

**PERILAKU BERMAIN ANAK *DOWN SYNDROME*
RINGAN USIA 5-8 TAHUN DITINJAU DARI
TEORI MILDREN PARTEN DI DESA
TERLANGU KECAMATAN BREBES
KABUPATEN BREBES**



SKRIPSI

Disusun sebagai Syarat untuk Memperoleh Gelar Sarjana Jurusan Pendidikan
Guru Pendidikan Anak Usia Dini

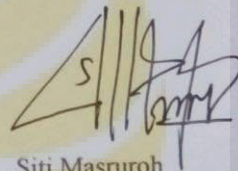
Oleh
Siti Masruroh
UNNES 1601410012 SEMARANG

**FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
PENDIDIKAN GURU PENDIDIKAN ANAK USIA DINI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2017**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian ataupun keseluruhan. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, 18 Agustus 2017



Siti Masuroh
NIM : 1601410012



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PERSETUJUAN DOSEN PEMBIMBING

Skripsi ini telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke Sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang pada:

Pada Hari : Kamis
Tanggal : 31 Agustus 2017

Mengetahui,

Ketua Jurusan Pendidikan Guru

Pendidikan Anak Usia Dini



Edo Waluyo, M.Pd.
NIP. 197904252005011001

Pembimbing,

Dr. Sri Sularti Dewanti H., M.Pd.
NIP 195706111984032001

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

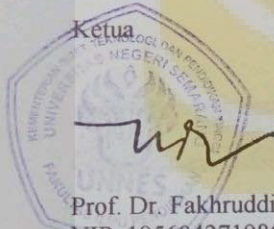
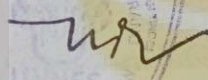
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “ Perilaku Bermain Anak *Down Syndrome* Ringan Usia 5-8 Tahun Ditinjau dari Teori Mildren Parten Di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes” telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang, pada:

Hari : **Senin**
Tanggal : **4 September 2017**

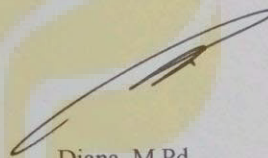
Panitia Ujian Skripsi,

Ketua



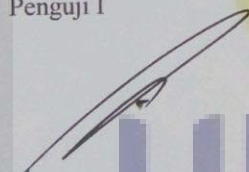
Prof. Dr. Fakhruddin, M.Pd.
NIP. 195604271986031001

Sekretaris



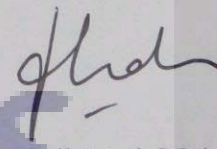
Diana, M.Pd.
NIP. 197912202006042001

Penguji I



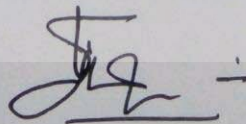
Diana, M.Pd.
NIP. 197912202006042001

Penguji II



Henny Puji Astuti, S.Psi., M.Si.
NIP. 197711052010122002

Penguji III



Dr. Sri Sularti Dewanti H., M.Pd.
NIP. 195706111984032001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

1. Kita punya masa depan, anak dengan *down syndrome* juga punya masa depan, lalu apakah arti 'berbeda' (Down Syndrome Day Indonesia)
2. Tuhan tak pernah salah dalam mencipta, setiap manusia terlahir dengan potensi berbeda (Down Syndrome Day Indonesia)

Persembahan :

1. Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunianya
2. Ayah, ibu dan kakak-kakakku yang tak henti-hentinya mendoakan dan merestui setiap langkahku.
3. Ibu Dewanti atas ilmu yang di berikan dan bimbingan hingga skripsi ini dapat terselesaikan

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah, atas rahmat dan karunia Allah SWT, sehingga skripsi yang berjudul **“Perilaku Bermain Anak *Down Syndrome* Ringan Usia 5-8 Tahun Ditinjau Dari Teori Mildren Parten Di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes”** dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan guna meraih gelar Sarjana Pendidikan.

Pembuatan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Fakhrudin M.Pd., Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan izin penelitian.
2. Edi Waluyo S.Pd, M.Pd., selaku Ketua Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini UNNES yang telah memberikan izin dalam penyusunan skripsi ini.
3. Dr. Sri Sularti Dewanti Handayani, M.Pd., selaku dosen pembimbing yang dengan sabar membimbing penulis sampai skripsi ini selesai
4. Segenap dosen Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini yang telah menyampaikan ilmunya kepada penulis.
5. Ayah, ibu dan kakak-kakakku tercinta yang telah memberikan doa restu serta dukungan moril maupun materiil hingga terselesaikannya skripsi ini.
6. Sahabat-sahabatku tercinta yang telah membantu semangat dan doa serta membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah banyak membantu sejak awal penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi kita semua pada umumnya.

Semarang, Agustus 2017

Penulis,



ABSTRAK

Masruroh, Siti.2017. “Perilaku Bermain Anak *Down Syndrome* Ringan Usia 5-8 Tahun Ditinjau dari Teori Mildren Parten Di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes.” Skripsi. Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing Dr. Sri Sularti Dewanti Handayani, M.Pd.

Kata Kunci : Perilaku Bermain, anak *down syndrome*, teori Mildren Parten

Bermain sangat penting dan normal, setiap anak membutuhkan bermain untuk berkembang secara normal begitu pula dengan anak *down syndrome*. Perkembangan anak *down syndrome* pun berbeda dengan anak normal. Anak *down syndrome* adalah anak yang mengalami hambatan perkembangan kecerdasan yang fungsi dan perkembangan intelektualnya di bawah normal. Anak-anak ini mengalami hambatan pula dalam perkembangan social terhadap dunia sekelilingnya. Salah satu dari beberapa teori tentang bermain bagi anak usia dini adalah teori Mildren Parten. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tentang perilaku bermain anak *down syndrome* usia 5-8 tahun di Desa Terlangu ditinjau dari teori Mildren Parten.

Berdasarkan tujuan penelitian, peneliti menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan menggunakan teknik observasi, wawancara mendalam dan dokumentasi. Proses keabsahan data menggunakan triangulasi. Teknik analisis data menggunakan model interaktif dengan pokok: mengumpulkan data, melakukan reduksi data, menyajikan data dan menarik kesimpulan.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku bermain anak *down syndrome* di Desa Terlangu secara umum menunjukkan perilaku bermain sesuai tahap permainan dari teori Mildren Parten. Tahap *unoccupied play* hampir semua perilaku sudah sesuai dengan teori Mildren Parten hanya dalam kemampuan melompat anak tidak bisa melakukannya. Tahap kedua *solitary play* ini perilaku anak sudah sesuai dengan teori Mildren. Tahap *onlooker play* ini perilaku yang muncul yaitu perilaku memperhatikan dan minat dengan permainan yang sedang dilihatnya. Pada tahap *parallel play* perilaku yang muncul yaitu menirukan cara bermain teman-temannya. Selain itu juga acuh dengan lingkungan sekitar, asik dengan dirinya sendiri dan tidak dapat merasakan empati. Dari tahap *assosiative play* perilaku yang muncul yaitu meminjam dan meminjamkan mainan, mengikuti atau menirukan permainan dan menghargai karya orang lain. Tahap *cooperative play* yaitu bekerja sama, menyimak apa yang dikatakan teman-temannya, mengutarakan pendapat pribadi, mengerti pembicaraan teman dan bersikap bersifat kooperatif pada kelompoknya

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Pembatasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan penelitian.....	6
1.5 Manfaat penelitian.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA	8
2.1 <i>Down Syndrome</i>	8
2.1.1 Pengertian <i>Down Syndrome</i>	8

2.1.2 Ciri-ciri <i>Down Syndrome</i>	10
2.1.4 Penyebab <i>Down Syndrome</i>	14
2.1.4 Kategori Anak <i>Down Syndrome</i>	16
2.1.5 Masalah-masalah Penderita <i>Down Syndrome</i>	18
2.1.6 Pencegahan dan Pemeriksaan Anak <i>Down Syndrome</i>	23
2.2 Perilaku Bermain	25
2.2.1 Pengertian Perilaku Bermain.....	25
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Bermain	30
2.2.4 Ciri-ciri Bermain.....	34
2.2.4 Bentuk-bentuk Bermain	36
2.2.5 Manfaat Bermain	38
2.3 Teori Mildren Parten	43
2.4 Kerangka Berpikir	50
BAB III METODE PENELITIAN	51
3.1 Metode Penelitian	51
3.2 Lokasi Penelitian	52
3.3 Fokus Penelitian	53
3.4 Subjek Penelitian	54
3.5 Sumber Data Penelitian	56
3.6 Teknik Pengumpulan Data	57
3.7 Keabsahan Data	61
3.8 Teknik Analisis Data	63
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	66

4.1	Gambaran Umum Desa Terlangu.....	68
4.2	Keterangan Koding	68
4.3	Karakteristik Subjek dan Informan	69
4.3.1	Karakteristik Subjek Peneliti.....	70
4.3.2	Karakteristik Informan Utama	72
4.3.3	Karakteristik Informan Pendukung.....	74
4.4	Deskripsi Hasil Penelitian.....	76
4.4.1	Perilaku Bermain RA	76
4.4.2	Perilaku Bermain MH.....	91
4.4.3	Hasil Wawancara Tetangga Lingkungan	107
4.5	Pembahasan.....	131
4.5.1	Perilaku Bermain Anak Down Syndrome Usia 5 Tahun Ditinjau dari Teori Mildren Parten Di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes.....	131
4.5.2	Perilaku Bermain Anak Down Syndrome Usia 5 Tahun Ditinjau dari Teori Mildren Parten Di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes.....	146
4.6	Keterbatasan Penelitian.....	162
BAB V	PENUTUP	164
5.1	Simpulan.....	164
5.2	Saran	165
DAFTAR PUSTAKA		166
LAMPIRAN.....		168

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Frekuensi Fenotip Karakteristik Bayi <i>Down Syndrome</i>	12
Tabel 2 Jenis pemeriksaan anak dengan down syndrome.....	24
Tabel 3 Karakteristik Subjek Penelitian.....	71
Tabel 4 Karakteristik Informan Utama	73
Tabel 5 Karakteristik Informan Pendukung.....	75



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kromosom penderita <i>down syndrome</i> dan kromosom manusia normal	10
Gambar 2 Kerangka Berfikir.....	46
Gambar 3 Komponen-komponen Analisis Data Model Interaktif.....	65



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1.....	168
LAMPIRAN 2.....	172
LAMPIRAN 3.....	174
LAMPIRAN 4.....	241



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Dunia anak merupakan dunia bermain sehingga antara anak dan bermain merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Selain itu bermain bagi anak diibaratkan sebagai bekerjanya orang dewasa. Sugiharto (Kurniati, 2008:2) menyatakan bahwa bermain merupakan kegiatan yang secara alami terjadi pada anak. Pendapat lainnya melalui bermain yaitu menjelaskan bahwa bermain merupakan kegiatan atau aktivitas yang dilakukan melalui cara yang menyenangkan dan untuk mendapatkan kesenangan (Hurlock, 1995:230; Docket dan Flear, 2000:14).

Pemberian rangsangan pada anak dapat dilakukan dengan kegiatan bermain. Mereka senang melakukan aktivitas bermain bersama teman-teman sebayanya. Setiap anak pasti senang bermain dan membutuhkan aktivitas bermain. Bermain membuat anak menjadi bahagia, nyaman, dan dilakukan dengan suasana gembira. Anak-anak dapat tertawa lepas ketika sedang bermain dan tampak ceria. Bermain membuat anak-anak merasa segar kembali.

Ada banyak hal yang diperoleh anak dari bermain seperti yang diungkapkan oleh Tedjasaputra (2001 :38) bahwa bermain dapat memberikan pengalaman bagi anak dalam bersosialisasi dengan orang lain, memperluas kosa kata bahasa anak, juga untuk membantu anak menyalurkan perasaan-perasaan tertekan dan mengurangi rasa trauma atau konflik yang dialami anak. Selain itu, melalui bermain tuntutan dan kebutuhan perkembangan anak dalam

dimensi sosial, motorik, kognitif, kreativitas, bahasa, emosi, nilai dan sikap hidup anak akan terpenuhi (Hurlock 1995:323).

Kegiatan bermain menjadi sarana anak untuk belajar tentang berbagai hal. Anak dapat mengenal dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan sekitarnya. Anak bebas untuk berimajinasi, bereksplorasi dan menciptakan sesuatu. Bermain dapat menambah pengetahuan mereka tentang hal-hal baru. Bermain mengajarkan anak-anak untuk berinteraksi dengan sebayanya, orang tua dan orang dewasa di sekitarnya.

Kegiatan bermain dapat dilakukan di lingkungan rumah atau pun sekolah seperti di Taman Kanak-Kanak. Di lingkungan rumah, bermain dapat dilakukan bersama dengan orang tua. Orang tua mengajak anak bermain sesuai dengan permainan yang digemarinya atau permainan lainnya yang dapat mengasah kemampuan anak. Orang tua dapat mengenalkan berbagai hal baru pada anak melalui bermain. Orang tua yang mengajak anaknya bermain dapat mengetahui sejauh mana perkembangan anak, menstimulus perkembangan anak, menjadi semakin dekat dengan anak. Orangtua harus teliti dalam memilih permainan yang baik, tepat, aman, dan bermanfaat guna mengembangkan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Begitu pentingnya bermain bagi anak usia dini sehingga bermunculan teori-teori bermain yang dikemukakan para ahli dari berbagai disiplin ilmu, yang berhubungan dengan perkembangan aspek anak usia dini. Salah satunya adalah teori dari Mildren Parten. Teori ini mengatakan bahwa bermain adalah bagian atau tahap sosialisasi anak. Parten yang memandang kegiatan bermain sebagai

sarana sosialisasi yang diharapkan dapat memberikan kesempatan pada anak bereksplorasi, menemukan, mengekspresikan perasaan, berkreasi, dan belajar secara menyenangkan. Ia menemukan enam bentuk interaksi antar anak yang terjadi pada saat mereka bermain (Tedjasaputra, 2001 : 21), yang mencerminkan adanya peningkatan kadar interaksi sosial mulai dari bermain sendiri sampai dengan bermain bersama dan bermain kerjasama. Adapun tahap bermain yang menggambarkan tingkat perkembangan sosial anak yang meliputi *unoccupied play*, *solitary play*, *onlooker play*, *assosiative play* dan *cooperative play*.

Bermain sangat penting dan normal, dan setiap anak membutuhkan kesempatan untuk menghabiskan waktu bermain untuk berkembang secara normal. Begitupun anak *down syndrome* juga membutuhkan bermain.

Kita sadari bahwa tidak semua anak di dunia ini dilahirkan dengan sempurna. Ada beberapa anak yang memiliki keterbatasan, baik secara fisik maupun mental, misalnya saja anak *down syndrome*. Kelainan ini sebenarnya sudah ada sejak tahun 1866 ditemukan oleh Langdon Down dari Inggris. Perkembangan anak *down syndrome* pun berbeda dengan anak normal. Anak *down syndrome* adalah anak yang mengalami hambatan perkembangan kecerdasan yang fungsi dan perkembangan intelektualnya di bawah normal. Anak- anak ini mengalami hambatan pula dalam perkembangan sosial terhadap dunia sekelilingnya.

Down syndrome adalah suatu kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental anak yang diakibatkan adanya abnormallitas perkembangan kromosom. Kelainan pada kromosom itu menyebabkan keterbelakangan

pertumbuhan fisik dan mental anak. Temuan tersebut pertama kali dikenal pada tahun 1866 oleh Lanngdon Down (Kosasih, 2012:79)

Data anak-anak yang menderita *down syndrome* di berbagai Negara menunjukkan angka yang bervariasi. Menurut catatan *Indonesian Center of Biodiversity dan Biotechnology* (ICBB) Bogor, di Indonesia terdapat lebih dari tiga ratus ribu anak penderita *down syndrome*. Sedangkan angka penderita *down syndrome* di seluruh dunia diperkirakan mencapai delapan puluh juta jiwa (Aryanto, 2008). Angka kejadian kelainan *down syndrome* mencapai satu dalam seribu kelahiran. Di Amerika Serikat, setiap tahun lahir tiga ribu sampai lima ribu anak dengan kelainan ini, sedangkan di Indonesia prevalensinya lebih dari tiga ratus ribu jiwa (Sobbrie, 2008)

Seperti yang dimuat dalam laman [kompas.com](http://kesehatan.kompas.com/read/2010/03/29/11191896/Teori.Baru.Penyebab.Down.Syndrome), (diakses pada tanggal 29 September 2016, <http://kesehatan.kompas.com/read/2010/03/29/11191896/Teori.Baru.Penyebab.Down.Syndrome>) disana diterangkan mengenai prevalensi *down syndrome* kira-kira satu berbanding tujuh ratus kelahiran. Di dunia sendiri, lebih kurang ada delapan juta anak *down syndrome*. Sedangkan di Indonesia, dari hasil survei terbaru, sudah mencapai lebih dari tiga ratus ribu orang.

Terdapat beberapa hal yang mendasari penulis untuk meneliti mengenai perilaku bermain anak *down syndrome* ditinjau dari teori Mildren Parten. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes, Kepala Desa setempat menyatakan terdapat 4 warganya yang memiliki anak berkebutuhan khusus yang dalam hal ini adalah anak *down syndrome*. Rentang Usia anak *down syndrome* tersebut antara lain 26

tahun, 15 tahun, 7 tahun dan 5 tahun. Berdasarkan data tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap anak *down syndrome* dengan usia 8 dan 5 tahun. Anak *down syndrome* yang peneliti akan teliti merupakan tipe *down syndrome* ringan. Dari hasil pengamatan awal ditemukan berbagai hambatan yang dilalui anak *down syndrome* dalam melakukan aktivitas bermainnya. Dalam segi kemampuan motorik, anak *down syndrome* mereka cenderung lebih lambat daripada anak normal. Kedua tangannya tidak mudah digerakan atau kaku. Kesulitan berbicara, komunikasi dan bahasapun dialami sehingga orang lain disekitarnya sulit mengerti keinginan anak. Tidak jarang anak hanya akan menjerit-jerit tanpa sebab yang jelas.

Hal yang menarik untuk diteliti kaitannya dalam penelitian ini adalah bagaimana perilaku bermain anak *down syndrome* sehari-hari jika peneliti membandingkan dengan teori bermain Mildren Parten. Parten yang memandang kegiatan bermain sebagai sarana sosialisasi antar anak, sedangkan anak *down syndrome* yang mempunyai kelebihan kromosom mengakibatkan perkembangan anak lebih lambat dari pada anak-anak lainnya termasuk dalam perkembangan sosialisasi dan perilakunya. Oleh karena itu penulis ingin meneliti tentang “Perilaku Bermain Anak *Down Syndrome* Ringan Ditinjau dari Teori Mildren Parten Di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes.”

1.2 Pembatasan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan diatas, maka dapat ditarik pembatasan masalah yaitu: anak *down syndrome* yang dijadikan

objek penelitian yaitu yang berusia 5-8 tahun dan berkategori ringan di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimanakah perilaku bermain anak *down syndrome* umur 5-8 tahun ditinjau dari teori Mildren Parten di desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes jika?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini yaitu mengetahui gambaran tentang perilaku bermain anak *down syndrome* ditinjau dari teori Mildren Parten yang ada di desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes

1.5 Manfaat Penelitian

Dari hasil penelitian ini di harapkan memberikan manfaat yang berarti bagi perorangan / institusi sebagai berikut:

1.5.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan khususnya dalam perilaku bermain anak usia dini yang menderita *down syndrome*

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1.5.2.1. Bagi Institusi, diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi sumbangan yang baik bagi institusi yang berkaitan, agar mengerti bahwa perilaku bermain anak *down syndrome* berbeda dari anak-anak normal pada umumnya.

- 1.5.2.2. Bagi peneliti, dapat memberi pengalaman serta menambah wawasan tentang perilaku bermain anak *down syndrome* yang berbeda dari anak normal pada umumnya, diharapkan dapat menjadi pembelajaran yang berarti supaya dapat memberi dampak yang positif.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 *Down Syndrome*

2.1.1 Pengertian *Down Syndrome*

Down syndrome merupakan kelainan bawaan sejak lahir yang dikarenakan kelainan kromosom. John Longdon adalah seorang dokter dari Inggris yang pertama kali menggambarkan kumpulan gejala dari *down syndrome* pada tahun 1866. Sebelumnya Esquirol pada tahun 1838 dan Seguin pada tahun 1846 telah melaporkan seorang anak yang mempunyai tanda-tanda mirip dengan *down syndrome* (Soetjiningsih, 1995:211). *Down Syndrome* sendiri diambil dari nama penemunya yaitu Dr. John Longdon Down.

Down syndrome adalah suatu kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental anak yang diakibatkan adanya abnormalitas perkembangan kromosom (Kosasih, 2012;79). Anak dengan *down syndrome* adalah individu yang dapat dikenali dari fenotipnya dan mempunyai kecerdasan yang terbatas, yang terjadi akibat adanya jumlah kromosom 21 yang berlebih (Soetjiningsih, 1995:211). *Down syndrome* termasuk golongan penyakit genetik karena cacatnya terdapat pada bahan

keturunan/ materi genetik, tetapi ini bukan penyakit keturunan (diwariskan) (Geniofam, 2010:35).

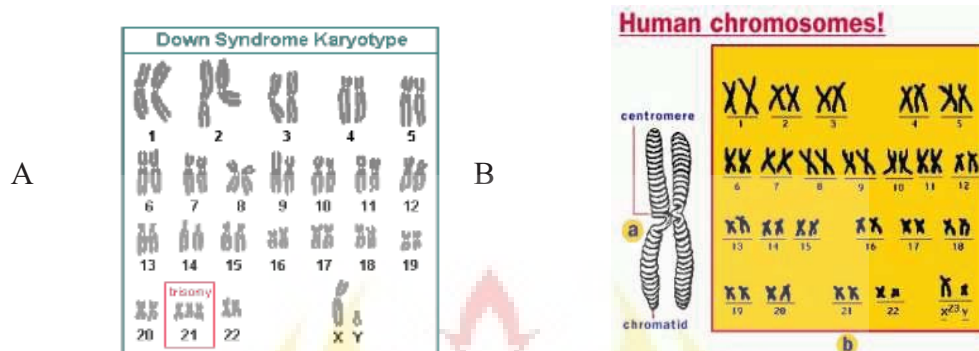
Tubuh manusia terdiri atas sel-sel, di dalam sel terdapat inti, di dalam inti terdapat kromosom yang pada orang normal jumlahnya 46. Jumlah tersebut terdiri atas kromosom 1 sampai dengan 22 masing-masing sepasang (jumlah menjadi 4 ditambah 2 kromosom penanda kelamin yaitu sepasang kromosom X pada wanita dan kromosom X dan Y pada laki-laki. Pada penderita *down syndrome* jumlah kromosom 21 tidak sepasang, tetapi 3 buah sehingga jumlah total kromosom menjadi 47 (Geniofam, 2010:37).

Down Syndrome Victoria juga menyebutkan hal yang sama dalam (Irawan, 2016:22) mengemukakan bahwa:

“The human body is made up of millions of cells, and in each cell there are 23 pairs of chromosomes, or 46 chromosomes in each cell. Down syndrome is caused by the presence of an extra chromosome, chromosome 21 (Down syndrome is also known as trisomy 21). People with Down syndrome therefore have 47 chromosomes in their cells instead of 46. This results in a range of physical characteristics, health and development indications and some level of intellectual disability. Down syndrome is usually recognisable at birth and confirmed by a blood test”.

Tubuh manusia terdiri dari jutaan sel, dan setiap sel dapat 23 pasang kromosom, atau 46 kromosom di setiap sel. *Down syndrome* disebabkan adanya tambahan kromosom, kromosom 21 (*down syndrome* juga dikenal sebagai trisomi 21). Orang dengan *down syndrome* memiliki 47 kromosom dalam sel mereka, bukan 46. Hal ini menyebabkan berbagai karakteristik dalam fisik, kesehatan dan indikasi perkembangan dan beberapa tingkat

cacat intelektual. Biasanya *down syndrome* dikenali saat kelahiran dan dikuatkan dengan tes darah.



A. Kromosom penderita *down syndrome*, B. kromosom manusia normal Kromosom manusia normal pada kromosom 21 berjumlah 2 buah, total kromosom dari 1 sampai 22 berjumlah 44 kromosom masing-masing kromosom terdapat 2 buah ditambah 2 buah lagi di kromosom X dan Y untuk penanda jenis kelamin sehingga total keseluruhan menjadi 46. Namun berbeda dengan kromosom *down syndrome*, pada kromosom 21 berjumlah 3 buah, sehingga total keseluruhan kromosom menjadi 47.

Berdasarkan penjabaran tersebut dapat dirangkum mengenai definisi *down syndrome* yaitu kelainan bawaan sejak lahir yang dikarenakan suatu kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental anak akibat abnormalitas kromosom.

2.1.2 Ciri-ciri Down Syndrome

Anak dengan *down syndrome* sangat mirip satu dengan lainnya, seakan-akan seperti kakak beradik. Seorang anak pengidap *down syndrome* memiliki ciri-ciri fisik yang unik (Kosasih, 2012:81), antara lain sebagai berikut :

- a. Mempunyai paras muka yang hampir sama seperti muka orang mongol. Pangkal hidungnya pendek. Jarak antara dua matanya berjauhan dan berlebihan kulit di sudut dalam.
- b. Mempunyai ukuran mulut yang kecil dan lidahnya besar. Keadaan demikian menyebabkan lidah selalu terjulur. Pertumbuhan gigi lambat dan tidak teratur. Telinga lebih rendah. Kepala biasanya lebih kecil dan agak lebar dari bagian depan ke belakang. Lehernya agak pendek.
- c. Mempunyai jari-jari yang pendek dengan jari kelingking membengkok ke dalam. Pada telapak tangan mereka biasanya hanya terdapat satu garisan urat dinamakan *simian crease*.
- d. Mempunyai kaki agak pendek dengan jarak di antara ibu jari kaki dan jari kaki kedua agak berjauhan.
- e. Mempunyai otot yang lemah. Keadaan demikian menyebabkan anak itu menjadi lembek.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri fisik penderita *down syndrome* yaitu paras muka yang hampir seperti muka orang mongol, mempunyai mulut yang kecil dan lidah yang besar, jari-jari tangan yang pendek dan jari kelingking membengkok ke dalam, memiliki kaki yang pendek dengan jarak ibu jari dan jari kedua berjauhan dan lemah pada otot.

Pueschel (Soetjiningsih, 1995:213-214) membuat suatu tabel tentang frekuensi yang secara fenotip karakteristik dan paling sering terdapat pada bayi dengan *down syndrome*, yaitu:

	%
Sutura sagitalis yang terpisah	98
Fisura parpebralis yang miring	98
Jarak yang lebar antara jari kaki I dan II	96
Fontanela “palsu”	95
“Plantar crease” jari kaki I dan II	94
Hiperfleksibilitas	91
Peningkatan jaringan sekitar leher	87
Bentuk palatum yang abnormal	85
Hidung hipoplastik	83
Kelemahan otot	81
Hipotonia	77
Bercak Brushfield pada mata	75
Mulut terbuka	65
Lidah terjulur	58
Lekukan epikantus	57
“Single palmar crease” pada tangan kiri	55
“Single palmar crease” pada tangan kanan	52
“Brachclinodactily” tangan kiri	51
“Brachclinodactily” tangan kanan	50
Jarak pupil yang lebar	47
Tangan yang pendek dan lebar	38
Oksiput yang datar	35
Ukuran telinga yang abnormal	34
Kaki yang pendek dan lebar	33
Bentuk / struktur telinga yang abnormal	28
Letak telinga yang abnormal	16
Kelainan tangan lainnya	13
Kelainan mata lainnya	11
Sindaktili	11
Kelainan kaki lainnya	8
Kelainan mulut lainnya	2

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa tabel tentang frekuensi karakteristik yang sering terdapat pada bayi *down syndrome* menunjukkan bahwa sebanyak 98% anak *down syndrome* memiliki kesamaan pada sutura sagitalis yang terpisah dan fisura palpebralis yang miring dan 2% saja anak *down syndrome* memiliki kelainan mulut lainnya.

Sedangkan ciri-ciri lain penderita *down syndrome* menurut Geniofam (2010:36) :

- a. Cacat mental dan kepekaan yang tinggi pada leukemia.
- b. Menampakkan wajah bodoh dan reaksi lamban.
- c. IQ rendah. Gejala yang biasanya merupakan keluhan utama dari orang tua adalah keterbelakangan mental, dengan IQ antara 50-70, tetapi kadang-kadang IQ bisa sampai 90 terutama pada kasus-kasus yang diberi latihan.
- d. Pigmentasi rambut dan kulit tidak sempurna.
- e. Tubuhnya pendek.

Ciri khas lainnya, telapak tangan pendek dan biasanya mempunyai garis tangan yang melintang lurus horizontal atau tidak membentuk huruf M. Selain itu, jarinya pendek-pendek dan biasanya jari ke-5 sangat pendek, hanya mempunyai 2 ruas dan cenderung melengkung. Ditambah lagi, biasanya mereka bertubuh pendek dan cenderung gemuk. Gejala lain yang biasanya merupakan keluhan utama dari orangtua adalah retardasi mental, biasanya IQ antara 50-70. Kadang-kadang IQ bisa sampai 90 terutama pada kasus-kasus yang diberi latihan (Fadhli, 2010:33).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri anak *down syndrome* lebih menonjol dalam hal fisik seperti tubuh yang pendek, telapak tangan yang pendek dan jarinya pendek-pendek, bentuk wajah yang hampir sama dengan mongol, mata sipit, mulut kecil dengan lidah yang besar, hidung yang pendek dan memiliki respon yang lambat terhadap rangsangan.

2.1.3 Penyebab *Down Syndrome*

Selama satu abad sebelumnya banyak hipotesis tentang penyebab *down syndrome* yang dilaporkan. Setelah pertengahan tahun 1950, dimana teknik sitogenik dapat memberikan visualisasi yang lebih baik dan penelitian kromosom yang lebih akurat. Maka dapat diketahui bahwa pada *down syndrome* terdapat jumlah kromosom yang akrosentris. Pada tahun 1959 Leujene dkk (dikutip dari Sony HS) melaporkan penemuan mereka bahwa pada semua *down syndrome* penderita mempunyai 3 kromosom 21 di dalam sel tubuhnya, yang kemudian disebut trisomi 21, maka sekarang perhatian lebih dipusatkan pada kejadian “non-disjunctional” sebagai penyebabnya, yaitu (Soetjiningsih, 1995:211-213):

a. Genetik

Diperkirakan terdapat predisposisi genetik terhadap “non-disjunctional”. Bukti yang mendukung teori ini adalah berdasarkan atas hasil penelitian epidemiologi yang menyatakan adanya peningkatan resiko berulang bila dalam keluarga terdapat anak dengan *down syndrome*.

b. Radiasi

Radiasi dikatakan merupakan salah satu penyebab terjadinya “non-disjunctional” pada *down syndrome* ini. Uchida 1981 (dikutip Pueschel dkk.) menyatakan bahwa sekitar 30% ibu yang melahirkan anak dengan *down syndrome*, pernah mengalami radiasi didaerah perut sebelum terjadinya

konsepsi. Penelitian lain tidak mendapatkan adanya hubungan antara radiasi dengan penyimpangan kromosom.

c. Infeksi

Infeksi juga dikatakan sebagai salah satu penyebab terjadi *down syndrome*. Sampai saat ini belum ada penelitian yang mampu memastikan bahwa virus dapat mengakibatkan terjadinya “non-disjunction”.

d. Autoimun

Faktor lain yang juga diperkirakan sebagai etiologi *down syndrome* adalah autoimun. Terutama autoimun tiroid atau penyakit yang dikaitkan dengan tiroid. Penelitian Fialkow 1966 (dikutip dari Pueschell dkk.) secara konsisten mendapatkan adanya perbedaan autoantibodi tiroid pada ibu yang melahirkan anak dengan *down syndrome* dengan ibu kontrol umurnya sama.

e. Umur ibu

Apabila umur ibu diatas 35 tahun, diperkirakan terdapat perubahan hormonal yang dapat menyebabkan “non-disjunction” pada kromosom. Perubahan endokrin, seperti meningkatnya sekresi androgen, menurunnya kadar hidroepiandrosteron, menurunnya konsentrasi estradional sistemik, perubahan konsentrasi reseptor hormon, dan peningkatan secara tajam kadar LH (Luteinizing hormon) dan FSH (Follicular Stimulating Hormon) secara tiba-tiba sebelum dan selama menopause, dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya “non-disjunction”.

f. Umur ayah

Selain pengaruh umur ibu terhadap *down syndrome*, juga dilaporkan adanya pengaruh dari umur ayah. Penelitian sitogenetik pada orang tua dari anak sindrom down mendapatkan bahwa 20-30% kasus ekstra kromosom 21 bersumber dari ayahnya. Tetapi korelasinya tidak setinggi dengan umur ibu.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa penyebab *down syndrome* adanya faktor genetik yaitu apabila dalam keluarga terdapat anak *down syndrome* maka ada kemungkinan akan berulang, faktor lainnya adanya kromosom tambahan yaitu kromosom 21 yang bisa dipacu karena umur ayah dan ibu saat kehamilan, selain itu radiasi pada saat ibu hamil di sekitar perut, infeksi.

2.1.4 Kategori Anak *Down Syndrome*

Menurut Amin (1995:37) menyebutkan karakteristik anak *down syndrome* menurut tingkatan adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik anak *down syndrome* ringan

Anak *down syndrome* ringan banyak yang lancar berbicara tetapi kurang perbendaharaan katanya. Mengalami kesukaran berpikir abstrak tetapi masih mampu mengikuti kegiatan akademik dalam batas-batas tertentu. Pada umur 16 tahun baru mencapai umur kecerdasan yang sama dengan anak umur 12 tahun.

2. Karakteristik anak *down syndrome* sedang

Anak *down syndrome* sedang hampir tidak bias mempelajari pelajaran-pelajaran akademik. Mereka umumnya dilatih untuk merawat diri dalam aktivitas sehari-hari. Pada umur dewasa mereka harus mencapai tingkat kecerdasan yang sama dengan umur 7 tahun.

3. Karakteristik anak *down syndrome* berat dan sangat berat

Anak *down syndrome* berat dan sangat berat sepanjang hidupnya akan selalu bertanggung pada pertolongan dan bantuan orang lain. Mereka tidak dapat memelihara diri, tidak dapat membedakan bahaya atau tidak, kurang dapat bercakap-cakap. Kecerdasannya hanya berkembang paling tinggi seperti anak normal yang berusia 3 atau 4 tahun. Sifat pada kepala muka dan leher mereka mempunyai paras muka yang hamper sama seperti muka orang Mongol. Pangkal hidungnya pendek. Jarak diantara dua mata jauh dan berlebihan kulit disudut dalam.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kategori *down syndrome* memiliki tiga kategori yaitu *down syndrome* ringan, *down syndrome* sedang dan *down syndrome* berat dan sangat berat.

2.1.5 Masalah-masalah Penderita *Down Syndrome*

Anak dengan kelainan ini memerlukan perhatian dan penanganan medis yang sama dengan anak yang normal. Mereka memerlukan pemeliharaan kesehatan, imunisasi, kedaruratan medis, serta dukungan dan bimbingan dari keluarganya. Tetapi terdapat beberapa keadaan dimana anak dengan *down syndrome* memerlukan perhatian khusus, yaitu dalam hal (Soetjiningsih, 1995:218) :

a. Pendengarannya

70-80% anak dengan *down syndrome* dilaporkan terdapat gangguan pendengaran. Oleh karenanya diperlukan pemeriksaan telinga sejak awal kehidupannya, serta dilakukan tes pendengarannya secara berkala oleh ahli THT.

b. Penyakit jantung bawaan.

30-40% anak dengan *down syndrome* disertai dengan penyakit jantung bawaan. Mereka memerlukan penanganan jangka panjang oleh seorang ahli jantung anak.

c. Penglihatannya

Anak dengan kelainan ini sering mengalami gangguan penglihatan atau katarak. Sehingga perlu evaluasi secara rutin oleh ahli mata.

d. Nutrisi

Beberapa kasus, terutama yang disertai kelainan kongenital yang berat lainnya, akan terjadi gangguan pertumbuhan pada masa bayi atau

prasekolah. Sebaliknya ada juga kasus justru terjadi obesitas pada masa remaja atau setelah dewasa sehingga diperlukan kerjasama dengan ahli gizi.

e. Kelainan tulang

Kelainan tulang juga dapat terjadi pada *down syndrome*, yang mencakup dislokasi patela, subluksasio pangkal paha atau ketidakstabilan atlantoakasial. Bila keadaan yang terakhir ini sampai menimbulkan depresi medula spinalis, atau apabila anak memegang kepalanya dalam posisi seperti tortikolis, maka diperlukan pemeriksaan radiologis untuk memeriksa spina servikalis dan diperlukan konsultasi neurologis.

f. Lain-lain

Aspek medis lainnya yang memerlukan konsultasi dengan ahlinya meliputi masalah imunologi, gangguan fungsi metabolisme atau kekacauan biokimiawi

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa masalah-masalah bagi penderita *down syndrome* adalah pendegaran dan penglihatannya mengalami gangguan, adanya penyakit jantung bawaan, terjadinya gangguan pertumbuhan saat masih bayi/ prasekolah namun ada juga kasus terjadinya obesitas waktu remaja, kelainan tulang seperti membungkuk.

Menurut Down Syndrome Victoria dalam (Irawan, 2016:31) kebanyakan anak penderita *down syndrome* mengalami beberapa hambatan di semua area perkembangan, termasuk :

1. *Gross and fine motor skills*
2. *Personal and social development*
3. *Language and speech development*
4. *Cognitive development*

Beberapa masalah fisik yang mungkin dialami bayi atau anak-anak dengan *down syndrome*. Namun demikian, perlu ditekankan bahwa tidak semua anak mengalami masalah yang sama dengan derajat gangguan yang sama pula (Rohimi, 2013;10-16) :

1. Pendengaran

Beberapa anak yang memiliki gangguan pendengaran tambahan disebut dengan telinga lem. Pengobatannya dengan menggunakan *grommet* atau alat bantu dengar.

2. Komunikasi, bicara, dan bahasa

Keterampilan berkomunikasi anak-anak dengan *down syndrome* dipengaruhi dengan dua cara :

- a. Masalah artikulasi atau pengucapan yang disebabkan oleh masalah di saluran pernapasan, sinus, kecilnya rongga mulut dan lengkungan tinggi langit-langit mulut dengan lidah tebal.
- b. Memiliki kosakata yang lebih sedikit, berbicara dalam kalimat lebih pendek dibandingkan anak normal seusia mereka. Masalah lain dalam komunikasi, misalnya merasa sulit untuk menggunakan bahasa saat memulai percakapan dengan teman-teman, untuk kebutuhan toilet, atau untuk mendapatkan perhatian. Dalam pemenuhan kebutuhan komunikasi dapat menggunakan nonverbal atau bahasa isyarat.

3. Penglihatan

Banyak anak dengan *down syndrome* memakai kacamata. Ini menjadi masalah pada anak yang memiliki jembatan hidung kecil, karena akan menyulitkan mereka untuk menjaga kacamata agar dapat menempel pada tempatnya.

4. Masalah gerakan

Kekuatan otot anak *down syndrome* yang lebih lemah dapat menyebabkan kesulitan koordinasi dan gerakannya.

5. Keterampilan motorik halus dan kecekatan

Karena jari-jari mereka yang lebih pendek dan mungkin sedikit lemah, beberapa anak mungkin perlu latihan ekstra keterampilan motorik halus.

6. Makan, latihan ke toilet dan kesehatan umum

Dorong anak untuk memiliki pola makan yang baik, diiringi dengan latihan dan permainan yang cukup, untuk mengimbangi kecenderungan anak menjadi gemuk. Jika latihan ke toilet (*toilet training*) belum sepenuhnya tercapai, hal tersebut bisa dibantu dengan pengingat yang mengaitkan kunjungan ke toilet dengan rutinitas sehari-hari, seperti setelah makan camilan pagi atau sebelum pergi ke luar.

7. Sistem kekebalan tubuh

Perhatikan bahwa anak-anak dengan *down syndrome* mungkin lebih rentan terhadap penyakit, terutama pada tahun-tahun awal mereka.

8. Masalah jantung

Beberapa anak dengan *down syndrome* memiliki masalah jantung bawaan.

9. Keterampilan sosial dan perilaku

Anak-anak dengan *down syndrome*, sama seperti anak-anak lainnya, mereka membutuhkan sikap konsisten atau tidak berubah-ubah ketika diajarkan perilaku yang baik.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa masalah – masalah yang dialami penderita *down syndrome* adalah pendengaran yang lebih dikenal dengan telinga lem, komunikasi bicara dan bahasa karena anak *down syndrome* memiliki lidah yang lebih besar maka mereka mengalami kesulitan dalam pengucapan dan gangguan pendengaran juga menjadi salah satu penghambat komunikasi, masalah penglihatan, masalah gerakan yang disebabkan kekuatan otot yang lemah pada anak *down syndrome*, keterampilan motorik halus dan kecekatan karena jari-jari anak *down syndrome* lebih pendek dan lemah maka mereka kesulitan melakukan kegiatan-kegiatan yang berbaur motorik halus, masalah makan, latihan ke toilet dan kesehatan umum, anak *down syndrome* cenderung memiliki sistem kekebalan tubuh yang rentan terhadap penyakit, masalah jantung dan yang terakhir masalah keterampilan sosial dan perilaku.

Menurut Rogers (1992) dalam (Irawan, 2016:35) menjelaskan bahwa anak dengan *down syndrome* mengalami masalah antara lain:

“Most babies with Down syndrome show the least delay in social and emotional development, smiling when talked to at 2 months (range 1.5-4 months), smiling spontaneously at 3 months (range 2-6 months), and recognizing parents at 3.5 months (range 3-6 months); each of these milestones show only a 1-month delay on average. Although some studies suggest that the intensity of affective responses such as smiling and laughing may be slightly less than that shown by ordinary babies, parents respond warmly to the onset of smiling and eye contact. The Down syndrome babies begin to enjoy pat-a-cake and peek-a-boo games at about 11 months (range 9-16 months), which is about 3 months later than ordinary babies. Studies in the second year of life show the babies to be skilled in social communication even using social skills to attempt to distract an adult from a task the baby does not want to attempt. The babies are warm, cuddly, and normally responsive to physical contact, unlike babies with some other types of disabilities such as autism.”

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa anak-anak *down syndrome* memiliki beberapa masalah tentang kesehatan yang cukup serius seperti penglihatan, pendengaran, jantung, pencernaan, sistem kekebalan tubuh, selain masalah pada kesehatan, mereka juga mengalami kesulitan dalam hal pergerakan motorik kasar dan halus, komunikasi dan sebagaimana yang disebutkan oleh Rogers dalam (Irawan, 2016:35) di atas anak penderita *down syndrome* juga memiliki masalah keterlambatan pada perkembangan sosial dan emosionalnya.

2.1.6 Pencegahan dan Pemeriksaan Anak *Down Syndrome*

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 ibu yang hamil di atas usia 40 tahun

harus memantau perkembangan janinnya. Sebab, ia memiliki resiko melahirkan anak dengan *down syndrome* lebih tinggi (Kosasih, 2012:83).

Untuk memastikan diagnosis perlu dilakukan pemeriksaan kromosom dari sel darah putih. Tubuh manusia terdiri dari sel-sel, di dalam sel terdapat inti, di dalam inti terdapat kromosom yang pada orang normal jumlahnya 46. Jumlah tersebut terdiri dari kromosom 1 sampai dengan 22 masing-masing sepasang (jumlah menjadi 44) ditambah 2 kromosom penanda kelamin, yaitu sepasang kromosom X pada wanita dan kromosom X dan Y pada laki-laki. Pada penderita *down syndrome*, jumlah kromosom 21 tidak sepasang melainkan 3 sehingga jumlah total kromosom menjadi 47 (Fadhli, 2010:35).

Berikut ini berbagai jenis pemeriksaan yang biasanya dilakukan untuk anak dengan *down syndrome* (Rohimi, 2013:49) :

Jenis Pemeriksaan	Frekuensi
Pemeriksaan fisik	Saat lahir dan enam minggu kemudian setiap tahun.
Pemeriksaan jantung	<i>Echocardiogram</i> saat lahir.
Pemeriksaan fungsi tiroid	Saat lahir, enam bulan, satu tahun kemudian dan setiap tahun.
Pemeriksaan mata	Di usia 3 bulan, 6 bulan, satu tahun, kemudian setahun sekali.
Pemeriksaan pendengaran	Saat lahir, setiap enam bulan hingga 3 tahun, kemudian setahun sekali.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa jenis pemeriksaan dan frekuensis yang harus dilakukan bagi penderita *down syndrome* adalah pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan pada saat anak lahir dan enam minggu kemudian setiap tahun, pemeriksaan jantung

dilakukan dengan *echocardiogram* yaitu pemeriksaan jantung dengan alat ultrasonografi (USG) yang dilakukan pada saat bayi lahir. Pemeriksaan fungsi tiroid yang dilakukan pada saat kelahiran, enam bulan berikutnya, satu tahun dan berkala setiap tahun, pemeriksaan mata frekuensinya dilakukan pada saat anak berusia 3 bulan, 6 bulan, 1 tahun kemudian dalam waktu setahun sekali. Terakhir jenis pemeriksaan pada pendengaran, pertama kalinya dilakukan pada saat anak lahir, setiap 6 bulan hingga 3 tahun dan kemudian setahun sekali.

2.2 Perilaku Bermain

2.2.1 Pengertian Perilaku Bermain

Perilaku seorang anak terbentuk sejak usia dini. Perilaku yang dimiliki anak semasa usia dini akan senantiasa ia gunakan hingga masa dewasa dan menua nanti. Maka dari itu sejak anak usia dini orangtua bertanggung jawab atas terbentuknya perilaku anak, karena keluarga merupakan pondasi utama pendidikan non formal anak sebelum masuk pendidikan formal anak usia dini. Anak diibaratkan seperti gelas yang kosong, orangtuanyalah yang berperan mengisi dengan beragam cairan dan disesuaikan dengan kapasitasnya. Anak juga diibaratkan seongkah plastisin, pihak orangtua dengan bebas bisa membuat berbagai bentuk dari plastisin tersebut. Plastisin yang masih baru akan bersifat lembek sehingga dengan mudah dapat dibentuk. Namun plastisin yang telah berumur

beberapa hari atau bahkan berminggu-minggu, akan mengeras sehingga mempersulit kita yang akan membentuknya.

Demikian juga dengan sikap terhadap anak. Sewaktu anak masih kecil, orangtua dengan mudah membentuknya dengan berbagai contoh dan pembiasaan. Namun apabila si anak sudah beranjak besar, pembentukan karakter yang diupayakan oleh orangtua akan terasa sulit karena anak sudah memiliki pendirian tersendiri. Demikian pula sama halnya dengan perilaku anak, perilaku anak akan mudah dibentuk jika orang tua dan lingkungan sejak usia dini dan perilaku anak akan sulit untuk dibentuk jika ia telah memasuki usia dewasa.

Berikut ini ada beberapa tokoh yang mendefinisikan pengertian dari perilaku. Dari segi biologis, perilaku menurut Notoadmodjo (2012:131) perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup, mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Sedangkan menurut Skinner dalam (Notoadmodjo, 2012:131) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau *Stimulus-Organisme-Respons*.

Selanjutnya menurut Azwar (2003:9) menyebutkan bahwa perilaku adalah reaksi terhadap stimulus yang bersifat sederhana maupun kompleks. Berdasarkan beberapa pengertian perilaku menurut para tokoh tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku merupakan reaksi seorang individu terhadap adanya stimulus guna mencapai suatu tujuan. Menurut Notoadmodjo (2012:132) dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua :

a. Perilaku Tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b. Perilaku Terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk

tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku merupakan respon berupa tindakan, kegiatan atau aktivitas manusia terhadap stimulus atau rangsangan yang diberikan dari luar, dan perilaku dibagi menjadi dua yaitu perilaku yang tertutup dan perilaku terbuka.

Ketika masa anak sudah memasuki masa bermain atau istilah lain disebut masa toddler, maka anak selalu membutuhkan kesenangan pada dirinya disitulah anak membutuhkan suatu permainan, maka tidak terlalu heran pada masa anak-anak sangat identik dengan masa bermain, karena perkembangan anak mulai akan diasah sesuai dengan kebutuhannya di saat tumbuh kembang. Anak –anak belajar melalui permainan mereka. Pengalaman bermain yang menyenangkan dengan bahan, benda dan anak lain, dan dukungan orang dewasa membantu anak-anak berkembang secara optimal.

Sayangnya sebagian orang tua yang berpendapat bahwa anak yang terlalu banyak bermain akan membuat anak menjadi malas belajar dan menjadikan rendahnya kemampuan intelektual anak. Pendapat ini kurang begitu tepat dan bijaksana, karena beberapa ahli psikologi dan ahli perkembangan anak sepakat bahwa permainan sangat besar pengaruhnya terhadap perkembangan anak.

Bermain merupakan dunia anak-anak, setiap anak mempunyai hak untuk bermain. Dalam kehidupan anak, bermain mempunyai arti yang

sangat penting yaitu dapat mengembangkan koordinasi otot kasar, dapat mengembangkan kemampuan kognitif, mengembangkan kreativitas, melatih kemampuan bahasa, meningkatkan kepekaan emosi, dan mengembangkan kemampuan sosialnya. Bermain juga merupakan proses belajar yang menyenangkan. Karena dapat membantu anak untuk mengenal dunianya, mengembangkan konsep-konsep baru, mengambil resiko, meningkatkan keterampilan sosial dan membantu perilaku yang diinginkan oleh orangtua.

Bermain adalah setiap kegiatan yang dilakukan secara sukarela dan tidak ada paksaan atau tekanan dari luar atau kewajiban (Hurlock, 1978:320). Sedangkan menurut Bettelheim kegiatan bermain adalah kegiatan yang tidak mempunyai peraturan lain kecuali yang ditetapkan pemain sendiri dan tidak ada hasil akhir yang dimaksudkan dalam realitas luar.

Graham dalam Simatupang, (2005:24) mendefinisikan bermain sebagai tingkah laku motivasi intrinsik yang dipilih secara bebas, berorientasi pada proses yang disenangi. bermain merupakan wadah bagi anak untuk merasakan berbagai pengalaman seperti emosi, senang, sedih, bergairah, kecewa, bangga, marah dan sebagainya. Anak akan merasa senang bila bermain, dan banyak hal yang didapat anak selain pengalaman.

Plato et al dalam (Mutiah, 2010:93) beranggapan jika bermain merupakan sebuah kegiatan yang mempunyai nilai praktis. Artinya

bermain digunakan sebagai media meningkatkan ketrampilan dan kemampuan tertentu pada anak.

Berdasarkan dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa bermain adalah suatu kegiatan atau tingkah laku motivasi instrinsik yang dipilih secara bebas tidak memaksa, tidak memiliki peraturan yang dilakukan anak kecuali yang ditetapkan pemain sendiri , berorientasi pada proses yang disenangi dan mempunyai nilai praktis.

Berdasarkan uraian di atas tentang pengertian perilaku dan bermain, maka dapat disimpulkan bahwa perilaku bermain adalah respon berupa tindakan, kegiatan, aktivitas atau tingkah laku yang memiliki motivasi instrinsik yang dipilih secara bebas tidak memaksa, tidak memiliki peraturan yang dilakukan anak kecuali yang ditetapkan pemain sendiri , berorientasi pada proses yang disenangi dan mempunyai nilai praktis.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Bermain

Bermain merupakan salah satu hak anak yang sering terlupakan karena dianggap kurang penting. Padahal, dari kegiatan yang dianggap kurang penting tersebut orangtua akan dapat melihat perkembangan anaknya baik dari sisi fisik maupun psikologis. Dari penelitian yang dilakukan oleh para ilmuwan, diperoleh temuan bahwa permainan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti:

Permainan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi permainan pada anak usia dini adalah:

a. Kesehatan

Semakin sehat anak semakin banyak energinya untuk bermain aktif, seperti permainan dan olahraga. Anak yang kekurangan tenaga lebih menyukai hiburan (Hurlock, 1995:327). Pendapat lain dijelaskan juga oleh Sudarsana (dalam Zaini 2015:126) anak-anak yang sehat mempunyai energi yang banyak untuk bermain dibandingkan dengan anak-anak yang kurang sehat, sehingga anak-anak yang sehat menghabiskan banyak waktu bermain dan membutuhkan banyak energi.

b. Perkembangan Motorik

Permainan anak pada setiap usia melibatkan koordinasi motorik. Apa saja yang akan dilakukan dan waktu bermainnya tergantung pada perkembangan motorik mereka. Pengendalian motorik yang baik memungkinkan anak terlibat dalam permainan aktif.

c. Intelegensi

Pada setiap usia, anak yang pandai lebih aktif ketimbang yang kurang pandai, dan permainan mereka lebih menunjukkan kecerdikan. Dengan bertambahnya usia, mereka lebih menunjukkan perhatian dalam permainan kecerdasan, dramatik, konstruksi, dan membaca. Anak yang pandai menunjukkan keseimbangan perhatian bermain yang lebih besar., termasuk upaya menyeimbangkan faktor fisik dan intelektual yang nyata (Hurlock, 1995:327). Pendapat lain dijelaskan juga oleh Sudarsana

(dalam Zaini 2015:126) anak-anak yang cerdas lebih menyenangi permainan-permainan yang bersifat intelektual atau permainan yang merangsang daya pikir mereka, misalnya permainan drama, menonton film, atau membaca bacaan-bacaan yang bersifat intelektual.

d. Jenis Kelamin

Anak laki-laki bermain lebih kasar ketimbang anak perempuan dan lebih menyukai permainan dan olahraga ketimbang berbagai jenis permainan yang lain. Pada awal kanak-kanak, anak laki-laki menunjukkan perhatian pada berbagai jenis permainan yang lebih banyak ketimbang anak perempuan tetapi sebaliknya terjadi pada akhir masa kanak-kanak (Hurlock, 1995:327). Pendapat lain dijelaskan juga oleh Sudarsana (dalam Zaini 2015:126) bahwa anak perempuan lebih sedikit melakukan permainan yang menghabiskan banyak energi, misalnya memanjat, berlari-lari, atau kegiatan fisik yang lain dibandingkan anak laki-laki.

e. Lingkungan

Anak dari lingkungan yang buruk, kurang bermain ketimbang anak lainnya disebabkan karena kesehatan yang buruk, kurang waktu, peralatan, dan ruang. Anak yang berasal dari lingkungan desa kurang bermain ketimbang mereka yang berasal dari lingkungan kota. Hal ini karena kurangnya teman bermain serta kurangnya peralatan dan waktu bebas (Hurlock, 1995:327). Pendapat lain dijelaskan juga oleh Sudarsana (dalam Zaini 2015:127) jika anak yang dibesarkan di lingkungan yang

kurang menyediakan peralatan, waktu, dan ruang bermain bagi anak, akan menimbulkan aktivitas bermain anak yang kurang.

f. Status Sosio Ekonomi

Anak dari kelompok sosioekonomi yang lebih tinggi lebih menyukai kegiatan yang mahal, seperti lomba atletik, bermain sepeda roda, sedangkan mereka dari kalangan bawah terlihat dalam kegiatan yang tidak mahal seperti bermain bola dan berenang. Kelas sosial mempengaruhi buku yang dibaca dan film yang ditonton anak, jenis kelompok rekreasi yang dimilikinya dan supervise terhadap mereka (Hurlock,1995:327). Pendapat lain dijelaskan juga oleh Sudarsana (dalam Zaini 2015:126) anak-anak yang dibesarkan di lingkungan yang status ekonominya tinggi, lebih banyak tersedia alat-alat permainan yang lengkap dibandingkan dengan anak-anak yang dibesarkan di keluarga yang status ekonominya rendah.

g. Jumlah Waktu Bebas

Jumlah waktu bermain terutama tergantung pada sttus ekonomi keluarga. Apabila tugas rumah tangga atau pekerjaan menghabiskan waktu luang mereka, anak terlalu lelah untuk melakukan kegiatan yang membutuhkan tenaga yang lebih.

h. Peralatan Bermain

Peralatan bermain yang dimiliki anak mempengaruhi permainannya. Misalnya dominasi boneka dan binatang buatan

mendukung permainan purapura, banyaknya balok, kayu, cat air, dan lilin mendukung permainan yang sifatnya konstruktif.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku bermain adalah kesehatan, perkembangan motorik, intelegensi, jenis kelamin, lingkungan, status sosio ekonomi, jumlah waktu bebas dan peralatan bermain yang dimiliki anak.

2.2.4 Ciri- ciri Bermain

Bermain-main yang sering dilakukan pada manusia sebenarnya tidak mengenal batas usia. Khususnya pada anak-anak bermain menjadi hal yang wajib. Seperti yang dimuat dalam laman marthacristianti.wordpress.com, (diakses pada tanggal 1 Oktober 2016, <http://marthacristianti.wordpress.com/2008/03/11/anak-bermain>) disana diterangkan tentang pentingnya arti bermain bagi anak. Bermain yang sangat penting bagi anak sehingga mendorong seorang tokoh psikologi dan filsafat terkenal Johan Huizinga (1950) untuk ikut merumuskan teori bermain. Ia mengemukakan bahwa bermain adalah hal dasar yang membedakan manusia dan hewan. Melalui kegiatan bermain tersebut terpancar kebudayaan sebuah bangsa. Namun beberapa orang tidak dapat membedakan kegiatan bermain dan kegiatan bukan bermain. Untuk itu perlu diklasifikasikan antara kegiatan bermain dan kegiatan bukan bermain.

Rubin et al. (dalam Mutiah 2010:110) mengungkapkan adanya beberapa ciri kegiatan bermain, sebagai berikut :

- a. Dilakukan berdasarkan motivasi instrinstik, maksudnya muncul atas keinginan pribadi serta untuk kepentingan sendiri.
- b. Perasaan dari orang terlibat dalam kegiatan bermain diwarnai oleh emosi-emosi positif.
- c. Fleksibilitas yang ditandai mudahnya kegiatan beralih dari satu aktifitas ke aktivitas lain.
- d. Lebih menekankan pada proses yang berlangsung dibandingkan hasil akhirnya.
- e. Bebas memilih, ciri ini merupakan elemen yang sangat penting bagi konsep bermain pada anak kecil
- f. Mempunyai kualitas pura-pura. Kegiatan bermain mempunyai kerangka tertentu yang memisahkan dari kehidupan nyata sehari-hari.

Sedangkan menurut Musfiroh (dalam Trinova 2012:112) mengemukakan bahwa bermain memiliki cirri-ciri khas yang membedakannya dari kegiatan lain. Kegiatan bermain pada anak-anak memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Bermain selalu menyenangkan, menikmati atau menggembirakan.
- b. Motivasi bermain adalah intristik dari diri anak sendiri.
- c. Bermain bersifat spontan dan sukarela, bukan karena terpaksa.
- d. Bermain melibatkan peran aktif semua peserta sesuai peran dan gilirannya masing- masing

- e. Bermain bersifat fleksibel, anak dapat dengan bebas memilih dan beralih ke kegiatan yang diinginkan.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa ada beberapa antara lain dilakukan berdasarkan motivasi instrinstik. Perasaan dari orang terlibat dalam kegiatan bermain diwarnai oleh emosi-emosi positif, fleksibel, menekankan pada proses, bebas memilih, mempunyai kualitas pura-pura, menyenangkan, spontan dan melibatkan peran aktif semua peserta sesuai peran dan gilirannya masing- masing.

2.2.4 Bentuk- Bentuk Permainan

Karakteristik bermain dapat diperhatikan dalam kehidupan sehari-hari anak-anak. Kegiatan bermain menurut sumber kegembiraanya terdiri atas bermain aktif dan bermain pasif (Kurnia, 2012:78). Secara umum bermain aktif banyak dilakukan pada masa kanak-kanak awal sedangkan kegiatan bermain pasif lebih mendominasi pada masa akhir kanak-kanak yaitu sekitar usia pra remaja karena adanya perubahan fisik, emosi, minat dan lainnya.

- a. Hurlock (1978:321) menjelaskan bermain aktif ialah kesenangan yang timbul dari keterlibatan dengan apa yang dilakukan individu, misalnya dalam bentuk kesenangan membuat sesuatu dengan plastisin, cat, atau lilin, berlari, bermain bola, dan lain-lain. Pendapat lain juga dijelaskan oleh Soetjiningsih (2002:108) bahwa dalam bermain aktif kesenangan diperoleh dari apa yang diperbuat oleh mereka sendiri, misalnya bermain

mengamati atau menyelidiki, bermain konstruksi, bermain drama bermain bola, tali dan lain-lain.

- b. Hurlock (1978:321) menjelaskan bermain pasif yaitu anak memperoleh kesenangan dari kegiatan orang lain. Pemain dalam hal ini tidak terlibat sehingga hanya menghabiskan sedikit energi. Anak hanya menikmati temannya bermain, memandang orang atau hewan di televisi, menonton adegan lucu, dan lain-lain. Pendapat lain juga dijelaskan oleh Soetjiningsih (2002:108) bahwa bermain pasif kesenangan diperoleh dari orang lain. Dalam hal ini anak bermain pasif, antara lain dengan melihat dan mendengar, misalnya melihat gambar-gambar di buku atau majalah, mendengarkan cerita atau music, menonton televisi, dan lain-lain.

Tim Kanisius (2003:50) ditinjau dari aktivitasnya bermain dapat dibagi menjadi empat, antara lain:

- a. Bermain aktif yang berupa kegiatan berlari-lari, melompat, naik turun tangga bermain bola, dan sebagainya.
- b. Bermain konstruktif dilakukan dengan teknik membangun antara lain menyusun balok kayu, bermain lego, dan sebagainya.
- c. Bermain kreatif dilakukan untuk mengembangkan daya cipta anak seperti menggambar dengan pensil warna, mencocok, melipat kertas, dan sebagainya.

- d. Bermain imajinatif melatih anak untuk bermain peran tertentu yang dikaguminya, seperti berperan sebagai ayah, dokter, guru, dan sebagainya.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa bentuk-bentuk bermain dibedakan menjadi dua yaitu bermain ditinjau dari sumber kegembiraannya yang dibagi menjadi bermain aktif dan bermain pasif. Sedangkan jika ditinjau dari segi aktivitasnya bermain dibagi menjadi empat yaitu bermain aktif, konstruktif, imajinatif dan manipulatif .

2.2.5 Manfaat Bermain

Dunia anak merupakan dunia bermain. Kegiatan bermain paling digemari oleh anak-anak pada masa prasekolah, dan sebagian waktu anak digunakan untuk bermain sehingga ada ahli yang berpendapat bahwa usia prasekolah adalah usia bermain. Dari penelitian yang dilakukan oleh para ilmuwan, diperoleh temuan bahwa bermain mempunyai manfaat yang besar bagi perkembangan anak, dari bermain kemampuan dasar anak diperkembangkan, seperti:

- a. Untuk perkembangan aspek fisik.

Kegiatan yang melibatkan gerakan tubuh akan membuat tubuh anak menjadi sehat. Otot tubuh menjadi kuat dan anggota tubuh mendapat kesempatan digerakkan. Anak dapat menyalurkan tenaga yang berlebihan sehingga anak tidak merasa gelisah bosan dan tertekan (Tedjasaputra dalam Simatupang, 2005:25). Pendapat lain dijelaskan oleh

Hurlock (1978:323) menjelaskan bermain dapat mengembangkan otot dan melatih seluruh bagian tubuhnya. Bermain juga berfungsi sebagai penyaluran tenaga berlebihan.

- b. Untuk perkembangan aspek motorik kasar dan motorik halus.

Tedjasaputra (dalam Simatupang, 2005:25) mengemukakan bahwa tubuh anak mulai semakin fleksibel, lengan dan kaki semakin panjang dan kuat sehingga dapat melakukan motorik asar seperti berlari, melompat, memanjat, berguling, berputar. Ketika jemari semakin ramping dan panjang, akan terbiasa dengan kegiatan yang membutuhkan deksteritas manual. Pendapat lain disampaikan oleh Soetjningsih (2002:109) bahwa bermain mengoptimalkan seluruh tubuh, seperti tulang, otot dan organ-organ.

- c. Untuk perkembangan aspek sosial.

Dari sini akan belajar tentang sistem nilai, kebiasaan-kebiasaan dan standar moral masyarakatnya (Tedjasaputra dalam Simatupang, 2005: 25). Pendapat lain juga dijelaskan oleh Hurlock (1978:323) dengan bermain bersama anak lain, anak belajar membentuk hubungan sosial dan belajar menghadapi dan memecahkan masalah yang timbul dalam hubungan tersebut.

- d. Untuk perkembangan aspek emosi atau kepribadian.

Anak dapat melepaskan ketegangan yang dialami sekaligus memenuhi kebutuhan dan dorongan dari dalam diri, dapat membantu pembentukan konsep diri yang positif, percaya diri dan harga diri karena mempunyai

kompetensi tertentu (Tedjasaputra dalam Simatupang, 2005:25). Pendapat lain disampaikan oleh Soetjiningsih (2002:109) bermain merupakan cara untuk mengatasi kemarahan, kekuatiran, iri hati, kedukan dan sarana untuk mengontrol diri.

e. Untuk perkembangan aspek kognisi.

Melalui bermain anak mempelajari konsep dasar sebagai landasan untuk belajar menulis, bahasa, matematika dan ilmu pengetahuan lain (Tedjasaputra dalam Simatupang, 2005:25). Pendapat lain disampaikan Hurlock (1978:323) oleh bahwa bermain memberi kesempatan untuk mempelajari berbagai hal.

f. Untuk mengasah ketajaman penginderaan.

Anak menjadi aktif, kritis, kreatif dan bukan sebagai anak yang acuh, pasif dan tidak peka terhadap lingkungannya (Tedjasaputra dalam Simatupang, 2005:25). Pendapat lain disampaikan oleh Soetjiningsih (2002:109) bahwa bermain akan meningkatkan daya kreativitas anak.

g. Untuk mengembangkan keterampilan olahraga dan menari.

Perkembangan fisik dan keterampilan motorik kasar maupun halus sangat penting sebagai dasar untuk mengembangkan keterampilan dalam bidang lahraga dan menari (Tedjasaputra dalam Simatupang, 2005:25).

2.3 Teori Bermain Mildren Parten

Melalui kegiatan bermain yang dilakukan anak, kita akan mendapat gambaran tentang gambaran dan perkembangan umum anak. Parten menyoroti serta mengamati kegiatan bermain sebagai sarana sosialisasi anak, ia menemukan enam bentuk interaksi antar anak yang terjadi pada saat mereka bermain (Santrock, 2007:217), yang mencerminkan adanya peningkatan kadar interaksi sosial mulai dari bermain sendiri sampai dengan bermain bersama. Adapun tahapan bermain yang menggambarkan tingkat perkembangan sosial anak adalah:

1. *Unoccupied Play*

Pada tahap *Unoccupied Play* anak tidak terlibat dalam kegiatan bermain, tetapi hanya datang mengamati kegiatan anak lain atau kejadian-kejadian di sekitarnya yang menarik perhatiannya. Apabila tidak ada kejadian yang menarik, anak akan menyibukan diri dengan melakukan berbagai hal seperti memainkan anggota tubuhnya, mengikuti orang lain, berkeliling atau naik turun kursi tanpa tujuan yang jelas (Tedjasaputra, 2001:13). Hal ini sejalan dengan pendapat Santrock (2007:217) bahwa *unoccupied play* bukanlah permainan yang umum dipahami. Anak mungkin berdiri di satu tempat atau melakukan gerakan acak yang tampaknya tidak memiliki tujuan.

Lebih lanjut penulis dapat kemukakan bahwa perilaku bermain *unoccupied play* secara rinci adalah sebagai berikut melihat keadaan keliling yang meliputi tampak seperti melamun, bengong dengan tatapan

mata kosong dan acuh dengan keadaan sekeliling. Selanjutnya yaitu anak melakukan gerakan tubuh secara acak. Untuk selanjutnya adalah perilaku tidak peduli, dimana pada perilaku ini penulis menjabarkan macam-macamnya antara lain, mondar-mandir tanpa tujuan, berputar-putar tidak menentu, lari kesana-kemari, berteriak-teriak tanpa sebab, berputar-putar tidak menentu, mengikuti oranglain dan naik turun kursi tanpa tujuan yang jelas.

2. *Solitary Play*

Solitary Play atau bermain sendiri yaitu terjadi ketika anak bermain sendirian dan mandiri dari orang lain. Anak asyik sendiri dan tidak peduli terhadap apapun yang sedang terjadi (Mutiah, 2010:139). Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat Tedjasaputra (2001:13) yang menyatakan bahwa *solitary play* bersifat egosentris tanpa memperhatikan anak lain atau kehadiran orang lain yang terpenting anak bermain sendiri dengan berbagai alat yang dimilikinya. Dalam bermain tidak ada interaksi dengan teman atau orang lain, terpusat pada diri sendiri dan kegiatannya sendiri, menerima kehadiran orang lain apabila dirasa mengganggu permainannya seperti ada yang mengambil alat mainannya atau mengganggu konsentrasinya.

Selanjutnya akan dikemukakan perilaku bermain *solitary play* secara rinci antara lain bentuk permainan yang dipakai meliputi permainan aktif dan permainan pasif. Kemudian alat permainan yang digunakan seperti alat permainan yang mengembangkan perkembangan motorik kasar,

alat permainan yang membantu perkembangan motorik halus, alat permainan yang membantu perkembangan sosial emosional dan alat permainan yang membantu perkembangan bahasa.

Perilaku bermain *solitary* selanjutnya adalah sikap tidak sosial anak yang meliputi tidak berbagi mainan, sibuk dengan kegiatannya sendiri, tidak banyak bicara dan tidak bereaksi ketika dipanggil namanya. Lebih lanjut penulis juga menjabarkan reaksi emosi menangis yang ada dalam tahap ini seperti merengek, berkaca-kaca, menangis histeris, menangis tersedu-sedu dan menangis sambil berbicara. Selain reaksi emosi menangis, penulis juga menjabarkan reaksi emosi yang meliputi marah, beringas dan mengamuk.

3. *Onlooker Play*

Onlooker play (pengamat) yaitu kegiatan bermain dengan mengamati kegiatan bermain anak-anak lain dan tampak ada minat untuk mengikuti kegiatan bermain anak-anak lain tersebut. Sambil mengamati anak akan berbicara dan menanyakan kepada anak lain permainan yang dilihatnya tetapi tidak ikut dalam permainan. Sejalan dengan pendapat tersebut maka Fallen dan Umasky (1978:411) menjelaskan bahwa *onlooker play* yaitu :

This play is somewhat different from the previous one because the child's interest is sustained by particular groups of children playing (rather than wandering to various things of interest). The child may talk to the children as the play, but she generally does not attempt to engage in their play.

Berdasarkan pemaparan diatas menurut Fallen dan Umasky (1978:411) bahwa yang membedakan *onlooker play* dengan tahap sebelumnya (*unoccupied play*) karena anak tertarik dengan permainan yang sedang dimainkan sekelompok anak. Si anak mungkin berbicara dengan anak lain dan bertanya namun tidak ikut bermain.

Adapun perilaku bermain *onlooker play* secara rinci penulis jabarkan sebagai berikut, munculnya sikap ingin tahu dari anak ditandai dengan perilaku menunjukkan minat terhadap permainan yang sedang dimainkan teman-temannya, kemudian perilaku memperhatikan apa yang dilihatnya. Setelah itu membicarakan dan mempertanyakan yang ada dalam pikirannya guna memenuhi rasa penasaran pada diri anak tersebut.

4. *Parallel play*

Parallel play atau bermain parallel yaitu anak-anak melakukan kegiatan bermain secara berdampingan, atau berdekatan satu dengan lainnya tetapi tetap bermain sendiri-sendiri dengan peralatannya sendiri pula tidak memperhitungkan teman bermain di sampingnya atau di sekitarnya. Mereka bermain pada tempat, kegiatan dan waktu yang sama tetapi belum ada interaksi sosial yang nyata.

Dengan melakukan kegiatan yang sama, anak dapat terlibat kontak dengan anak lain. Mereka melakukan kegiatan *parallel*, bukan kerja sama, karena pada dasarnya mereka masih sangat egoisentris dan belum mampu memahami dan berbagi rasa dengan kegiatan anak lain (Tedjasaputera, 2001:14). Sedangkan menurut Mutiah (2010:139) *parallel play* yaitu

ketika anak bermain terpisah dari anak-anak lain, dengan mainan yang sama dengan cara meniru cara mereka bermain.

Selanjutnya akan dikemukakan perilaku bermain *parallel play* secara rinci antara lain bentuk permainan yang dipakai meliputi permainan aktif dan permainan pasif. Kemudian alat permainan yang digunakan seperti alat permainan yang mengembangkan perkembangan motorik kasar, alat permainan yang membantu perkembangan motorik halus, alat permainan yang membantu perkembangan sosial emosional dan alat permainan yang membantu perkembangan bahasa.

Perilaku yang kemudian diharapkan muncul dalam tahap *parallel play* ini adalah perilaku mementingkan diri sendiri yang jika dijabarkan mencakup acuh dengan lingkungan sekitar tidak dapat merasakan empati dan dapat menirukan permainan anak lain.

5. *Assosiative Play*

Assosiative Play atau bermain asosiatif ditandai dengan interaksi sosial dengan sedikit atau tanpa pengaturan. Dalam tipe permainan ini, anak-anak kelihatan lebih tertarik pada satu sama lain disbanding pada permainan yang mereka mainkan. Meminjam atau meminjamkan mainan dan mengikuti atau memimpin satu sama lain adalah contoh dari *assosiative play* (Santrock, 2007:218). Hal ini sejalan dengan pendapat dari Mutiah (2010:139) yang menjelaskan bahwa *assosiative play* terjadi ketika permainan melibatkan interaksi sosial dengan sedikit organisasi. Mereka

cenderung tertarik dan terjadi tukar menukar mainan dan mengikuti atau mengajak anak-anak antri adalah contoh dari *associative play*.

Lebih lanjut penulis dapat kemukakan bahwa perilaku bermain *associative play* secara rinci adalah perilaku sosial dalam bermain bersama yang antara lain meminjam dan meminjamkan mainan, mengikuti atau menirukan permainan dalam satu area permainan dan berani memimpin jalannya permainan.

Selanjutnya dalam tahap *associative play* ini anak sudah dapat berkomunikasi dengan baik seperti berinteraksi dengan oranglain, menyimak perkataan oranglain, mengutarakan pendapat pada oranglain dan mengerti pembicaraan teman.

6. *Cooperative Play*

Cooperative Play atau bermain bersama ditandai dengan adanya interaksi antar anak untuk bekerjasama, berbagi tugas, berbagi peran, dalam keterlibatan anak dalam suatu kegiatan bermain untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Bermain merupakan proyek bersama yang harus diselesaikan secara bersama-sama pula. Sebagai contoh bermain sepak bola dengan aturan sederhana atau permainan tradisional yang populer, anak akan membagi tugas untuk dapat melakukan permainan dengan baik dan kalau perlu dapat memenangkan permainan tersebut. Sejalan dengan pendapat tersebut maka Fallen dan Umasky (1978:412) menjelaskan bahwa *cooperative play* yaitu :

This final level in Parten's continuum. Cooperative play in children 4,5 years and older exhibits a much more sophisticated level of interaction, in which the child plays with other children who have organized the play in some way. For example, they may wish to dramatize a situation in the housekeeping area or build something together in the block area. There are common goals and division of labor. The organizational structure depends on each child's participation. If a child leaves the groups, it must reorganize.

Berdasarkan pemaparan diatas menurut Fallen dan Umasky (1978:412) menjelaskan bahwa *cooperative play* adalah tahap tertinggi dari teori Parten. Anak yang terlibat dalam tahap *cooperative play* usia 4,5 tahun atau lebih dengan tingkat interaksi yang semakin baik, dimana anak bermain dengan anak-anak lain disuatu tempat yang telah terorganisir. Contohnya, mereka bermain peran di area rumah atau bangunan. Ada tujuan dan pembagian tugas kerja yang umum. Struktur kerja tergantung partisipasi setiap anak. Jika ada anak yang meninggalkan permainannya, maka mereka akan menyusun pembagian tugas kembali.

Lebih lanjut penulis dapat kemukakan bahwa bahwa perilaku bermain *cooperative play* secara rinci perilaku bekerja sama kelompok bermain seperti memahami peraturan dan disiplin, bersikap kooperatif dalam kelompok dan menunjukn sikap gigih (tidak mudah menyerah). Pada tahap ini anak sudah memiliki respon sosial sesuai keadaan dalam permainan kelompoknya. Seperti respon sedih ketika ia dan teman-temannya kalah dalam permainannya dan respon senang ketika anak-anak tersebut memenangkan permainannya.

Dari uraian di atas tentang tahap permainan dari Mildren Parten maka penulis mengidentifikasi enam tahapan perilaku bermain menurut Mildren Parten yaitu perilaku bermain *unoccupied play*, *solitary play*, *onlooker play*, *parallel play*, *assosiative play* dan *cooperative play*.

2.3 Kerangka Berpikir

Dari segi biologis, perilaku menurut Notoadmodjo (2012:131) perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup, mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

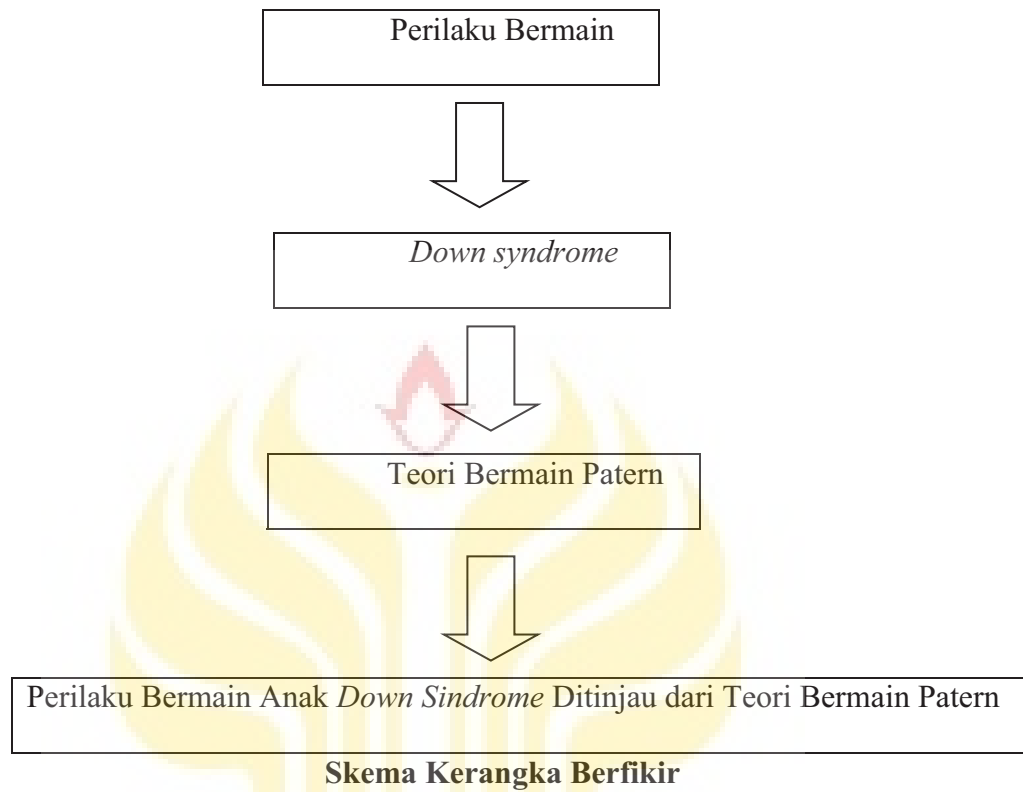
Bermain menurut Graham dalam (Simatupang, 2005:24) mendefinisikan bermain sebagai tingkah laku motivasi intrinsik yang dipilih secara bebas, berorientasi pada proses yang disenangi. bermain merupakan wadah bagi anak untuk merasakan berbagai pengalaman seperti emosi, senang, sedih, bergairah, kecewa, bangga, marah dan sebagainya.

Anak akan merasa senang bila bermain, dan banyak hal yang didapat anak selain pengalaman.

Down syndrome merupakan kondisi dimana terjadinya keterbelakangan perkembangan fisik dan mental yang disebabkan abnormalitas kromosom. Keterbelakangan perkembangan fisik seperti, lemahnya motorik halus dan kasar anak *down syndrome*.

Parten menyoroti serta mengamati kegiatan bermain sebagai sarana sosialisai anak, ia menemukan enam bentuk interaksi antar anak yang terjadi pada saat mereka bermain (Tedjasaputra, 2001:21-24), yang mencerminkan adanya peningkatan kadar interaksi sosial mulai dari bermain sendiri sampai dengan bermain bersama.

Perilaku bermain pada anak *down syndrome* diharapkan sejalan dengan teori perilaku bermain Mildren Parten :



BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan uraian dari hasil analisis data diatas mengenai perilaku bermain anak *down syndrome* ditinjau dari teori bermain Mildren Parten di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

Perilaku bermain anak *down syndrome* ringan usia 5-8 tahun tahap *unoccupied play* teori Mildren Parten di Desa Terlangu Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes yang muncul yaitu perilaku melihat keadaan sekeliling, melakukan gerakan tubuh, perilaku tidak peduli. Perilaku tahap *solitary play* yang muncul yaitu bermain sendirian, perilaku sibuk dengan kegiatannya sendiri tidak berbagi mainan dan reaksi emosi menangis. Selanjutnya perilaku tahap *onlooker play* yang muncul yaitu perilaku memperhatikan dan menunjukkan minat bermain. Kemudian tahap *parallel play* yaitu perilaku menirukan permainan anak lain, tidak dapat merasakan empati dan asyik dengan dirinya sendiri. Pada tahap *assosiative play* perilaku yang muncul antara lain saling meminjam, meminjamkan mainan dan menghargai karya orang lain. Selanjutnya tahap terakhir tahap *cooperative play* dari teori Mildren Parten yperilaku yang muncul yaitu menunjukkan antusiasme dalam bermain.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, ada beberapa pesan yang perlu penulis sampaikan kepada beberapa pihak, yaitu :

5.2.1 Bagi Orang tua Subjek

Sebaiknya orang tua khususnya yang memiliki anak *down syndrome* di Desa Terlangu kecamatan Brebes Kabupaten Brebes agar berperan aktif dalam perkembangan anaknya. Lakukan kegiatan yang dapat mengembangkan perilaku sosialnya dan melatih kemampuan bermainnya agar anak bisa berkembang sesuai dengan usianya.

5.2.2 Bagi penelitian sejenis

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menemukan hal baru mengenai perilaku bermain anak *down syndrome* yang bukan hanya ditinjau dari satu teori melainkan dari berbagai teori bermain.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. (2003). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, Syaifudin. (2003). *Sikap Manusia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Fadli, Aulia. (2010). *Buku Pintar kesehatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Anggrek
- Fallen & Umansky. (2006). *Young Children With Special Needs*. Ohio USA: Merrill Publishing Company A Bell & Howell Company
- Geniofam. (2010). *Mengasuh dan Mensukseskan Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Gerailmu
- Gunarhadi.(2005). *Penanganan Anak Sindroma Down Dalam Lingkungan Keluarga Dan Sekolah*. Jakarta: Dekdikbud
- Hurlock, Elizabeth. (1978). *Perkembangan Anak*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Irawan, Ria. (2016). *Terapi Okupasi (Occupational Therapy) Untuk Anak Berkebutuhan Khusus (Down Syndrome)*. Semarang: Unnes
- Kosasih, E. (2012). *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. Bandung: Yrama Widya
- Mayke, S.Tedjasaputra.(2001). *Bermain, Mainan dan Permainan*. Jakarta: PT Grasindo
- Moleong, J.Lexy. (2008). *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Moleong, J.Lexy. (2012). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rosdakarya
- Mutiah, Diana. (2010). *Psikologi Bermain Anak Usia Dini*. Jakarta: Kencana
- Notoatmodjo, Soekidjo, & Sarwono, Solita. 1985. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Pueschel, Siegfried M. (2012). *A Parent's Guide to Down Syndrome: Toward a Brighter Future*. New York: Paul H.Brookes Publishing Co.
- Rohimi, Syarif. (2013). *Merawat Bayi dengan Sindroma Down*. Jakarta: Dian Rakyat

- Santrock, J. W. 2007. *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga.
- Selikowitz, M. (2001). *Mengenal Sindrom Down*. Jakarta: Arcan
- , 2011. *Masa Perkembangan Anak*. Jakarta: Salemba Humanika
- , 2012. *Life-Span Development*. Jakarta: Erlangga.
- Simatupang, Nurhayati. Bermain sebagai Upaya Dini Menanamkan Aspek Sosial bagi Siswa Sekolah Dasar. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia, Volume 3, No.1, 2005*.
- Soetjiningsih. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Tim Kanisius. (2003). *Pengembangan Kecerdasan Anak*. Yogyakarta: Kanisius
- Trinova, Zulfia. (2012). *Hakikat Belajar dan Bermain Menyenangkan Bagi Peserta Didik*. *Jurnal Al-Ta'lim, Jilid 1, Nomor 3 November 2012, Hal 209-215*.
- Zaini, Ahmad. (2015). Bermain sebagai Metode Pembelajaran Bagi Anak Usia Dini. *Jurnal Vol.3, No.1, Januari-Juni 2015*.
- Kesehatan, Kompas, *Teori Baru Penyebab Down Syndrome*, artikel diambil dari <http://kesehatan.kompas.com/read/2010/03/29/11191896/Teori.Baru.Penyebab.Down.Syndrome>, diakses pada hari Kamis, tanggal 29 September 2016
- Mandiri, Bisa. *Anak Down Syndrome dan Bagaimana Harus Bersikap*, artikel diambil dari <https://bisamandiri.com/anak-down-syndrome-dan-bagaimana-harus-bersikap>, diakses pada hari Senin, tanggal 29 Mei 2017
- Christianti, Marta. *Anak dan Bermain*, artikel diambil dari <http://martachristianti.wordpress.com/2008/03/11/anak-bermain>, diakses pada hari Kamis, tanggal 29 September 2016
- Zikrina, Ayunda. *Berada Di Sekitar Anak Dengan Down Syndrome*, artikel diambil dari <https://pijarpsikologi.org/berada-disekitar-anak-dengan-down-syndrome>, diakses pada hari Senin, tanggal 9 September 2017