-ang ke-ku ia a-an me-angkay”. Selain itu, pada orang yang terkena stroke dan badannya lumpuh sebelah, maka lidahnya pun lumpuh sebelah. Istilah medis untuk ini adalah *disatria* (yang berarti terganggunya artikulasi).
4. Gangguan akibat faktor resonansi menyebabkan suara yang dihasilkan menjadi sengau. Contoh penderita akibat faktor resonansi ini adalah orang sumbing , penderita lumpuh pada langit-langit lunak (*velum*), dan penderita miastenia gravis (gangguan yang menyebabkan otot menjadi lemah dan cepat lelah).

Chaer (2015:150) menyebutkan gangguan akibat multifaktorial atau berbagai faktor bisa menyebabkan terjadinya gangguan bicara.

1. Berbicara serampangan atau sembrono adalah berbicara dengan cepat sekali, dengan artikulasi yang rusak, ditambah dengan “menelan” sejumlah suku kata sehingga apa yang diucapkan sukar dipahami. Misalnya, jika si penutur bermaksud mengucapkan kalimat “kemarin pagi saya sudah beberapa kali ke sini” diucapkan dengan cepat menjadi “kemory sdada berali ksni”. Berbicara serampangan ini terjadi karena kerusakan di serebelum atau bisa juga terjadi sehabis terkena kelumpuhan ringan sebelah badan.
2. Berbicara *propulsif* biasanya terdapat pada para penderita penyakit *parkinson* (kerusakan pada otak yang menyebabkan otot menjadi gemetar, kaku, dan lemah). Biasanya penderita ini sukar untuk memulai suatu gerakan. Namun, bila sudah bergerak maka ia dapat terus-menerus bergerak tanpa henti. Artikulasi sangat terganggu karena elastisitas otot lidah, otot wajah, dan pita suara, sebagian besar lenyap. Dampak pada produksi bahasa secara lisan yakni volume suara menjadi kecil, iramanya datar (monoton), suara mula-mula tersendat-sendat, kemudian terus-menerus, dan akhirnya tersendat-sendat kembali.
3. Berbicara *mutis* (mutisme) yakni penderita pada gangguan ini, tidak dapat berbicara sama sekali. Mutisme ini sebenarnya bukan hanya tidak dapat berkomunikasi secara verbal saja, tetapi juga tidak dapat berkomunikasi secara visual maupun isyarat, seperti dengan gerak-gerik, dan sebagainya. Kebanyakan orang mengira bahwa penderita mutisme ini sama dengan penderita bisu. Namun, dunia ilmiah hingga saat ini belum dapat menjelaskan dengan tepat apa mutisme itu. Mutisme tidak bisa disamakan dengan orang bisu, apalagi dengan bisu tuli.

Selain itu, Chaer (2015:152) menyatakan gangguan berbicara *psikogenik* ini sebenarnya tidak bisa disebut sebagai suatu gangguan berbicara. Mungkin lebih tepat disebut sebagai variasi cara berbicara yang normal, tetapi yang merupakan ungkapan dari gangguan di bidang mental.

1. Berbicara manja, disebut demikian karena ada kesan anak (orang) yang

melakukannya meminta perhatian untuk dimanja. Contohnya adalah fonem atau bunyi [s] dilafalkan sebagai bunyi [c] seperti pada kalimat “Saya sakit, jadi tidak suka makan, sudah saja, ya” akan diucapkan menjadi “Caya cakit, jadi tidak cuka makan, udah caja, ya”.

2. Berbicara kemayu berkaitan dengan perangai kewanitaan yang berlebihan. Berbicara kemayu dicirikan oleh gerak bibir dan lidah yang menarik perhatian dan lafal yang dilakukan secara ekstra menonjol atau ekstra lemah gemulai dan ekstra memanjang. Meskipun berbicara seperti ini bukan suatu gangguan ekspresi bahasa, tetapi dapat dipandang sebagai *sindrom fonologik* yang mengungkapkan gangguan identitas kelamin terutama jika yang dilanda adalah kaum pria.
3. Berbicara gagap adalah berbicara yang kacau karena sering tersendat-sendat, mendadak berhenti, lalu mengulang-ulang suku kata pertama, kata-kata berikutnya, dan setelah berhasil mengucapkan kata-kata itu kalimat dapat diselesaikan.
4. Berbicara latah sering disamakan dengan *ekolalia*, yaitu perbuatan membeo atau menirukan apa yang dikatakan orang lain; tetapi sebenarnya latah adalah suatu sindrom yang terdiri atas curah *verbal repetitive* yang bersifat jorok (koprolalla) dan gangguan *lokomotorik* yang dapat dipancing.

Gangguan selanjutnya adalah gangguan berbicara yang memiliki hubungan dengan syaraf otak. Chaer (2015:158) menyatakan gangguan berbahasa dalam kaitannya dengan syaraf otak ini sering disebut *afasia* dalam dunia neurolinguistik. Kemudian, ada juga jenis gangguan lain yaitu gangguan berpikir. Setiap ujaran yang keluar dari mulut seseorang merefleksikan isi pikiran dari orang tersebut. Oleh karena itu, bisa disimpulkan bahwa ekspresi verbal yang terganggu bersumber atau disebabkan oleh pikiran yang terganggu.

1. Pikun (*demensia*) menunjukkan banyak sekali gangguan seperti *agnosia*, *apraksia*, *amnesia*, perubahan kepribadian, perubahan prilaku, dan kemunduran dalam segala macam fungsi intelektual. Semua gangguan itu menyebabkan kurangnya berpikir sehingga ekspresi verbalnya diwarnai dengan kesukaran menemukan kata-kata yang tepat. Kalimat seringkali diulang-ulang,

pembicaraan sering terputus karena arah pembicaraan tidak ingat atau tidak diketahui lagi sehingga berpindah ke topik lain. Penyebab pikun ini antara lain karena terganggunya fungsi otak dalam jumlah besar, termasuk menurunnya jumlah zat-zat kimia dalam otak. Selain itu dapat pula disebabkan oleh penyakit seperti stroke, tumor otak, depresi, dan gangguan sistemik.

2. *Sisofrenik* adalah gangguan berbahasa akibat gangguan berpikir. Para penderita ini dapat mengucapkan *word-salad* dengan lancar, dengan volume yang cukup, ataupun lemah sekali. Curah verbalnya penuh dengan kata-kata neologisme. Irama serta intonasinya menghasilkan curah verbal yang melodis. Seorang penderita *sisofrenik* dapat berbicara terus-menerus. Adapun ocehannya hanya merupakan ulangan curah verbal semula dengan tambahan sedikit-sedikit atau dikurangi beberapa kalimat.
3. *Depresif*, orang yang tertekan jiwanya memproyeksikan penderitaannya pada gaya bahasanya dan makna curah verbalnya. Volume curah verbalnya lemah lembut dan kelancarannya terputus-putus oleh interval yang cukup panjang, terputus-putus oleh tarikan napas dalam, serta pelepasan napas keluar yang panjang. Curah verbal yang *depresif* dicoraki oleh topik yang menyedihkan, menyalahi dan mengutuk diri sendiri, kehilangan gairah bekerja dan gairah hidup, tidak mampu menikmati kehidupan.

Gangguan lainnya yang juga memengaruhi kelancaran berbahasa adalah gangguan lingkungan sosial. Yang dimaksud dengan akibat faktor lingkungan adalah terasingnya seorang anak manusia, yang aspek biologis bahasanya normal dari lingkungan kehidupan manusia. Keterasingan bisa disebabkan karena diperlakukan dengan sengaja (sebagai eksperimen) bisa juga karena hidup bukan dalam alam lingkungan manusia, melainkan dipelihara oleh binatang seperti kasus Kamala dan Mougli. Pujaningsih (2010) menyatakan bahwa pada anak berkebutuhan khusus, dampak dari keterbatasan mereka banyak ditemukan juga mempengaruhi perkembangan bahasa dan akhirnya mengarah pada hambatan maupun gangguan bahasa. Adapun tahapan perkembangan bahasa anak dijabarkan oleh Laura E Berk dalam Pujaningsih (2010) adalah sebagai berikut:

1. Perkembangan Prelinguistik (*prelinguistic development*)

2. Perkembangan Fonologis (*phonological development*)
3. Perkembangan Semantik (*semantic development*)
4. Perkembangan Sintaksis (*syntax development*)
5. Perkembangan Pragmatik (*pragmatic development*)
6. Perkembangan Gramatikal (*grammatical development*)

Pujaningsih (2010) menyatakan bahwa gangguan berbahasa dapat dilihat dari perkembangan bahasa pada anak. Ditinjau dari tahapan perkembangan bahasa dapat dipahami bahwa dalam perkembangan tersebut kondisi anak berkebutuhan khusus yang terbatas dapat memicu hambatan maupun gangguan bahasa. Pemaparan berikut menjabarkan tentang gangguan maupun hambatan bahasa yang dapat muncul pada anak berkebutuhan khusus.

- a. Perkembangan prelinguistik. Pada awal perkembangan bahasa anak dengan berkebutuhan khusus secara umum dapat mencapai tahap *echolalia* seperti anak-anak pada umumnya. Namun, setelah umur satu tahun mulai terjadi perbedaan sesuai dengan keterbatasan pada anak. Pada anak tunarungu, informasi dari luar tidak dapat ditangkap dengan jelas sehingga pemerolehan bahasa terhambat. Pada anak tunanetra, keterbatasan visual mempengaruhi pemahaman kata yang terkait dengan objek visual.
- b. Fonologis. Laura E Berk dalam Pujaningsih (2010) menerangkan bahwa sebagai proses yang terkait dengan urutan bunyi, memproduksi suara dan mengkombinasikan keduanya sehingga menjadi suatu kata atau frasa yang dapat dipahami. Gangguan bahasa yang dapat terjadi dalam hal fonologi adalah gangguan artikulasi. Gangguan ini terdiri dari empat macam yakni : omisi, adisi, substitusi, dan distorsi.
- c. Morfologi, mencakup bagian-bagian dari suatu kata yang terdiri dari asal kata, awalan, akhiran, dan imbuhan. Anak dengan ketidakmampuan mengenali morfologi suatu kata sering dikenal dengan *language disorder*.
- d. Semantik. Laura juga menjelaskan bahwa semantik merupakan pemahaman makna suatu kata. Gangguan berbahasa dalam hal semantik dapat dialami oleh anak dengan gangguan autisme, ATG, CP, ATR.
- e. Sintaksis meliputi rasa, klausa, dan kalimat. Dalam hal ini, *fluency disorder* yang meliputi *shuttering* (gagap) dan *cluttering* (terlalu cepat berbicara)

merupakan contoh gangguan bahasa pada sintaksis.

- f. Pragmatik berkenaan dengan cara menggunakan bahasa dalam situasi sosial yang sesuai. Ketidakmampuan anak menggunakan bahasa sesuai konteks sering terjadi pada anak tunagrahita, tunarungu, LD, dan autisme.

2.2.2 Aspek Neurologi Bahasa

Piaget, Jean. Inhelder, Barbel (2016:92) menjelaskan bahwa bahasa berperan sangat penting dalam proses formatif. Proses berbahasa lebih bersifat dua arah, bersifat bolak-balik antara penutur dan pendengar, maka seorang penutur kemudian bisa menjadi pendengar, dan seorang pendengar kemudian bisa menjadi penutur. Namun, sebenarnya dapat berlangsung dalam waktu yang singkat dan cepat. Semua proses ini dikendalikan oleh otak yang merupakan alat pengatur dan pengendali gerak semua aktivitas manusia. Adapun fungsi kebahasaan pada otak sendiri yakni dipusatkan pada hemisfer kiri bagi orang yang tidak kidal (cekat tangan kanan, *right-handed*). Hemisfer kiri ini disebut hemisfer dominan bagi bahasa dan korteksnya dinamakan korteks bahasa. Hemisfer dominan atau superior secara morfologis memang agak berbeda dengan hemisfer yang tidak dominan atau hemisfer inferior. Hemisfer dominan lebih berat, lebih besar girusnya dan lebih panjang. Hemisfer kiri terutama mempunyai arti penting bagi bicara bahasa, juga berperan untuk fungsi memori yang bersifat verbal (*verbal memory*). Sebaliknya, hemisfer kanan penting untuk fungsi emosi, lagu isyarat (*gesture*), baik yang emosional maupun verbal. Hemisfer kiri memang dominan untuk fungsi bahasa, tetapi tanpa aktivitas hemisfer kanan maka pembicaraan orang akan menjadi monoton, tak ada prosodi, tak ada lagu kalimat tanpa menampakkan adanya emosi dan tanpa disertai isyarat-isyarat bahasa.

2.2.3 Down Syndrome

Anak cacat mental pada umumnya mempunyai kelainan yang lebih dibandingkan cacat lainnya, terutama intelegensinya. Hampir semua kemampuan kognitif anak cacat mental mengalami kelainan lambat belajar, kemampuan mengatasi masalah, kurang dapat mengadakan hubungan sebab akibat, sehingga penampilan sangat berbeda dengan anak lainnya. Anak cacat mental ditandai dengan lemahnya kontrol motorik, kurang kemampuannya untuk mengadakan

koordinasi, tetapi masih bisa dilatih untuk mencapai kemampuan sampai ke titik normal. Tanda-tanda lainnya seperti membaca buku ke dekat mata, mulut selalu terbuka untuk memahami sesuatu pengertian memerlukan waktu yang lama, mempunyai kesulitan sensoris, mengalami hambatan berbicara dan perkembangan verbalnya. Kelainan ini adalah suatu kumpulan gejala akibat abnormalitas kromosom, biasanya kromosom 21, yang tidak dapat memisahkan diri selama *meiosis* sehingga terjadi individu dengan 47 kromosom.

Trisomi 21 diakibatkan oleh kelainan genetik. Dari kelainan kromosom, adalah satu dari bentuk umum cacat mental di Amerika Serikat, dengan kejadian sekitar 1/700 kelahiran hidup (Diefendorf O, Allan. Bull J, Marilyn. Harvey C, Debbie, 1995:39). Kelainan ini pertama kali ditemukan oleh Seguin dalam tahun 1844. Down adalah dokter dari Inggris yang namanya lengkapnya Langdon Haydon Down. Pada tahun 1866 dokter Down menindaklanjuti pemahaman kelainan yang pernah dikemukakan oleh Seguin tersebut melalui penelitian. Kondisi manusia yang diakibatkan oleh penyimpangan kromosom jenis trisomi 21 diberi istilah idiot mongoloid atau mongoloisme. Diberi nama demikian, karena kondisi individual dengan trisomi 21 dianggap memiliki ciri- 13 ciri wajah yang menyerupai orang oriental. Namun, sekarang kondisi yang demikian itu dinyatakan sebagai *down syndrome*. Asosiasi keterbelakangan mental tidak melekat pada suatu golongan atau bangsa tertentu. Kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental anak yang diakibatkan adanya abnormalitas perkembangan kromosom. Kromosom ini terbentuk akibat kegagalan sepasang kromosom untuk saling memisahkan diri saat terjadi pembelahan. Kromosom merupakan serat-serat khusus yang terdapat di dalam setiap sel badan manusia dan terdapat beberapa genetik yang menentukan sifat-sifat seseorang. Selain itu *down syndrome* disebabkan oleh hasil penyimpangan kromosom semasa konsepsi. Ciri utama bentuk ini adalah dari segi struktur muka dan satu atau ketidakmampuan fisik dan juga waktu hidup yang singkat. Sebagai perbandingan, bayi normal dilahirkan dengan jumlah 46 kromosom (23 pasang) sedangkan bayi *down syndrome* dilahirkan hanya sepasang kromosom 21 (2 kromosom 21) dikarenakan bayi dengan penyakit *down syndrome* disebabkan oleh kelebihan kromosom yaitu

3 kromosom 21 menjadikan jumlah semua kromosom menjadi 47 kromosom. Keadaan ini dapat terjadi terhadap laki-laki maupun perempuan. Jalur sensori manusia berada di bagian sumsum tulang belakang dan otak bagian belakang. Menurut Glenn Doman, ahli fisik dan terapi pendiri Institute for The Achievement of Down Syndrome menangani anak *down syndrome* disebabkan oleh otak yang cidera. Jalur sensori manusia berada disebelah sumsum tulang belakang dan otak bagian belakang. Menurut Glenn Doman, anak *down syndrome* disebabkan oleh otak yang cidera.

Anak *down syndrome* biasanya kurang bisa mengkoordinasikan antara motorik kasar dan halus. Misalnya kesulitan menyisir rambut atau mengancing baju sendiri. Selain itu anak *down syndrome* juga kesulitan untuk mengkoordinasikan antara kemampuan kognitif dan bahasa, seperti memahami manfaat suatu benda (Selikowitz, 2001). Menurut Selikowitz (2001), anak *down syndrome* dan anak normal pada dasarnya memiliki tujuan yang sama dalam tugas perkembangan, yaitu mencapai kemandirian. Namun, perkembangan anak *down syndrome* lebih lambat dari pada anak normal. Jadi diperlukan suatu terapi untuk meningkatkan kemandirian anak *down syndrome*. Peran serta orang tua sangat dibutuhkan. Kurang lebih sekitar 15% orang tua yang mengetahui anaknya mengalami *down syndrome* tidak melakukan suatu program terapi. Sebanyak 35% yaitu orang tua yang gigih tekadnya untuk ikut program perawatan intensif. Sebanyak 50% orang tua akan kembali ke rumah, mendiagnosis anaknya, mendesain sebuah program untuk anaknya dan melaksanakan program itu dengan tingkat frekuensi, intensitas dan durasi yang berbeda-beda dengan harapan memperoleh hasil yang sepadan dengan program itu. Kelainan pada anak *down syndrome* sangat jelas dan setiap anak *down syndrome* hampir memiliki wajah yang serupa.

Karakteristik anak *down syndrome* gejala yang muncul akibat *down syndrome* dapat bervariasi mulai dari yang tidak tampak sama sekali, tampak minimal sampai muncul tanda yang khas. Adapun karakteristiknya adalah sebagai berikut:

- 1) Penderita dengan tanda khas sangat mudah dikenali dengan adanya penampilan fisik yang menonjol berupa bentuk kepala yang relatif kecil dari normal (*microcephaly*) dengan bagian (*anteroposterior*) kepala mendatar.
- 2) Bentuk pada kepala, muka dan leher. Penderita *down syndrome* mempunyai paras muka yang hampir sama seperti muka orang Mongol. Pada bagian wajah biasanya tampak sela hidung yang datar. Pangkal hidungnya pendek. Jarak di antara 2 mata jauh dan berlebihan kulit di sudut dalam. Ukuran mulut adalah kecil dan ukuran lidah yang besar menyebabkan lidah selalu terjulur. Mulut yang mengecil dan lidah yang menonjol keluar (*macroglossia*). Pertumbuhan gigi lambat dan tidak teratur. Paras telinga adalah 17 lebih rendah. Kepala biasanya lebih kecil dan agak lebar dari bagian depan ke belakang. Lehernya agak pendek. Seringkali mata menjadi sipit dengan sudut bagian tengah membentuk lipatan (*epicanthal folds*) (80%), *white brushfield spots* di sekeliling lingkaran di sekitar iris mata (60%), *medial epicanthal folds*, *keratoconus*, *strabismus*, katarak (2%), dan *retinal detachment*. Gangguan penglihatan karena adanya perubahan pada lensa dan kornea.
- 3) Manifestasi mulut : gangguan mengunyah menelan dan bicara. *scrotal tongue*, rahang atas kecil (*hypoplasia maxilla*), keterlambatan pertumbuhan gigi, *hypodontia*, *juvenile periodontitis*, dan kadang timbul bibir sumbing *Hypogenitalism* (penis, scrotum, dan testis kecil), *hypospadias*, *cryptorchism*, dan keterlambatan perkembangan pubertas.
- 4) Manifestasi kulitnya adalah memiliki kulit lembut, kering dan tipis, *Xerosis* (70%), *atopic dermatitis* (50%), *palmoplantar hyperkeratosis* (40-75%), dan *seborrheic dermatitis* (31%).
- 5) Tanda klinis pada bagian tubuh lainnya berupa tangan yang pendek termasuk ruas jari-jarinya serta jarak antara jari pertama dan kedua 18 baik pada tangan maupun kaki melebar. Sementara itu, lapisan kulit biasanya tampak keriput (*dermatoglyphics*). Kelainan kromosom ini juga bisa menyebabkan gangguan atau bahkan kerusakan pada sistem organ yang lain. Pada bayi baru lahir kelainan dapat berupa *congenital heart disease*. Kelainan ini yang biasanya berakibat fatal karena bayi dapat meninggal dengan cepat. Masalah jantung

yang paling kerap berlaku ialah jantung berlubang seperti *Ventricular Septal Defect* (VSD) yaitu jantung berlubang di antara bilik jantung kiri dan kanan atau *Atrial Septal Defect* (ASD) yaitu jantung berlubang di antara atria kiri dan kanan. Masalah lain adalah termasuk salur arteriosis yang berkekalan *Patent Ductus Ateriosis* (PDA). Bagi kanak-kanak down syndrom boleh mengalami masalah jantung berlubang jenis kebiruan (*cynotic spell*) dan susah bernafas.

- 6) Pada sistem pencernaan dapat ditemui kelainan berupa sumbatan pada *esofagus* (*esophageal atresia*) atau *duodenum* (*duodenal atresia*). Saluran *esofagus* yang tidak terbuka (*atresia*) ataupun tiada saluran sama sekali di bagian tertentu esofagus. Biasanya ia dapat dekesan semasa berumur satu sampai dua hari, dala kondisi ini bayi mengalami masalah menelan air liurnya. Saluran usus kecil *duodenum* yang tidak terbuka penyempitan yang dinamakan "*Hirshprung Disease*". Keadaan ini disebabkan sistem saraf yang tidak normal di bagian rektum. Biasanya bayi akan mengalami masalah pada hari kedua 19 dan seterusnya selepas kelahiran di mana perut membuncit dan susah untuk buang air besar. Saluran usus *rectum* atau bagian usus yang paling akhir (dubur) yang tidak terbuka langsung atau penyempitan yang dinamakan *hirshprung disease*. Keadaan ini disebabkan sistem saraf yang tidak normal di bagian rektum. Biasanya bayi akan mengalami masalah pada hari kedua dan seterusnya selepas kelahiran dengan perut membuncit dan susah untuk buang air besar. Apabila anak sudah mengalami sumbatan pada organ-organ tersebut biasanya akan diikuti muntah-muntah. Pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan kromosom melalui *amniocentesis* bagi para ibu hamil terutama pada bulan-bulan awal kehamilan. Terlebih lagi ibu hamil yang pernah mempunyai anak dengan *down syndrome* atau mereka yang hamil di atas usia 40 tahun harus dengan hati-hati memantau perkembangan janinnya karena mereka memiliki risiko melahirkan anak dengan *down sindrome* lebih tinggi.
- 7) Sifat pada tangan dan lengan mereka mempunyai jari-jari yang pendek dan jari kelingking membengkok ke dalam. Tapak tangan mereka biasanya hanya terdapat satu garisan urat dinamakan "*simian crease*". Tampilan kaki, yaitu kaki agak pendek dan jarak di antara ibu jari kaki dan jari kaki kedua agak jauh

terpisah dan tapak kaki. Tampilan klinis otot, yaitu mempunyai otot yang lemah menyebabkan mereka 20 menjadi lembek dan menghadapi masalah dalam perkembangan motorik kasar. Masalah-masalah yang berkaitan dengan masa kanak-kanak *down syndrome* mungkin mengalami masalah kelainan organ-organ dalam terutama sekali jantung dan usus.

- 8) Masalah perkembangan belajar *down syndrome* secara keseluruhannya mengalami keterbelakangan perkembangan dan kelemahan kognitif. Pada pertumbuhan mengalami masalah lambat dalam semua aspek perkembangan yaitu lambat untuk berjalan, perkembangan motorik halus dan berbicara. Perkembangan sosial mereka agak menggalakkan menjadikan mereka digemari oleh ahli keluarga. Mereka juga mempunyai sifat periang. Perkembangan motor kasar mereka lambat disebabkan otot-otot yang lembek tetapi mereka akhirnya berhasil melakukan hampir semua pergerakan kasar.

2.2.4 Fonologi

Bahwa bahasa adalah sistem bunyi ujar sudah disadari oleh para linguist. Oleh karena itu, objek utama kajian linguistik adalah lisan, yaitu bahasa dalam bentuk bunyi ujar. Jika dalam praktik berbahasa dijumpai raga bahasa tulis, dianggap sebagai bahasa sekunder, yaitu “rekaman” dari bahasa lisan. Oleh karena itu, bahasa tulis bukan menjadi sasaran utama kajian linguistik. Konsekuensi logis dari anggapan, bahkan keyakinan ini adalah dasar analisis cabang-cabang linguistik apapun (fonologi, morfologi, semantik, sintaksis, leksikologi, dll) berkiblat dari korpus data yang bersumber dari bahasa lisan, walaupun yang dikaji sesuai dengan konsentrasinya masing-masing. Misalnya fonologi berkonsentrasi pada persoalan bunyi, morfologi pada persoalan struktur internal kata, sintaksis pada persoalan susunan kata dalam kalimat, semantik pada persoalan makna kata, dan leksikologi pada persoalan perbendaharaan kata.

Dari sini dapat dipahami bahwa material bahasa adalah bunyi-bunyi ujar. Kajian mendalam tentang bunyi-bunyi ujar ini diselidiki oleh cabang linguistik yang disebut fonologi. Oleh fonologi, bunyi-bunyi ujar ini dapat dipelajari dengan dua sudut pandang yakni *fonetik* dan *fonemik*. Fonetik merupakan bunyi-bunyi ujar dipandang sebagai media bahasa semata, tak ubahnya benda atau zat. Dengan

demikian, bunyi-bunyi dianggap sebagai bahan mentah. Fonologi memandang bunyi-bunyi ujar demikian sebagai bagian dari sistem bahasa lazim disebut Fonetik. Sementara Fonemik yakni bunyi-bunyi ujar dipandang sebagai bagian dari sistem bahasa. Bunyi-bunyi ujar merupakan unsur-unsur bahasa terkecil yang merupakan bagian dari struktur kata dan yang sekaligus berfungsi untuk membedakan makna. Hasil kajian fonologi juga diperlukan dalam bidang klinis yaitu dalam membantu mereka yang mendapat hambatan dalam berbicara maupun mendengar (Chaer, 2009:7).

Adapun gangguan berbicara dapat disembuhkan dengan metode terapi wicara. Sardjono (2005:147) menyatakan bahwa beberapa kepustakaan asing terapi wicara atau *speech therapy* memberikan istilah *speech pathology*, *speech correction*, dan *speech building* yang semuanya itu mengandung arti sebagai suatu rangkaian usaha yang meliputi proses *anmnese* dan tindakan terapi berupa latihan-latihan yang diberikan kepada semua penderita gangguan bicara dan bahasa sehingga mereka mendapat kemampuan untuk mengadakan komunikasi secara wajar dan tidak menimbulkan gangguan dalam kehidupannya. Proses *anmnese* dimaksudkan untuk mengumpulkan data untuk menilai dan menentukan macam kelainan yang diderita seseorang, baru setelah itu bisa menentukan terapi yang dinilai cocok. Selanjutnya, proses terapi wicara oleh Gibbon dalam Ball, Martin. Lowry, Orla (2001:326) menyatakan bahwa literatur yang berkembang menunjukkan keefektifan dari penggunaan umpan balik visual sebagai bagian dari program terapi wicara untuk meningkatkan kejelasan yang kemungkinan lebih mengarah pada penggunaan klinis.

2.2.5 Fonetik

O'Connor (dalam Muslich, 2014:10-11) fonetik merupakan bidang kajian ilmu pengetahuan (*science*) yang menelaah bagaimana manusia menghasilkan bunyi-bunyi bahasa dalam ujaran, menelaah gelombang-gelombang bunyi bahasa yang dikeluarkan dan bagaimana alat pendengaran manusia menerima bunyi-bunyi bahasa untuk dianalisis oleh otak manusia. Bloch, George, Trager (dalam Marsono, 1999:2) membagi fonetik menjadi tiga.

a. Fonetik Organik

Fonetik organik (fonetik artikulatoris atau fonetik fisiologis) ialah fonetik yang mempelajari bagaimana mekanisme alat-alat bicara yang ada dalam tubuh manusia menghasilkan bunyi bahasa (Gleason, 1955:239-256; Malmberg, 1963:21-28; Mol, 1970:15-18). Fonetik organik adalah fonetik mengenai bunyi bahasa itu diucapkan dan dibuat, serta bagaimana bunyi bahasa diklasifikasikan berdasarkan artikulasinya. Fonetik jenis ini banyak berkaitan dengan linguistik sehingga oleh para linguis khususnya para ahli fonetik cenderung dimasukkan dalam linguistik dan akan dibicarakan dalam uraian selanjutnya.

b. Fonetik Akustik

Fonetik akustik mempelajari bunyi bahasa dari segi bunyi sebagai gejala fisis (Malmberg, 1963:5-20). Bunyi-bunyi diselidiki frekuensi getarannya, amplitudo, intensitas, dan timbrenya. Ilmu yang mempelajari hakikat bunyi dan mengklasifikasikan bunyi berdasarkan hakikat bunyi tersebut.

a. Fonetik Auditoris

Fonetik auditoris mempelajari bagaimana mekanisme telinga menerima bunyi bahasa sebagai getaran udara (Bronstein & Beatrice F. Jacoby, 1967:70-72). Bidang fonetik jenis ini cenderung dimasukkan dalam neurologi ilmu kedokteran.

2.2.6 Proses Pembentukan Bunyi

Bunyi apa saja termasuk bunyi bahasa, pada dasarnya adalah getaran atas benda apa saja karena adanya energi yang bekerja. Getaran ini disadari sebagai bunyi apabila getaran itu cukup kuat dan dihantarkan ke alat dengar oleh udara sekitar. Proses pembentukan bunyi bahasa juga demikian. Sumber energi utamanya adalah arus udara yang mengalir dari/ke paru-paru. Getaran-getaran itu timbul pada pita suara sebagai akibat tekanan arus udara, yang dibarengi dengan alat-alat ucap sedemikian rupa sehingga menimbulkan perbedaan/perubahan rongga udara yang terdapat dalam mulut dan atau hidung. Dari sini jelas bahwa sarana utama yang berperan dalam proses pembentukan bunyi bahasa adalah 1)

arus udara, 2) pita suara, 3) alat ucap. Ketiga sarana ini juga yang oleh fonetisi dipakai sebagai dasar pengklasifikasian bunyi. Sumber energi utama dalam hal terjadinya bunyi bahasa adalah adanya udara dari paru-paru. Udara dihisap ke dalam paru-paru dan dihembuskan keluar bersama-sama waktu sedang bernafas. Udara yang dihembuskan atau dihisap untuk sebagian kecil bunyi bahasa itu kemudian mendapatkan hambatan di berbagai tempat alat bicara dengan berbagai cara sehingga terjadilah bunyi-bunyi bahasa. Tempat atau alat bicara yang dilewati di antaranya: batang tenggorok, pangkal tenggorok, kerongkongan, rongga mulut, rongga hidung, atau baik rongga hidung bersama dengan alat yang lain. Pada waktu udara mengalir keluar pita suara dalam keadaan terbuka. Jika udara tidak mengalami hambatan pada alat bicara, maka bunyi bahasa tidak akan terjadi, seperti dalam bernafas (cf. Pike, 1947:3-4; Lapoliwa, 1981:5). Syarat proses terjadinya bahasa secara garis besar dapat dibagi mejadi empat yakni proses mengalirnya udara, proses fonasi, proses artikulasi, dan proses *oro-nasal* (Ladefoged, 1973:2-3).

a) Arus Udara

Arus udara menjadi sumber energi utama pembentukan bunyi bahasa merupakan hasil kerja alat atau organ tubuh yang dikendalikan oleh otot-otot tertentu atas perintah syaraf-syaraf otak. Dengan demikian arus udara ini tidak muncul dengan sendirinya, tetapi diciptakan atas perintah syaraf-syaraf otak tertentu.

b) Pita Suara

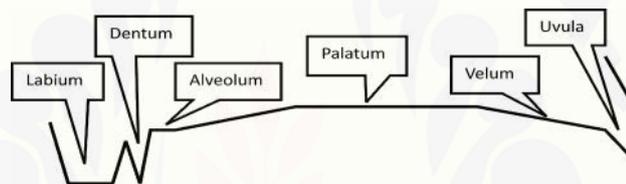
Pita suara merupakan sumber bunyi. Ia bergetar atau digetarkan oleh udara yang keluar atau masuk paru-paru. Pita suara terletak dalam kerongkongan (*larynx*) dalam posisi mendapat dari muka (*anterior*) ke belakang (*posterior*). Bergetarnya pita suara dengan cara membuka dan menutup. Lubang pada saat pita suara itu membuka disebut *glotis*. Membukanya dari muka menuju bagian belakang. Kadang-kadang membukanya tidak sampai ke belakang betul, menutupnya pun mulai dari muka. Selain dari getaran penuh dari muka ke belakang, ada lagi getaran kecil yang panjangnya setengah, sepertiga, seperempat, dan seterusnya dari panjang

pita suara, dan bergetar secara serempak. Satu kali membuka dan menutupnya pita suara (dua getaran) disebut satu gelombang. Banyaknya gelombang per detik disebut frekuensi bunyi.

c) Alat Ucap

Organ-organ tubuh yang disebut alat ucap itu bekerja seperti pada proses kita melakukan fungsi utamanya masing-masing. Jadi tidak ada perbedaan operasional yang berarti, hanya soal pengaturan saja sehingga bisa difungsikan sebagai alat pembentukan bunyi. Organ-organ tubuh yang dipergunakan sebagai alat ucap dapat dibagi menjadi tiga komponen, yaitu a) supraglotal, b) laring, dan c) subglotal.

2.2.7 Alat-alat Ucap Bagian Atas Rongga Mulut

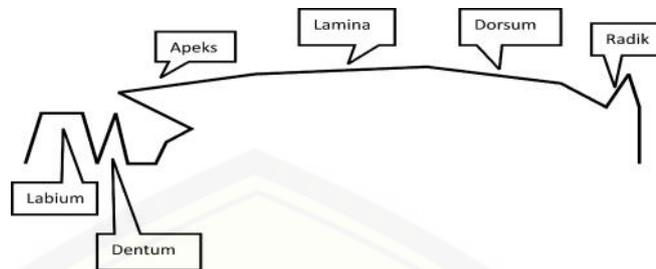


Gambar 3.6 Alat-alat ucap bagian atas rongga mulut. (Sumber: Muslich (2008:36).

Dari gambar 3.6 terlihat pada rongga mulut bagian atas terhadap bibir atas (*labium*), gigi atas (*dentum*), pangkal gigi atas (*alveolum*), langit-langit keras (*uvula*). Sebagai titik artikulasi, alat-alat ucap bagian atas ini bisa menjadi bagian bawah yang relatif berdekatan dengannya dalam rangka penghasilan bunyi.

1. *Bibir atas (labium)* bisa disentuh oleh bibir bawah
2. *Gigi atas (dentum)* biasa disentuh oleh bibir bawah, ujung lidah, dan daun lidah
3. *Pangkal gigi atas (alveolum)* biasa disentuh oleh ujung lidah dan daun lidah
4. *Langit-langit keras (palatum)* biasa disentuh oleh ujung lidah dan daun lidah
5. *Langit-langit lunak (velum)* biasa disentuh oleh belakang lidah
6. *Anak tekak (uvula)* biasa disentuh oleh akar lidah

2.2.8 Alat-alat Ucap Bagian Bawah Rongga Mulut

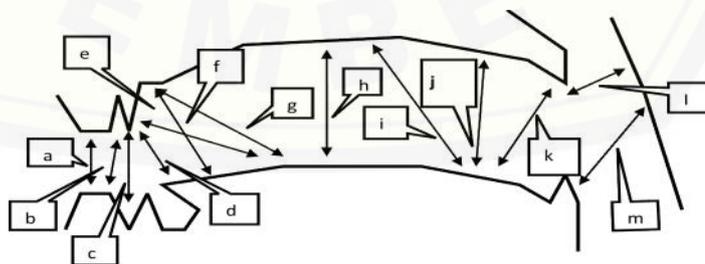


Gambar 3.7 Alat-alat ucap bagian bawah rongga mulut. (Sumber: Muslich, 2008:37).

Dari Gambar 3.7 terlihat bahwa pada rongga mulut bagian bawah terdapat bibir bawah (*labium*), gigi bawah (*dentum*), ujung lidah (*apeks*), tengah lidah (*lamina*), belakang lidah (*dorsum*), dan akar lidah (*radiks*). Sebagai artikulator alat-alat ucap bagian bawah ini bisa menyentuh atau mendekati alat-alat ucap bagian atas yang relatif berdekatan dengannya dalam rangka penghasilan bunyi :

1. *Bibir bawah (labium)* biasa menyentuh atau mendekati bibir atas dan gigi atas
2. *Gigi bawah (dentum)* bersama-sama dengan ujung lidah biasa menyentuh atau mendekati gigi atas
3. *Ujung lidah (apeks)* biasa menyentuh atau mendekati gigi atas, pangkal gigi atas, dan langit-langit keras
4. *Tengah lidah (lamina)*, biasa menyentuh atau mendekati gigi atas, pangkal gigi atas, dan langit-langit keras
5. *Belakang lidah (dorsum)*, biasa menyentuh atau mendekati langit-langit keras dan langit-langit lunak
6. *Akar lidah (radiks)* biasa menyentuh atau mendekati anak tekak

2.2.9 Skema Artikulasi dalam Mulut



Gambar 3.8 Skema artikulasi dalam mulut. (Sumber: Muslich, 2008:38).

Keterangan :

- a. Artikulasi bilabial (bibir bawah dan bibir atas)
- b. Artikulasi labio-dental (bibir bawah dan gigi atas)
- c. Artikulasi inter-dental (gigi bawah dan gigi atas)
- d. Artikulasi apiko-dental (ujung lidah dan gigi atas)
- e. Artikulasi apiko-alveolar (ujung lidah dan pangkal gigi)
- f. Artikulasi lamino-dental (daun lidah dan gigi atas)
- g. Artikulasi lamino-alveolar (daun lidah dan pangkal gigi)
- h. Artikulasi palatal (daun lidah dan langit-langit keras)
- i. Artikulasi dorso-palatal (pangkal lidah dan langit-langit keras)
- j. Artikulasi dorso-velar (pangkal lidah dan langit-langit lunak)
- k. Artikulasi dorso-uvular (pangkal lidah dan anak tekak)
- l. Artikulasi oral (penutupan arus udara ke rongga hidung oleh anak tekak)
- m. Artikulasi radiko-faringal (akar lidah dan dinding tenggorok)

2.2.10 Ketidاكلancaran Berujar yang Terkait Dengan Fonetik

Ketidاكلancaran berujar atau yang disebut “*Language Disabilities*” adalah kegagalan atau kekurangmampuan seseorang untuk berkomunikasi dengan menggunakan bahasa lisan dengan lancar berkesan (Lahey, 1988:20-21). Dalam beberapa kasus, fenomena ketidاكلancaran berujar sering dikaitkan dengan ketidakmampuan belajar oleh individu yang bersangkutan. Pada umumnya, penutur yang mempunyai masalah ketidاكلancaran berujar ini akan sukar atau tidak langsung merespon sewajarnya atau keadaan lain yang tidak diharapkan dalam suatu percakapan. Masalah ketidاكلancaran berujar oleh penutur ini dapat dilihat dari segi atau kelemahan organ pertuturannya, keadaan suaranya (terutama dari segi nada dan kenyaringan), dan kelancaran berujar (Thomas and Carmark, 1990:2). Permasalahan ini bisa disebabkan oleh kegagapan (*stuttering*), kelumpuhan syaraf otak (*cerebral palsied*), afasia (*aphasia*), disleksia (*dyslexia*), disartria (*disartria*), belahan langit-langit mulut (*cleft palate*), rusak pendengaran (*hearing impaired*) dll.

2.2.11 Fonemik

Fonem adalah kesatuan bunyi terkecil suatu bahasa yang berfungsi membedakan makna. Kenneth L.Pike (dalam Muslich, 2014: 63) mengatakan, “a phonem is one of the significant units of sounds, or a contranstive sound unit”. Berdasarkan rumusan tersebut jelaslah bahwa fonem mempunyai “fungsi pembeda”, yaitu pembeda makna. Di dalam bahasa Indonesia dijumpai bentuk linguistik [palaŋ] ‘palang’. Bentuk ini bisa dipindah menjadi lima bentuk

linguistik yang lebih kecil, yaitu [p], [a], [l], [a], [n], dan [ŋ]. Kelima bentuk linguistik ini (masing-masingnya) tidak mempunyai makna. Jika salah satu bentuk linguistik terkecil tersebut (misalnya [p]) diganti dengan bentuk linguistik terkecil lain misalnya [k], [t], [j], [m], [d], [d] sehingga makna bentuk linguistik yang lebih besar, yaitu [palaŋ] akan berubah menjadi [kalaŋ] ‘sangga’, [jalaŋ] ‘liar’, [malaŋ] ‘celaka’, [dalaŋ] ‘dalang’, dan [galaŋ] ‘galang’. Berdasarkan bukti empiris tersebut diketahui bahwa bentuk linguistik terkecil [p] berfungsi membedakan makna terhadap bentuk linguistik yang lebih besar, yaitu [palaŋ], walaupun [p] sendiri tidak mempunyai makna. Bentuk linguistik terkecil yang berfungsi membedakan makna itulah yang disebut fonem. Jadi, bunyi [p] adalah realisasi dari fonem /p/.

2.2.12 Pembentukan dan Klasifikasi Bunyi Bahasa

1) Vokal, Konsonan, dan Semivokal

Marsono (1999:16) menyatakan vokal adalah bunyi bahasa yang arus udaranya tidak mengalami rintangan. Pada pembentukan vokal tidak ada artikulasi. Hambatan untuk bunyi vokal hanya pada pita suara saja. Hambatan pada pita suara tidak lazim disebut artikulasi. Konsonan adalah bunyi bahasa yang dibentuk dengan menghambat arus udara pada sebagian alat ucap. Dalam hal ini terjadi artikulasi. Bunyi semivokal adalah bunyi yang secara praktis termasuk konsonan, tetapi pada waktu diartikulasikan belum membentuk konsonan murni.

2) Bunyi Nasal dan Oral

Marsono (1999:17) menyatakan bunyi nasal atau sengau dibedakan dari bunyi oral berdasarkan jalan keluarnya arus udara. Bunyi nasal dihasilkan dengan menutup arus udara keluar melalui rongga mulut, membuka jalan agar dapat keluar melalui hidung. Bunyi oral dihasilkan dengan jalan mengangkat ujung anak tekak mendekati langit-langit lunak untuk menutupi rongga hidung sehingga arus udara dari paru-paru keluar melalui mulut. Selain bunyi nasal, semua bunyi vokal dan konsonan Bahasa Indonesia termasuk bunyi oral.

3) Bunyi Keras dan Lunak

Marsono (1999:18) menyatakan bunyi keras dibedakan dari bunyi lunak berdasarkan ada tidaknya ketegangan arus udara pada waktu bunyi itu

diartikulasikan. Bunyi bahas adisebut keras apabila pada waktu diartikulasikan disertai ketegangan kekuatan arus udara. Sebaliknya, apabila pada waktu diartikulasikan tidak disertai ketegangan kekuatan arus udara, bunyi disebut lunak. Bunyi keras mencakup beberapa jenis bunyi, yaitu : 1). bunyi letup bersuara (p,t,c,k), 2). bunyi geseran tak bersuara (s), 3). bunyi vocal (a,i,u,e,o). Bunyi lunak mencakup beberapa jenis yaitu : 1). bunyi letup bersuara (b,d,j,g), 2). bunyi geseran bersuara (g), 3). bunyi nasal (m,n,ng,ny), 4). bunyi likuida (r,l), 5). bunyi semivokal (w,y), dan 6). bunyi vokal (a,i,u,e,o).

4) Bunyi Panjang dan Pendek

Marsono (1999:19) menyatakan bunyi panjang dibedakan dari bunyi pendek berdasarkan lamanya buyi tersebut diucapkan atau diartikulasikan. Vokal dan konsonan dapat dibedakan atas bunyi panjang dan bunyi pendek

5) Bunyi Nyaring dan Tak Nyaring

Marsono (1999:20) menyatakan perbedaan bunyi berdasarkan derajat penyaringan itu merupakan tinjauan fonetik auditoris. Derajat penyaringan itu sendiri ditentukan oleh luas sempitnya atau besar kecilnya ruang resonansi pada waktu bunyi itu diucapkan.

6) Bunyi Tunggal dan Bunyi Rangkap

Marsono (1999:19) menyatakan bunyi tunggal dibedakan dari bunyi rangkap berdasarkan perwujudannya. Bunyi tunggal adalah sebuah bunyi yang berdiri sendiri dalam satu suku kata, sedangkan bunyi rangkap adalah dua bunyi ata lebih yang bergabung dalam satu suku kata. Semua bunyi vokal dan konsonan adalah bunyi tunggal. Bunyi tunggal disebut bunyi *monoftong*. Bunyi rangkap dapat berupa diftong maupun kalster. Diftong, yang lazim disebut vokal rangkap, dibentuk apabila keadaan posisi lidah sewaktu mengucapkan bunyi vokal yang satu dengan bunyi vokal yang lainnya saling berbeda. Klater, yang lazim disebut gugus konsonan, dibentuk apabila cara artikulasi atau tempat artikulasi dari konsonan yang diucapkan saling berbeda.

7) Bunyi Egresif dan Ingresif

Marsono (1999:23) menyatakan bunyi egresif dan ingresif dibedakan berdasarkan arus udara. Bunyi egresif dibentuk dengan cara mengeluarkan arus

udara dari dalam paru-paru, sedangkan bunyi ingresif dibentuk dengan cara menghisap udara ke dalam paru-paru.

8) Fonem Vokal dan Konsonan

Marsono (1999:29) menyatakan vokal dapat diklasifikasikan berdasarkan tinggi rendahnya lidah, bagian lidah yang bergerak, striktur, dan bentuk bibir.

a. Pembentukan vokal berdasarkan tinggi rendahnya lidah.

- 1) vokal tinggi, yaitu [i, u];
- 2) vokal madya, yaitu [e, , o,];
- 3) vokal rendah, yaitu [a].

b. Pembentukan vokal berdasarkan bagian lidah yang bergerak.

- 1) vokal depan yaitu vokal yang dihasilkan oleh gerakan peranan turun naiknya lidah bagian depan yaitu [i, e, , a];
- 2) vokal tengah yaitu vokal yang dihasilkan oleh gerakan peranan lidah bagian tengah yaitu [];
- 3) vokal belakang yaitu vokal yang dihasilkan oleh gerakan peranan turun naiknya lidah bagian belakang yaitu [u,o, , a].

c. Pembentukan vokal berdasarkan striktur

- 1) vokal tertutup yaitu vokal yang diangkat setinggi mungkin mendekati langit-langit dalam batas vokal, vokal ini adalah vokal [i] dan [u];
- 2) vokal semi-tertutup yaitu vokal yang dibentuk dengan lidah diangkat dalam ketinggian sepertiga di bawah tertutup atau dua pertiga di atas vokal paling rendah, vokal ini adalah vokal [e] dan [o];
- 3) vokal semi terbuka, yaitu vokal yang dibentuk dengan lidah diangkat dalam ketinggian sepertiga di atas vokal yang paling rendah atau dua pertiga di bawah vokal tertutup, vokal ini adalah [] dan [];
- 4) vokal terbuka, yaitu vokal yang dibentuk dengan lidah dalam posisi serendah mungkin, vokal ini adalah vokal [a].

d) Pembentukan vokal berdasarkan bentuk bibir.

- 1) vokal bulat, yaitu vokal yang diucapkan dengan bentuk bibir bulat, yaitu vokal [];

- 2) vokal netral, yaitu vokal yang diucapkan dengan bentuk bibir dalam posisi netral seperti vokal [a];
- 3) vokal tak bulat, yaitu vokal yang diucapkan dengan bentuk bibir tidak bulat atau terbentang lebar yaitu vokal [i, e, ɛ, ɔ, a].

b. Fonem Konsonan dan Cara Pembentukannya

Marsono (1999:60) menyatakan berdasarkan pembentukan berdasarkan mekanisme artikulasi, konsonan terdiri sebagai berikut:

1. Bunyi *bilabial*, yaitu konsonan yang dihasilkan dengan mempertemukan kedua belah bibir yang bersama-sama bertindak sebagai artikulator dan titik artikulasi. Bunyi yang dihasilkan ialah p, b, m, dan w;
2. Bunyi *labiodental*, yaitu konsonan yang dihasilkan dengan mempertemukan gigi atas sebagai titik artikulasi dan bibir bawah sebagai artikulator. Bunyi yang dihasilkan ialah f dan v;
3. Bunyi *apiko-dental*, yaitu konsonan yang dihasilkan dengan ujung lidah yang bertindak sebagai artikulator dan daerah antar gigi sebagai titik artikulasi. Bunyi yang dihasilkan ialah t, d, dan n;
4. Bunyi *apiko-alveolar*, yaitu konsonan yang dihasilkan oleh ujung lidah sebagai artikulator dan gusi sebagai titik artikulasi. Bunyi yang dihasilkan ialah t, d, dan n;
5. Bunyi *palatal atau lamino-palatal*, yaitu konsonan yang dihasilkan oleh bagian tengah lidah sebagai artikulator dan langit-langit keras sebagai titik artikulasi. Bunyi yang dihasilkan c, j, s, ʃ, dan y;
6. Bunyi *velar atau dorso-velar*, yaitu konsonan yang dihasilkan oleh belakang lidah sebagai artikulator dan langit-langit lembut sebagai titik artikulasi. Bunyi yang dihasilkan ialah k, g, x, dan ŋ;
7. Bunyi dorso-uvular, yaitu bunyi yang dihasilkan dari keterlibatan pangkal lidah (dorsum) dan anak tekak (uvula). Caranya pangkal lidah sebagai artikulator menyentuh anak tekak sebagai titik artikulasi. Bunyi yang dihasilkan adalah q dan r;

8. Bunyi *glotal* atau *hamzah*, yaitu konsonan yang dihaikan dengan posisi pita suara sama sekali merapat sehingga menutup glotis. Bunyi yang dihasilkan adalah ?;
9. Bunyi *laringal*, yaitu konsonan yang dihasilkan dengan pita suara terbuka terbuka lebar sehingga udara yang keluar digesekkan melalui glottis. Bunyi yang dihasilkan ialah h.



BAB 3. METODE DAN TEKNIK PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah jenis penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian untuk memperoleh data secara sistematis, faktual, dan akurat. Penelitian yang bersifat kualitatif adalah metode yang dilakukan berdasarkan data yang ada atau fenomena yang memang secara empiris hidup dalam diri penutur bahasa sehingga data yang dihasilkan berupa perian bahasa yang sifatnya seperti potret tanpa mempertimbangkan benar salahnya penutur bahasa (Sudaryanto, 1993:62).

3.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini berlokasi di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty yang terletak di Jl. Progo No 59 Kecamatan Banyuwangi Kabupaten Banyuwangi, Jawa Timur. Adapun Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty merupakan Sekolah Dasar Luar Biasa swasta yang melakukan penyelenggaraan belajar siswanya selama enam hari aktif senin sampai dengan sabtu.

3.3 Data dan Sumber Data

1) Data

Data yang diperoleh adalah data kebahasaan atau data lingual berupa kata-kata dari alat ucap yang dihasilkan oleh Bagus Chandra. Selain itu, data yang diperoleh adalah data informasi mengenai kelainan genetika yang mengakibatkan *down syndrome* yang saat ini diderita oleh Bagus Chandra.

2) Sumber Data

Sumber data yang diperoleh didapatkan dari subjek yakni penderita *down syndrome* yaitu Bagus Chandra. Selain itu, sumber data juga diperoleh dari beberapa informan. Dalam hal ini, informan yang dimaksud adalah orang tua, psikolog, dan juga guru pembimbing di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi.

3.4 Metode dan Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode simak SLB dan SLBC, serta metode cakap dengan cara wawancara mendalam, untuk memperoleh data mengenai faktor yang menyebabkan subjek penelitian mengalami ketidakmampuan dalam mengucapkan bunyi bahasa. Dalam hal ini, metode simak libat cakap atau SLB adalah metode penelitian yang digunakan dengan cara peneliti ikut berinteraksi atau berkomunikasi secara langsung dengan subjek penelitian, sementara metode simak bebas libat cakap atau SLBC adalah metode yang dilakukan dengan cara peneliti tidak ikut berinteraksi, hanya mengamati subjek penelitian dengan lawan bicara. Adapun urainnya adalah sebagai berikut :

3.4.1 Metode simak

Metode Simak dalam penelitian ini menggunakan simak libat cakap (SLB) dan simak bebas libat cakap (SLBC). Simak libat cakap (SLB) dalam penelitian ini, dilakukan dengan cara peneliti ikut berinteraksi dengan berkomunikasi langsung dengan subjek, saat subjek melakukan interaksi komunikasi dengan lawan bicara baik di sekolah maupun saat di rumah. Lalu, simak bebas libat cakap (SLBC) dilakukan dengan cara melihat interaksi komunikasi yang dilakukan oleh subjek, baik interaksi komunikasi yang dilakukan di sekolah maupun di rumah. Adapun metode simak bebas cakap (SLB) dan simak bebas libat cakap (SLBC) dilakukan dengan menggunakan beberapa teknik, yakni teknik rekam, catat, dan pancing.

1) Teknik Rekam

Hal pertama yang dilakukan peneliti adalah dengan merekam tuturan yang dihasilkan oleh penderita *down syndrome* ketika ia berinteraksi dengan lawan bicara. Alat perekam yang dipakai adalah aplikasi *voice recorder* pada *handphone* (HP). Selanjutnya, peneliti juga mengambil gambar dengan merekam aktivitas bicara Chandra agar kemampuan alat ucap nya, juga jelas untuk dianalisis seperti bagian

mulut-mulutnya yaitu lidah, gigi, serta bagian-bagian mulut yang lain menggunakan alat rekam *Handycam*.

2) Teknik Catat

Setelah proses perekaman selesai, peneliti mencatat bunyi-bunyi bahasa yang dihasilkan oleh alat ucap penderita *down syndrome*. Pencatatan berupa aspek-aspek lingual yang dihasilkan oleh alat ucap Bagus Chandra.

3) Teknik Pancing

Selanjutnya adalah penggunaan teknik pancing. Dalam penelitian ini, teknik pancing digunakan untuk memperoleh data lingual lebih lengkap. Teknik pancing dalam hal ini dilakukan dengan dua cara, yang pertama yaitu dengan menggunakan media gambar serta benda konkret, lalu ditunjukkan kepada Bagus Chandra dan menyuruhnya untuk membacanya atau menyebutnya satu persatu. Dalam pelaksanaannya subjek diminta duduk berhadapan dengan peneliti dan diminta melihat gambar-gambar yang ditunjukkan peneliti dan objek konkret benda yang berperan sebagai stimulus. Setelah itu, Bagus Chandra diminta mengucapkan gambar-gambar, benda konkret, dan kata-kata yang telah disiapkan oleh peneliti dengan cara peneliti mengucapkan kata-kata tersebut, kemudian ditirukan. Kedua, dengan cara menyiapkan beberapa kata-kata berupa kuesioner yang telah peneliti siapkan sebelumnya, lalu menyuruh subjek penelitian untuk menirukan atau mengucapkannya kepada peneliti.

3.4.2 Metode cakap

Metode Cakap dalam penelitian dilakukan dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*), wawancara dilakukan dengan menggunakan alat berupa kuesioner yang berisi beberapa pertanyaan kunci sebagai pegangan peneliti untuk mendapatkan informasi mengenai ketidakmampuan pengucapan bunyi bahasa kepada orang tua, psikolog, dan guru pembimbing Bagus Chandra. Dalam praktiknya, Peneliti menyiapkan kuesioner yang berisi beberapa pertanyaan mengenai hal yang

melatarbelakangi Bagus Chandra sehingga ia menderita kelainan genetika *down syndrome* kepada orang tua, kecakapan bicara, dan bagaimana reaksi dari subjek saat diajak interaksi oleh orang tua di rumah. Selanjutnya adalah kuesioner, dalam hal ini kuesioner disiapkan untuk melakukan wawancara kepada psikolog dan guru, yaitu kuesioner yang berisi pertanyaan seputar kondisi mental, kecakapan bicara, dan interaksi Bagus Chandra dengan lawan bicaranya ketika berada di sekolah.

3.5 Metode dan Teknik Analisis Data

Metode analisis data pada penelitian ini adalah metode deskriptif analitis, dan menggunakan metode agih untuk menganalisis aspek lingual dari subjek penelitian. Metode deskriptif analitis adalah suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa melakukan analisis dan kesimpulan yang berlaku untuk umum (Sugiyono 2009:29). Adapun metode agih dalam penelitian ini menggunakan teknik bagi unsur langsung (BUL). Teknik BUL pelaksanaannya mengandalkan pada intuisi peneliti dengan cara memilah aspek lingual yang dihasilkan oleh alat ucap subjek. Selanjutnya adalah teknik lanjutan, teknik lanjutan yang digunakan adalah teknik lesap, ganti, sisip, dan ubah ujud. Teknik lesap dalam penelitian ini digunakan untuk membuktikan adanya pelesapan unsur gramatikal dalam bunyi bahasa. Teknik sisip digunakan untuk membuktikan adanya penyisipan (adisi) dari bunyi bahasa yang diucapkan, hal ini dibuktikan dengan contoh kata [dasi] yang diucapkan menjadi [dasI^h]. Teknik lesap digunakan untuk membuktikan adanya penghilangan (omisi) seperti pada contoh kata [wali] yang diucapkan menjadi [ali] oleh Bagus Chandra. Lalu, teknik ganti digunakan untuk membuktikan adanya penyulihan (substitusi) seperti pada contoh kata [rakUs] yang diucapkan menjadi [lakUs] oleh Bagus Chandra.

Adapun tahapan analisis data dalam penelitian ini menggunakan tahap model alir Miles dan Huberman (dalam Bungin, 2001:296) yakni tahap reduksi, tahap penyajian, dan tahap kesimpulan. Namun, dalam penelitian ini, tidak seutuhnya menggunakan tahapan analisis tersebut, sebab untuk memperoleh data yang lengkap sesuai dengan rumusan masalah, peneliti juga menggunakan

tahapan lain yaitu tahap deskripsi data. Adapun uraian lengkapnya adalah sebagai berikut.

(a) Mereduksi Data

Reduksi data dalam penelitian ini adalah dengan memilih data yang berkaitan dengan aspek lingual Chandra yaitu bunyi vokal dan konsonan yang dihasilkan oleh alat ucap. Data yang telah dipilih disesuaikan dengan rumusan masalah yang tertera pada Bab 1.

(b) Mendeskripsikan Data

Pada tahap ini, peneliti mendeskripsikan informasi yang diperoleh dari orang tua, psikolog, dan guru pembimbing Bagus Chandra untuk mengetahui segala informasi tentang kelainan genetika *down syndrome* yang diderita Bagus Chandra.

(c) Menyajikan Data

Pada tahap ini data direduksi sesuai dengan rumusan masalah. Selanjutnya, setelah data direduksi dan juga dideskripsikan, kemudian peneliti menyajikan data ke dalam bentuk tabel dan juga deskripsi yang telah disesuaikan dengan rumusan masalah.

(d) Kesimpulan

Adapun tahap kesimpulan dalam hal ini adalah tahap akhir atau penyelesaian. Pada tahap ini peneliti menarik kesimpulan berdasarkan rumusan masalah yang tertera pada Bab 1.

3.6 Pemaparan Hasil Analisis Data

Metode pemaparan hasil analisis data ada dua macam yaitu metode penyajian formal dan metode penyajian informal. Metode penyajian formal adalah penyajian kaidah berupa perumusan dengan tanda dan lambang-lambang, sedangkan metode informal adalah penyajian kaidah berupa perumusan menggunakan kata-kata biasa (Sudaryanto, 1993:145). Dalam pemaparan hasil analisis data, peneliti menggunakan metode penyajian informal.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Kemampuan produksi fonologis Bagus Chandra terdiri atas dua hal, yang pertama adalah kemampuan produksi bunyi vokal dan yang kedua adalah kemampuan produksi bunyi konsonan. Kemampuan bunyi vokal adalah sempurna, sebab Bagus Chandra dapat mengucapkan bunyi vokal yang mencakup bunyi vokal [a], [i], [u], [ɛ], [e], [ɔ], dan [o] dengan tepat, tanpa adanya suatu hambatan. Hal ini dibuktikan dengan pengucapan bunyi vokal [a], [i], [u], [ɛ], [e], [ɔ], dan [o] yang didasarkan pada distribusi dan silabe terbuka serta tertutup.

Kemampuan bunyi konsonan dalam hal ini terdiri atas dua hal, yakni bunyi konsonan yang mampu diucapkan yang mencakup bunyi konsonan [b], [c], [d], [g], [h], [j], [k], [l], [m], [n], [p], [q], [s], [t], dan [y], serta bunyi konsonan yang tidak mampu untuk diucapkan yang mencakup bunyi konsonan [r], [f], [v], [w], [x], dan [z]. Sebagian besar bunyi konsonan dapat diucapkan secara sempurna oleh Bagus Chandra, hanya beberapa dari bunyi konsonan yang tidak mampu ia ucapkan.

Adapun beberapa bunyi konsonan yang tidak mampu untuk diucapkan yang mencakup bunyi konsonan [r], [f], [v], [w], [x], dan [z] mengalami penyimpangan bunyi bahasa, yakni berupa penggantian dan penghilangan. Penggantian bunyi konsonan terjadi pada bunyi konsonan [r] yang diganti menjadi bunyi [l], [f] yang diganti menjadi bunyi [p], [v] yang diganti menjadi bunyi [p], [z] yang diganti dengan bunyi [j], dan bunyi konsonan [w] dan [x] yang selalu dihilangkan.

Penyimpangan bunyi konsonan yang mencakup bunyi konsonan [r], [f], [v], [w], [x], dan [z] membentuk suatu pola penyimpangan bunyi bahasa yang teratur. Hal ini didasarkan pada letak distribusi dan silabe terbuka maupun tertutupnya bunyi-bunyi konsonan tersebut yang selalu berubah atau menghilang ketika diucapkan oleh Bagus Chandra.

Bagus Chandra memiliki kosa kata yang cukup kaya sehingga ia mampu mengucapkan bunyi vokal dengan sempurna dan sebagian besar bunyi konsonan

jika dibandingkan dengan anak *down syndrome* yang lain di Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi. Hal ini dapat kemungkinan disebabkan oleh tingkat intelegensianya yang berada pada level tengah yaitu *moderate mental retardation* yang kemungkinan menyebabkan ia memiliki kosa kata yang lebih beragam dan juga dapat menirukan kosa kata yang dikatakan lawan bicaranya dengan lancar.

Penyimpangan bunyi bahasa yang dialami oleh Bagus Chandra berdasarkan penelitian disebabkan oleh faktor fisik. Faktor fisik dalam hal ini adalah tumbuh kembang lidah yang tidak normal. Bagus Chandra memiliki ukuran lidah yang terlalu panjang dan lebar dan cenderung dijulurkan. Kondisi tersebut, akhirnya berdampak pada kemampuan produksi fonologisnya yang membatasi gerakan lidah ketika akan membentuk bunyi konsonan [r], [f], [v], [w], [x], dan [z]. Maka dari itu, ketika bunyi konsonan tersebut dibentuk, Bagus Chandra cenderung mengganti dengan bunyi konsonan yang dinilai lebih mudah diucapkan atau dengan menghilangkan bunyi konsonan tersebut.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, diperlukan adanya penelitian lebih lanjut terkait dengan kemampuan berbahasa dari aspek fonologis penderita *down syndrome*. Dalam hal ini, juga diperlukan penelitian dalam aspek linguistik lainnya seperti morfologi, sintaksis, dan pragmatik. Selain itu, *speech therapy* atau terapi wicara sangat dibutuhkan untuk membantu memulihkan alat ucap yang lemah dari penderita *down syndrome* yaitu Bagus Chandra. Namun, selain *speech therapy*, sarana dan kegiatan untuk memulihkan alat ucap Bagus Chandra adalah peningkatan mutu dan kualitas lingkungan sosialnya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Abbeduto, Leonard. 2003. *Language and Communication in Mental Retardation*. California: Academic Press.
- Ball, Martin. Lowry, Orla. 2001. *Methods in Clinical Phonetics*. United Kingdom: Whurr Publishers.
- Chaer, Abdul. 2003. *Fonologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chaer, Abdul. 2015. *Psikolinguistik Kajian Teoritik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Cohen I, William. Nadel Lynn. Madnick E, Myra. 2002. *Visions For 21st Century Down Syndrome*. New York: A John Wiley & Sons INC Publication.
- Marsono. 1999. *Fonetik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Muslich, Masnur. 2008. *Fonologi Bahasa Indonesia Tinjauan Deskriptif Sistem Bunyi Bahasa Indonesia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Indah N, Rosmani. 2012. *Gangguan Berbahasa*. Malang: UIN-Maliki Press.
- Piaget, Jean. Inhelder, Barbel. 2016. *Psikologi Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maxwell C, John. 2016. *Jump Start Your Priorities*. Surabaya: PT Menuju Insan Cemerlang.
- Smith E, Edward. Kosslyn M, Stephen. 2014. *Psikologi Kognitif Pikiran dan Otak*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Penerjemah/Penafsiran Al-Qur'an Lajnah Pentashihan Mushaf Al-Qur'an Kementrian Agama Republik Indonesia. 2014. *Al-Qur'an dan Tajwid*. Bandung: PT Sygma Examedia Arkanleema.
- Sudaryanto. 1993. *Metode dan Aneka Teknik Analisis Bahasa*. Yogyakarta: Duta Wacana University Press.
- Sudiono, Janti. 2014. *Gangguan Tumbuh Kembang Dentokraniofasial*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Subyantoro. 2013. *Gangguan Berbahasa*. Yogyakarta: Penerbit Ombak.
- Somantri Sutjihati. 2006. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: PT Refika

Aditama.

Skripsi

Anggraeni Y, Debby. 2013. "Kajian Fonetis Pada Tuturan Anak Penyandang Tunagrahita di SLB-C Sukapura Kiaracandong". *Skripsi*. Fakultas Pendidikan Bahasa dan Seni. Universitas Pendidikan Indonesia. Bandung.

Asnidar, 2005. "Makroglosia: Pengaruhnya Pada Pertumbuhan dan Perkembangan Anak". *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Gigi. Universitas Sumatera Utara. Medan.

Artikel pada Jurnal

Asmoro, Andri. 2016. "Penguasaan Bunyi Bahasa Anak Disabilitas Tunarungu Usia 10-12 Tahun pada Kata Pasangan Minimal di SDLB Santi Rama Jakarta". *Masyarakat Linguistik Indonesia*. Volume ke-34 No 2. <http://www.linguistik-indonesia.org/images/files/PenguasaanBunyiBahasa.pdf>.

Ayriza, Yulia. 1997. "Pelatihan Kesadaran Fonologis pada Anak-Anak Prasekolah untuk Menyambut Tugas Belajar Membaca pada Masa Sekolah". *Cakrawala Pendidikan* No 1 Tahun XVI Februari 1997. <https://media.neliti.com/media/publications/86829-ID-none.pdf>.

Baihaqi M, Luthfi. 2011. "Kompetensi Fonologis Anak Penyandang Down Syndrome di SLB C Negeri 1 Yogyakarta". *Repository Kemendikbud*. Widyariset Volume 14 No 1. <http://repositori.perpustakaan.kemdikbud.go.id/428/1/401-786-1-SM.pdf>.

Diefendorf O, Allan. Bull J, Marilyn. Harvey C, Debbie. 1995. "Down Syndrome : A Multidisciplinary Perspective". *Jurnal of the American Academy and Audiology*. Volume 6 nomor 1. <https://www.audiology.org>.

Dewi K, Yoffie. Sastra, Gusdi. 2015. "Gangguan Fonologis Penderita Ankyloglossia Penutur Bahasa Melayu Riau". *Jurnal Puitika*. Volume 11 No 1. Universitas Andalas.

Memisevic, Haris. Hadzic, Selmir. 2013. "Speech and Language Disorders in Children with Intellectual Disability in Bosnia and Herzegovina". *Disability CBR & Inclusive Development*. Volume 24 No 2. www.dcidj.org.

- Kurniawati, Leli. Alimin, Zaenal. Asri, Pudji. “Program Intervensi Pengembangan Kecakapan Berbicara Anak Down Syndrome”. *Jurnal Ilmu Pendidikan*. Universitas Pendidikan Indonesia. Jakarta.
- Pruthi, Gauri. “Language Development in Children with Mental Retardation”. *University Press*. www.goertzel.org.
- Putri, D Nuraini. 2015. “Analisis Pemerolehan Fonologi Pada Penderita Down Syndrome: Studi Kasus Pada Seorang Anak”. *Jurnal Ilmiah*. Sekolah Tinggi Keguruan dan Ilmu Pendidikan PGRI. Sumatera Barat.
- Pujaningsih. 2010. “Perkembangan Bahasa dan Gangguan Berbahasa pada Anak Berkebutuhan Khusus”. *Jurnal Pendidikan Khusus*. Volume 6 No 1. www.download.portalgaruda.org.
- Rondal A, Jean. 1998. “Cases of Exceptional Language In Mental Retardation and Down Syndrome : Explanatory Perspectives”. *Down Syndrome Research and Practice*. Volume 5 No 1. Hlm 1-15. www.down-syndrome.org.
- Roberts, E Joanne. Price, Johanna. Malkin, Cheryl. 2007. “Language and Communication Development in Down Syndrome”. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

LAMPIRAN 1

DATA

Data dalam hal ini terdiri atas dua macam, yang pertama berupa kata-kata Bagus Chandra, dan yang kedua adalah data informasi dari hasil wawancara mendalam antara peneliti dengan orang tua, psikolog, dan guru pembimbing Bagus Chandra.

Data 1 Percakapan antara peneliti dengan Subjek

Peneliti : Menunjukkan gambar beberapa hewan (sapi, ular, kerbau, jerapah, buaya, tikus, harimau, monyet, tapir, kuda, rusa, angsa, belut, ular, semut, elang, katak, cicak, cacing, domba, gagak, hiu, kambing, kakap, landak, naga, rakun) dengan media gambar kepada Bagus Chandra “Chan, ini coba kasih tau nama hewan disini apa aja?”

Subjek : “Sapih, ulat, kelbau, jelapah, buaya, tikus, halimau, monyet, tapil, kuda, lusa, angsa, belut, ulat, semut, elang, katak, cicak, cacing, domba, gagak, hiu, kambing, kakap, landak, naga, rakun”

Peneliti : Menunjukkan boneka beberapa buah (nanas, ubi, timun) kepada Bagus Chandra “Chan, ini coba kasih tau nama buah yang mbak pegang ini apa aja?”

Subjek : “Nanas, ubih, timun”

Peneliti : Menyiapkan beberapa kata dan menyuruh Bagus Chandra untuk mengucapkan ulang “Chan, coba sekarang kamu bilang abu, adu, aku”

Subjek : “abuh, aduh, akuh”

Peneliti : “Coba bilang mama masak ikan dari pasar”

Subjek : “mama masak ikan dali pasal”

Peneliti : “Coba bilang lada”

Subjek : “Lada”

Peneliti : “Coba bilang kasur”

Subjek : “Kasul”

Peneliti : “Coba bilang ibu, ubi, uji, isu, itu”

Subjek : “ibuh, ubih, ujih, isuh, ituh”

Peneliti : “Coba bilang kasir sama pasir”

Subjek : “Kasil pasir”

Peneliti : “Bilang sendi sama peti coba bisa gak”

Subjek : “Sendih petih”

Peneliti : “Kalau bilang uang, perut, kamu, tamu, sapu bisa gak? Nanti mbak kasih permen”

Subjek : “Uang, pelut, kamuh, tamu, sapuh”

Peneliti : “Coba terakhir kalau bilang emas, peternak, menetas”

Subjek : “Emas, petelnak, menetas capek tiduh!”

Data 2. Percakapan antara peneliti dengan orang tua, Psikolog, dan Guru

Peneliti : “Gimana awal cerita Chandra kena *down syndrome*?”

Orang Tua : “Dulu waktu mengandung rumah tante dekat dengan rumah orang yang ternak ayam, kata dokter bisa jadi memang karena virus yang ditularin ayam waktu itu”

Peneliti : “Chan gimana interaksi kalo dia ngomong sama orang rumah?”

Orang Tua : “Ya itu, kalo ngomong ‘r’ masih belum lancar, pokok yang susah dia belum bisa”

Peneliti : “Dulu waktu tau chan kena ds hal pertama yg dilakuin apa?”

Orang Tua : “Bawa ke dokter”

Peneliti : “Chandra ini masuk ke dalam DS level apa ya bu?”

Psikolog : “Pertengahan mbak, yg moderate”

Peneliti : “Gimana interaksi dengan teman dan guru di sekolah bu?”

Psikolog : “Hyper mbak, tapi masih mau menjalankan instruksi walaupun sifatnya jahil tiap harinya di sekolah”

Peneliti : “Bagaimana Chandra kalau di sekolah bu?”

Guru : “Nakal sekali mbak, tapi dia paling aktif di kelas”

Peneliti : “Aktif seperti apa bu?”

Guru : “Jahil mbak”

Peneliti : “Cara menanginya gimana bu?”

Guru : “Biasanya mesti diomongin pakai nada tinggi dulu mbak baru mau nurut”

Peneliti : “Komunikasinya bagaimana bu?”

Guru : “Kalau komunikasi dengan temannya paling lancar mbak”

LAMPIRAN 2

BIODATA SUBJEK

Nama : Bagus Chandra Wibowo
Alamat : Jl. Singonegaran Welaran Banyuwangi
Tempat Tanggal Lahir : Banyuwangi, 11 April 2011
Sekolah : SDLB An-Moerty Banyuwangi



LAMPIRAN 3

SURAT KETERANGAN PENELITIAN



YAYASAN "AN MOERTY"
SEKOLAH ABK "AUTISME AN MOERTY"
Alamat : Jl. Progo No. 59, Singonegaran
Kec. Banyuwangi – Kab. Banyuwangi
Telp. 082233392179 E-mail : anmoerty59@yahoo.com

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Sekolah Dasar Luar Biasa An-Moerty Banyuwangi, menerangkan bahwa :

Nama : Herlia Oktaviani
NIM : 140110201040
Fakultas/Prodi : Fakultas Ilmu Budaya/Sastra Indonesia
Instansi : Universitas Jember
Keterangan : Telah melakukan penelitian guna penyusunan skripsi mulai tanggal 9 Oktober 2018 s/d 18 Oktober 2018 dengan judul "**Kemampuan Produksi Fonologis Penyandang Down Syndrome : Studi Kasus Pada Bagus Chandra di SDLB An-Moerty Banyuwangi**"

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Banyuwangi, 16 Oktober 2018

Kepala An-Moerty



Berti Susi Handayani S.Psi

LAMPIRAN 4

DOKUMENTASI

1.



2.

