



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENERAPAN TERAPI KOGNITIF PERILAKU
TERHADAP PERUBAHAN PIKIRAN DAN PERILAKU
ANAK USIA SEKOLAH YANG MENGALAMI
KESULITAN BELAJAR DI SDN KELURAHAN
PONDOK CINA TAHUN 2010**

TESIS

**Wardiyah Daulay
NPM. 0806469836**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENERAPAN TERAPI KOGNITIF PERILAKU
TERHADAP PERUBAHAN PIKIRAN DAN PERILAKU
ANAK USIA SEKOLAH YANG MENGALAMI
KESULITAN BELAJAR DI SDN KELURAHAN
PONDOK CINA TAHUN 2010**

TESIS

Diajukan sebagai prasyarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

**Wardiyah Daulay
NPM. 0806469836**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
2010**

ii

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Wardiyah Daulay

NPM : 0806469836

Tanda Tangan :

Tanggal : 06 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Wardiyah Daulay
NPM : 0806469836
Program Studi : Pasca Sarjana
Judul Tes : Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku terhadap Pikiran dan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar di SDN Kelurahan Pondok Cina tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Achir Yani S Hamid, DNSc (.....)

Pembimbing : Mustikasari, SKp., MARS (.....)

Penguji : Yossie Susanti Eka Putri. SKp., M.Sc (.....)

Penguji : Widya Lolita, SKp., MKep (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 06 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya maka penulis bisa menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Penerapan Terapi Kognitif Perilaku pada Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar di Sekolah Dasar Negeri Kelurahan Pondok Cina Tahun 2010”.

Dalam menyusun proposal tesis ini, penulis banyak mendapat masukan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MA. Phd. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Krisna Yetti, SKp., M.App. Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sekaligus sebagai koordinator mata ajaran tesis yang telah memberikan pengarahan tentang penyusunan tesis.
3. Prof. Achir Yani S. Hamid., M.N., D.N.Sc selaku Pembimbing I yang telah mencurahkan perhatian beliau walaupun dengan berbagai kesibukannya, memberikan bimbingan dan dukungan selama penyusunan tesis ini.
4. Ibu Mustikasari, SKp., MARS, selaku Pembimbing II yang telah memberikan arahan dan saran yang sangat bermakna bagi penulis selama penyusunan tesis.
5. Ibu Yossie Susanti Eka Putri, SKp., MN dan Ibu Widya Lolita, SKp., Mkep selaku penguji sidang yang telah banyak memberi masukan untuk kesempurnaan tesisi ini.
6. Staf Pengajar Keperawatan Jiwa khususnya Dr. Budi Anna Keliat, Ibu Novy Helena, SKp., MSc dan Ibu Herni Susanti, SKp., MN.
7. Kepala Sekolah SDN Pondok Cina beserta guru-guru, serta anak yang telah dijadikan responden dalam penelitian ini.
8. Rekan-rekan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

9. Rekan-rekan Program Pascasarjana Kekhususan Jiwa Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2008
10. Suami dan anak-anak tercinta, Wildan dan Nadiyah yang selalu memberi semangat untuk bunda dalam menyelesaikan studi.
11. Keluarga besar, ibunda(umak) dan ibu mertua (bou) yang tidak putus-putusnya memberi bantuan dalam bentuk doa dan materi.
12. Seluruh pihak yang telah mendukung penyusunan tesis ini

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih pada semuanya. Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan guna perbaikan di masa mendatang dan mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2010

Penulis

ABSTRAK

Nama : Wardiyah Daulay
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku terhadap Pikiran dan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar di SDN Kelurahan Pondok Cina tahun 2010

Kesulitan belajar merupakan hambatan/gangguan belajar pada anak dan remaja yang ditandai oleh adanya kesenjangan yang signifikan antara taraf intelegensi dan kemampuan akademik yang seharusnya dicapai. Di SDN Kelurahan Pondok Cina ada sekitar 12,5%-27,5% anak yang mengalami kesulitan belajar dalam satu kelas. Anak yang mengalami kesulitan belajar dapat dihubungkan dengan kurangnya keterampilan kognitif dan secara spesifik berkaitan dengan kurangnya pemikiran positif anak. Melalui pikiran positif anak akan lebih mampu mengatasi kesulitan-kesulitan melalui pemecahan masalah sederhana, menunda pemuasan sesaat dan anak akan mampu mengontrol perilakunya sendiri. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh Terapi Kognitif Perilaku terhadap pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar. Desain penelitian *quasi eksperiment* dengan pendekatan *pre post test with control group*. Penelitian dilakukan di SDN Kelurahan Pondok Cina dengan sampel anak yang mengalami kesulitan belajar yang terdiri dari 30 anak murid di SDN 3 Pondok Cina sebagai kelompok intervensi dan 30 murid SDN Pondok Cina 5 sebagai kelompok kontrol. Kriteria inklusi sampel adalah anak yang mengalami gangguan kemampuan akademik karena faktor psikologis, duduk di kelas IV, V dan VI, memiliki pikiran negatif dan perilaku maladaptif dan anak komunikatif. Terapi Kognitif Perilaku yang dilakukan melalui 5 sesi ini diarahkan untuk memodifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, anak diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik *dependen t-Test* menunjukkan ada pengaruh penerapan terapi kognitif perilaku terhadap perubahan pikiran dan perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar (pikiran; $p=0,021$ dan perilaku; $p=0,045$). Diharapkan penerapan terapi ini dapat dilaksanakan untuk tatanan sekolah dengan bekerjasama dengan dinas kesehatan.

Kata Kunci: Kesulitan belajar, terapi kognitif perilaku, pikiran, perilaku

ABSTRACT

Name : Wardiyah Daulay
Study Program : Master of Nursing Science
Title : The Influence of Cognitive Behavioral Therapy to Thoughts and Behaviors of School-Age Children who have Learning Difficulties in SDN Districk Pondok Cina, Depok 2010

Learning difficulties constituted barriers learning disorders in children and adolescent characterized by significant disparity between the level of intelligence and academic skills that should be achieved. In SDN Pondok Cina there use 12,5%-27,5% about children who have difficulty learning in one class. Children who have learning difficulties can be connected with lack of cognitive skill and specifically related to child's lack of positive thinking. Through positive thinking, children will be better able to difficulty overcoming adversity through simple troubleshooting, delaying gratification of a moment and children will be able to control their own behavior. The aimed of this research was to know the effect of cognitive behavior therapy of thoughts and behavior school-age children who have learning difficulties. Design of this research was using "Quasi experimental design with pre post test approach on intervention and control group. Research conducted in SDN Districk Pondok Cina using total sampling that children who have learning difficulties which consists of the 30 student SDN Pondok Cina 3 as a group intervention and 30 student SDN Pondok Cina 5 as a control group. Cognitive behavior therapy is done through five session, directed to modify the function of thinking feeling and acting by emphasizing the role of brain in analyzing decided to ask to do and decided to return. By changing the status of his thoughts and feelings, children are expected to change his behavior. The bivariate statistical with dependent t-test result shows decrease in negative thoughts in children was significantly after receiving cognitive behavior therapy ($p=0,021$) and shows decrease in maladaptif behavior ($p=0,045$). Expected that the application of cognitive behavior therapy on school-age children can be done in mental health service by involving community health center and related office which in turn can improve the quality of education.

Keyword : Learning difficulties, cognitive behavior therapy, thought, behavior.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUNG.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Tumbuh Kembang.....	12
2.2 Konsep Kesulitan Belajar.....	24
2.3 Konsep Terapi Kognitif Perilaku.....	36
2.4 Kerangka Teori Penelitian.....	53
BAB III. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	54
3.2 Hipotesis.....	57
3.3 Definisi Operasional.....	58
BAB IV. METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	61
4.2 Populasi dan Sampel.....	63
4.3 Tempat Penelitian.....	65
4.4 Waktu Penelitian.....	65
4.5 Etika Penelitian.....	66
4.6 Alat Pengumpul Data.....	68
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	71
4.8 Analisis Data.....	76

BAB V. HASIL PENELITIAN	
5.1 Karakteristik Anak dan Orangtua Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar.....	82
5.2 Analisis Karakteristik Orangtua dengan Pikiran Anak.....	87
5.3 Analisis Karakteristik Orangtua dengan Perilaku Anak.....	88
5.4 Analisis Karakteristik Anak dengan Pikiran Anak.....	90
5.5 Analisis Karakteristik Anak dengan Perilaku Anak.....	91
5.6 Analisis Pikiran Anak.....	93
5.7 Analisis Perilaku Anak.....	97
BAB VI. PEMBAHASAN	
6.1 Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku terhadap Perubahan Pikiran Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar.....	100
6.2 Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku terhadap Perubahan Perilaku Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar.....	108
6.3 Hubungan Karakteristik dengan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar.....	114
6.4 Hubungan Karakteristik dengan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar.....	121
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	126
6.6 Implikasi Keperawatan.....	127
BAB VII. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	130
7.2 Saran.....	131
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Confounding, Independen dan Dependen.....	58
Tabel 4.2 Hasil Uji Instrumen.....	74
Tabel 4.4 Analisis Bivariat.....	78
Tabel 5.1 Analisis Kesetaraan Karakteristik berdasarkan Usia Anak.....	82
Tabel 5.2 Karakteristik Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar berdasarkan Usia.....	83
Tabel 5.3 Analisis Kesetaraan Karakteristik berdasarkan Jenis Kelamin Anak.....	83
Tabel 5.4 Karakteristik Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar berdasarkan Jenis Kelamin.....	84
Tabel 5.5 Analisis Kesetaraan Karakteristik berdasarkan Pendidikan dan Pekerjaan Ibu.....	85
Tabel 5.6 Distribusi Frekwensi Karakteristik Orangtua berdasarkan Pendidikan dan Pekerjaan Ibu.....	86
Tabel 5.7 Hubungan Karakteristik Orangtua dengan Pikiran Anak berdasarkan Pendidikan Ibu.....	87
Tabel 5.8 Hubungan Karakteristik Orangtua dengan Pikiran Anak berdasarkan Pekerjaan Ibu.....	87
Tabel 5.9 Hubungan Karakteristik Orangtua dengan Perilaku Anak berdasarkan Pendidikan Ibu.....	88
Tabel 5.10 Hubungan Karakteristik Orangtua dengan Perilaku Anak berdasarkan Pekerjaan Ibu.....	89
Tabel 5.11 Analisis korelasi Usia Anak terhadap Pikiran Anak.....	90
Tabel 5.12 Hubungan Karakteristik Anak dengan Pikiran Anak berdasarkan Jenis Kelamin Anak.....	91
Tabel 5.13 Analisis korelasi Usia Anak terhadap Perilaku Anak.....	91

Tabel 5.14 Hubungan Karakteristik Anak dengan Perilaku Anak berdasarkan Jenis Kelamin Anak.....	92
Tabel 5.15 Analisis Kesetaraan Pikiran Anak Sebelum dilakukan terapi	93
Tabel 5.16 Pikiran Anak Sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	93
Tabel 5.17 Pikiran Anak Sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	94
Tabel 5.18 Pikiran Anak Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi	95
Tabel 5.19 Pikiran Anak Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Kontrol.....	96
Tabel 5.20 Analisis Kesetaraan Perilaku anak Sebelum dilakukan terapi	97
Tabel 5.21 Perilaku Anak Sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	97
Tabel 5.22 Perilaku Anak Sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	98
Tabel 5.23 Perilaku Anak Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi	98
Tabel 5.24 Perilaku Anak Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Kontrol.....	99

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	53
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	56
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	62
Skema 4.3 Alur Pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku.....	75



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Kuesioner A (Data diri anak dan orangtua)
- Lampiran 4. Kuesioner B (Pikiran anak saat ini)
- Lampiran 5. Kuesioner C (Perilaku anak saat ini)
- Lampiran 6. Wawancara guru wali kelas
- Lampiran 7. Modul Terapi Kognitif Perilaku
- Lampiran 8. Keterangan Lulus Uji Etik
- Lampiran 9. Surat Izin Penelitian FIK-UI
- Lampiran 10. Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesulitan belajar adalah hambatan/gangguan belajar pada anak dan remaja yang ditandai oleh adanya kesenjangan yang signifikan antara taraf intelegensi dan kemampuan akademik yang seharusnya dicapai. Kesulitan belajar tidak ditentukan oleh tinggi rendahnya intelegensi. Individu yang memiliki intelegensi tinggi mungkin saja mengalami kesulitan belajar, sebaliknya individu dengan intelegensi rata-rata dapat memiliki prestasi yang luar biasa, ini disebabkan karena timbulnya kesulitan belajar pada seseorang ditentukan oleh banyak hal.

Seseorang yang mengalami kesulitan belajar bisa jadi sukses di sekolah, di dunia kerja, dalam hubungan antar individu, dan di dalam masyarakat bila disertai dengan dukungan dan perhatian yang tepat. Dukungan dan perhatian yang dimaksud adalah bagaimana guru dan orang terdekat dapat mendeteksi apa penyebab dari kesulitan belajar yang dialami anak sedini mungkin. Perlu diingat penyebab kesulitan belajar itu dapat berbeda-beda, sehingga pemecahan masalah sangat tergantung pada keberhasilan menentukan penyebab dan ketepatan menyelesaikan masalah yang menjadi penyebab kesulitan belajar pada anak. Misalnya anak yang mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran, pemecahan masalahnya adalah dengan menempatkan mereka pada posisi depan atau memberikan kacamata dan alat bantu. Namun pada anak yang mengalami kesulitan belajar karena rendah diri, selalu membuat ulah, bolos, malas, membenci pelajaran tertentu, pemecahan masalahnya tentu berbeda yang akan banyak memerlukan kesehatan dan keperawatan jiwa dengan mengenal psiko dinamika perilaku anak.

Faktor penyebabnya dapat berasal dari dalam diri anak sendiri dan dapat dari luar. Pada kasus yang pertama, seorang anak mengalami kesulitan

belajar yang disebabkan oleh faktor penglihatan yang kurang baik, sedangkan pada kasus kedua, kesulitan belajar lebih disebabkan oleh faktor psikologis atau kejiwaan pada diri anak tersebut. Faktor psikologis ini merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian khusus, karena faktor psikologis merupakan sesuatu yang mendorong aktifitas belajar atau dengan kata lain hal yang merupakan alasan dilakukannya perbuatan belajar tersebut (Suryabrata,2008).

Kesulitan belajar akibat faktor psikologis tersebut bila tidak ditangani dengan baik dan benar akan menimbulkan berbagai bentuk gangguan emosional. Gangguan emosional ini dapat menyebabkan keseluruhan prestasi anak kurang atau mundur, terutama dalam pelajaran-pelajaran yang membutuhkan *kognisi* atau pikiran. Kognisi ini mencakup pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran sehingga apabila kognisi anak menurun maka motivasi anak untuk belajarpun akan menurun.

Akibat dari pikiran anak tersebut akhirnya akan berdampak buruk pula terhadap perilaku anak. Anak akan mengikuti pikiran-pikirannya tersebut sehingga anak akan kurang bersosialisasi, kurang kooperatif dalam bekerjasama, apatis dan tidak punya inisiatif, malas, sikap dependen, mudah menangis atau sangat kasar terhadap kawan (Suryabrata, 2008). Ini sejalan dengan Keliat, et al (2000) yang mengatakan bahwa bentuk kegagalan anak bisa berupa tidak mau mengerjakan tugas sekolah atau membangkang pada orangtua, tidak ada kemauan untuk bersaing, terkesan malas, tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok dan memisahkan diri dari sekolah dan teman-teman sepermainan, yang pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap penurunan prestasi belajar anak (Keliat, et al.2000).

Perilaku-perilaku yang ditunjukkan anak ini jika dikelompokkan berdasarkan gejalanya menurut Steiner (2000, dalam Videbeck, 2008) dibagi dalam 4 area yaitu agresi terhadap orang lain, perusakan,

kecurangan dan pelanggaran peraturan. Hal ini tentu saja akan berdampak buruk bagi perkembangan kualitas hidupnya di kemudian hari.

Dampak-dampak dari kesulitan belajar tersebut dapat diminimalisasi apabila dideteksi sejak dini. Deteksi dini dapat dilakukan sejak anak memasuki usia sekolah karena pada usia inilah anak untuk pertama kalinya menerima pendidikan formal dan pada masa ini anak telah mengalami perkembangan-perkembangan yang dapat membantu anak untuk dapat menerima bahan yang diajarkan oleh gurunya (Djamarah, 2008). Tahap sekolah dasar termasuk ke dalam tahapan perkembangan usia sekolah yakni usia 7-12 tahun, dimana menurut Erik Erikson (2000, dalam Keliat, 2006) pada tahap ini perkembangan kemampuan psikososial adalah meningkatnya kemampuan interaksi dan prestasi belajar dalam menghasilkan suatu karya berdasarkan kemampuan diri sendiri. Menurut pakar psikologi anak, Kartono (1995, dalam Nanulaita, 2008, hlm 53), kondisi pikiran anak benar-benar dalam stadium belajar. Pengetahuannya bertambah pesat, kebiasaan dan keterampilan baru akan dikuasai dan anak berhasrat untuk mengetahui realitas benda dan peristiwa di sekelilingnya.

Anak usia sekolah ini perlu diperhatikan karena usia ini sangat menentukan keberhasilan pada tahap perkembangan berikutnya, oleh karena itu jika ada masalah seperti kesulitan belajar harus ditangani secara serius. Di Indonesia pada tahun 1996 Pusbang Kurrandik (Pusat Pengembangan Kurikulum dan Sarana Pendidikan) Badan Penelitian dan Pengembangan melakukan penelitian terhadap 4994 siswa sekolah dasar kelas I – IV di provinsi Jawa Barat, Lampung, Kalimantan Barat dan Jawa Timur, mendapatkan hasil bahwa 696 dari siswa SD (13,94%) tersebut mengalami kesulitan belajar umum.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Maret 2010 terhadap 5 Sekolah Dasar Negeri yang berada di kelurahan Pondok Cina, Depok, terdapat 5-11 anak dalam satu kelas yang mengalami

kesulitan belajar. Ini berarti ada sekitar 12,5%-27,5% yang mengalami kesulitan belajar. Berarti angka ini lebih tinggi daripada angka yang didapat Pusat Pengembangan Kurikulum dan Sarana Pendidikan terhadap Jawa Barat yaitu 13,94%. Hal ini memberikan gambaran bahwa kesulitan belajar di kalangan siswa SD khususnya Sekolah Dasar Negeri di Kelurahan Pondok Cina perlu mendapat perhatian yang serius dari semua pihak, baik dari dunia pendidikan, medik, psikologik, orang tua dan pihak lainnya yang terkait, karena jika tidak ditanggulangi akan berdampak dalam mencapai tahap pendidikan ke jenjang berikutnya (Wiguna, 2003).

Untario (2004) mengatakan bahwa kepekaan orangtua, guru di sekolah serta orang-orang di sekitarnya sangat membantu dalam mendeteksi kesulitan belajar, sehingga anak dapat memperoleh penanganan dari tenaga profesional sedini dan seoptimal mungkin, sebelum menjadi terlambat. Menurut wawancara dari beberapa guru, penanganan yang sudah dilakukan sekolah terkait kesulitan belajar yang dialami anak ini adalah anak diwajibkan mengikuti *remedial teaching* dan memperoleh latihan-latihan khusus sesuai kelemahan anak, pihak sekolah juga memberitahukan kepada orangtua tentang masalah yang dihadapi anak, sedangkan penanganan dari pihak lain seperti kesehatan mental belum menyentuh sekolah.

Menurut Waxman, Weist, dan Benson (1999, dalam Sundberg, 2007), sekolah adalah salah satu tempat bagi anak dan keluarga menjalin kontak secara reguler, ada kecenderungan yang bergerak ke arah upaya mengaitkan pelayanan kesehatan mental dengan sekolah, seperti pencegahan, intervensi dini, intervensi krisis, dan perkembangan sosial emosional yang sehat. Kendala psikososial dapat menjadi penghalang bagi pencapaian tujuan pendidikan, masalah ini harus diatasi agar sekolah dapat berfungsi secara efektif dan agar anak dapat belajar dengan sukses. Pendekatan berbasis sekolah berusaha mengatasi masalah sebelum menjadi berat. Adelman (1995, dalam Sundberg, 2007) mengusulkan

konsep yang mengaitkan sekolah dan masyarakat yang melibatkan semacam pelayanan kesehatan mental dan program ini dengan cepat menemukan bahwa banyak anak-anak sekolah yang membutuhkan pelayanan. Program kesehatan mental berbasis sekolah dapat meningkatkan akses dan penggunaan, menaikkan tingkat efektivitas, dan memfasilitasi generalisasi (Evans, 1999). Guru dapat bekerjasama dengan petugas kesehatan mental untuk memfasilitasi kompetensi sosial, memantau perilaku, memanipulasi *kontingensi*, dan mendorong penggunaan keterampilan yang baru saja dipelajari.

Program dalam kesehatan mental yang sedang dikembangkan khususnya keperawatan jiwa salah satunya adalah intervensi berupa terapi kognitif perilaku. Menurut Sundberg, Winebarger, dan Taplin (2007) strategi-strategi intervensi yang sesuai untuk menangani masalah perilaku anak adalah terapi kognitif perilaku karena penilaian kognitif anak tentang berbagai kejadian dapat mempengaruhi respons anak terhadap kejadian tersebut. Menurut Oemarjoedi (2003) dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku, maka terapi kognitif perilaku diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali. Dengan mengubah status pikiran dan perasaannya, anak diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya, dari negatif menjadi positif .

Terapi ini terbukti efektif pada anak yang mengalami gangguan (Safaria, 2004). Gangguan-gangguan yang terjadi pada anak dapat dihubungkan dengan kurangnya keterampilan kognitif dan secara spesifik berkaitan dengan kurangnya kontrol diri anak. Melalui kontrol diri ini anak akan lebih mampu mengatasi kesulitan-kesulitan melalui pemecahan masalah sederhana, menunda pemuasan sesaat dan anak akan mampu mengontrol

perilakunya sendiri. Penelitian oleh Ronen (1993, dalam Safaria, 2004, hlm. 281) menunjukkan hubungan antara kurangnya kontrol diri anak dengan munculnya gangguan psikis pada anak. Peningkatan keterampilan kognitif secara alamiah selama masa perkembangan ternyata berhubungan dengan kesembuhan pada beberapa anak yang mengalami gangguan.

Gangguan-gangguan seperti phobia, gangguan tingkah laku atau kesulitan belajar dimulai dengan kurangnya keterampilan anak, sedangkan pada gangguan tingkah laku secara umum dan perilaku antisosial secara khusus dilihat sebagai akibat kurangnya keterampilan generalisasi, kurangnya penalaran sosial, dan adanya interpretasi yang salah dari situasi sosial (Akhtar & Brandley, 1991, dalam Safaria, 2004, hlm. 621). Kendall (1994) dalam penelitian yang mencari peran kognitif dalam gangguan kecemasan menunjukkan gambaran bahwa anak yang mengalami gangguan cemas lebih banyak memunculkan evaluasi diri negatif, pernyataan diri negatif dan kurang mampu menggunakan pikirannya untuk mengendalikan kecemasannya. Pada penelitian tentang kognisi sosial menunjukkan bahwa penyesuaian sosial anak akan meningkat dengan meningkatnya kemampuan kognisi sosial terutama pada kemampuan yang lebih luas yaitu penerimaan peran, penerimaan perspektif dan komunikasi (Crick & Dodge, 1994). Pada gangguan depresi juga menunjukkan peran keterampilan kognitif ini, termasuk di dalamnya pada gangguan hiperaktif, harga diri rendah dan keputusan (Ronen, 1993, dalam Safaria, 2004, hlm. 281).

Berdasarkan hal tersebut di atas, kesulitan belajar termasuk dalam gangguan yang sering muncul pada anak dan dapat diintervensi dengan terapi kognitif perilaku ini. Penanganan masalah kesulitan belajar selama ini menjadi tanggung jawab guru sebagai pendidik di sekolah, untuk itu peneliti ingin mencoba menanganinya dengan pendekatan yang berbeda yakni dari pendekatan kesehatan mental khususnya keperawatan jiwa karena fokus asuhan keperawatan jiwa mulai dari rentang anak sampai

lansia. Yang pada penelitian ini akan difokuskan dalam menangani masalah anak. Dan ada kecenderungan saat ini, pelayanan keperawatan jiwa tidak hanya menangani masalah-masalah di rumah sakit tetapi juga mengarah ke komunitas termasuk komunitas sekolah.

Selain alasan tersebut di atas, peneliti merasa tertarik melakukan penelitian ini karena peneliti sudah menerapkan terapi kognitif perilaku ini untuk keluarga, yang ternyata hasil yang didapat menunjukkan ada perubahan ke arah yang positif. Sehingga peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian berdasarkan studi empiris melalui penelitian tentang efektifitas terapi kognitif perilaku pada anak usia sekolah. Peneliti tertarik melakukan penelitian di kelurahan Pondok Cina karena menurut data yang diperoleh dari guru dan Kepala Sekolah bahwa anak didik yang mengalami kesulitan belajar berkisar 5-11 orang dalam satu kelas, padahal pada saat masuk dilakukan proses seleksi yang cukup ketat. Ini membuktikan bahwa sebenarnya anak didik bukanlah anak yang berintelegensi rendah, tetapi kemungkinan disebabkan oleh faktor lain seperti faktor psikologis dan psikososial. Alasan lain, kesulitan belajar yang diakibatkan oleh faktor psikososial yang dialami anak sekolah di Sekolah Dasar Pondok Cina ini ditangani secara minimal karena sekolah tidak memiliki guru BP yang bertugas khusus untuk menangani masalah psikologis anak tersebut dan alasan terakhir mengambil SDN Pondok Cina, peneliti sebagai mahasiswa Universitas Indonesia ingin menerapkan ilmu yang didapat untuk membantu pengembangan lingkungan sekitar Universitas Indonesia.

Kesulitan belajar yang terjadi pada anak didik ini akan diintervensi oleh peneliti dengan terapi kognitif perilaku khusus pada anak yang mengalami kesulitan belajar karena faktor psikososial. Terapi kognitif perilaku dilakukan pada anak kelas 4 sampai 6, karena hasil penelitian terdahulu menyimpulkan bahwa tingkat tahapan perkembangan kognitif anak sangat mempengaruhi kesuksesan dalam penerapan terapi kognitif. Dush et al (1989, dalam Safaria, 2004) menemukan hubungan positif antara umur

dan hasil terapi, anak yang lebih tua yang memiliki kemampuan kognitif lebih tinggi menunjukkan hasil yang lebih baik dibanding dengan anak yang lebih muda.

1.2 Perumusan Masalah

Saat ini anak yang mengalami kesulitan belajar hanya ditangani oleh guru dan pihak sekolah tanpa melibatkan pihak terkait seperti keperawatan jiwa. Asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa sudah mulai mengembangkan beberapa terapi yang dapat digunakan dalam mengatasi masalah-masalah dalam komunitas termasuk komunitas sekolah seperti kesulitan belajar yang dalam hal ini akan dilakukan melalui perubahan pikiran anak (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan, pemikiran) dan perilaku (agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, terdapat beberapa masalah penelitian yakni ada sekitar 5-11 anak yang mengalami kesulitan belajar dalam satu kelas di SD Negeri yang ada di Kelurahan Pondok Cina, tidak adanya guru khusus yang menangani masalah psikososial anak, belum diterapkan terapi kognitif perilaku terhadap anak usia sekolah dengan masalah kesulitan belajar, belum diketahui sejauh mana terapi kognitif perilaku ini dapat mengubah pikiran dan perilaku negatif anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar khususnya di SD Negeri Kelurahan Pondok Cina sehingga dapat disimpulkan penelitian ini akan menjawab pertanyaan “Bagaimana pengaruh penerapan terapi kognitif perilaku terhadap perubahan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar?”

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengidentifikasi pengaruh penerapan terapi kognitif perilaku terhadap perubahan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

1.3.2. Tujuan khusus

- 1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik anak usia sekolah dengan kesulitan belajar (usia dan jenis kelamin).
- 1.3.2.2 Mengidentifikasi karakteristik orangtua anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar (pendidikan dan pekerjaan ibu).
- 1.3.2.3 Mengidentifikasi pikiran (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran anak terkait proses belajar) anak usia sekolah dengan kesulitan belajar sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kognitif perilaku.
- 1.3.2.4 Mengidentifikasi perbedaan pikiran (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan, pemikiran dan intelegensi) anak usia sekolah dengan kesulitan belajar pada anak yang mendapatkan terapi kognitif perilaku dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku.
- 1.3.2.5 Mengidentifikasi perilaku (agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan) anak usia sekolah dengan kesulitan belajar sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kognitif perilaku.
- 1.3.2.6 Mengidentifikasi perbedaan perilaku (agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan) anak usia sekolah dengan kesulitan belajar pada anak yang mendapatkan terapi kognitif perilaku dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku.

1.3.2.7 Mengidentifikasi hubungan karakteristik anak (usia dan jenis kelamin) terhadap pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

1.3.2.8 Mengidentifikasi hubungan karakteristik orangtua anak (pendidikan ibu dan pekerjaan ibu) terhadap pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Apabila pelaksanaan terapi kognitif perilaku dapat meningkatkan prestasi belajar pada anak usia sekolah, maka terapi kognitif perilaku bermanfaat sebagai :

1.4.1.1 Pedoman pelaksanaan terapi kognitif perilaku dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak usia sekolah dengan kesulitan belajar dalam konteks memodifikasi pikiran dan perilaku anak.

1.4.1.2 Masukan bagi sekolah-sekolah dalam meningkatkan kualitas pendidikan untuk penerapan terapi kognitif perilaku dalam merubah pikiran dan perilaku anak didik.

1.4.1.3 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya dalam tatanan komunitas.

1.4.1.4 Sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun program Unit Kesehatan Sekolah (UKS) jiwa di sekolah-sekolah untuk penanggulangan anak dengan kesulitan belajar di masa mendatang.

1.4.2 Manfaat Keilmuan.

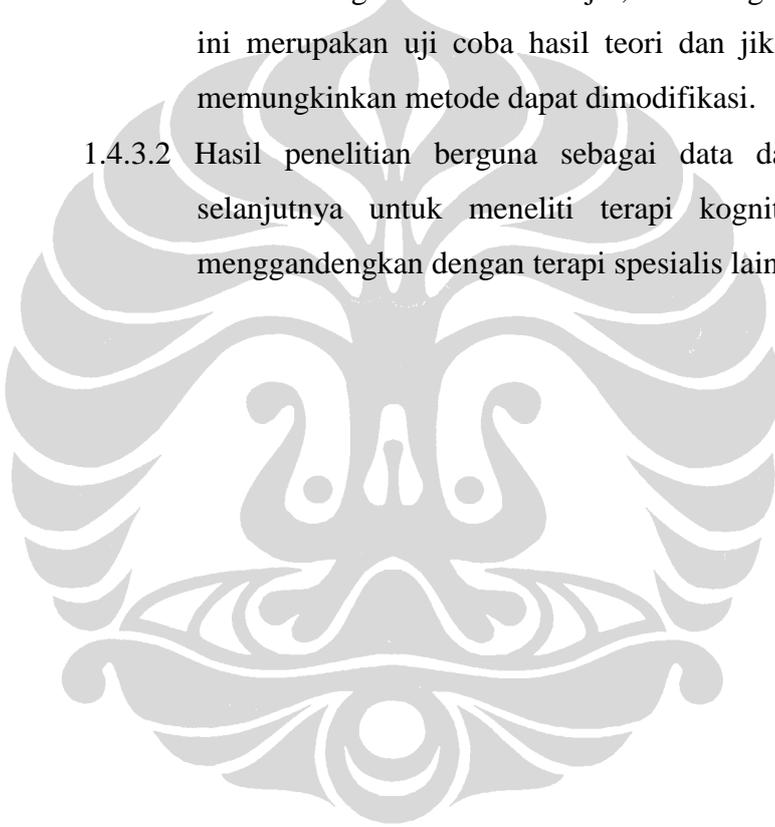
1.4.2.1 Hasil penelitian dapat menambah metode dan tehnik pemberian asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa dalam penerapan terapi kognitif perilaku bagi anak usia sekolah dengan masalah kesulitan belajar.

1.4.2.2 Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam terapi spesialis untuk meningkatkan kemampuan anak usia sekolah dengan kesulitan belajar dalam merubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik untuk mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif anak usia sekolah dengan kesulitan belajar, atau dengan kata lain penelitian ini merupakan uji coba hasil teori dan jika bila keadaan tidak memungkinkan metode dapat dimodifikasi.

1.4.3.2 Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk meneliti terapi kognitif perilaku dengan menggandengkan dengan terapi spesialis lainnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan konsep, teori dan hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian. Tinjauan pustaka meliputi tinjauan tentang konsep tumbuh kembang khususnya usia sekolah, konsep kesulitan belajar, dan konsep terapi kognitif perilaku pada anak. Konsep ini diuraikan agar lebih mempermudah pemahaman dalam membahas penelitian, sehingga dapat digunakan sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian ini.

Tumbuh kembang pada setiap anak berbeda, setiap anak akan melalui suatu tahapan dari tumbuh kembangnya dan tiap-tiap tahap mempunyai ciri tersendiri. Pada tahap usia sekolah, anak akan mengalami tumbuh kembang yang baik dari segi fisik, mental dan sosial, tetapi banyak juga yang mengalami hambatan dalam tumbuh kembang tersebut. Anak usia sekolah yang mengalami hambatan dalam aspek mental dan sosial dapat mengakibatkan gangguan dalam berpikir dan berperilaku dan akhirnya dapat menimbulkan kesulitan belajar. Penanganan anak yang mengalami kesulitan belajar ini biasanya hanya dari pihak sekolah, padahal seluruh aspek harus turut terlibat seperti keperawatan jiwa. Dalam asuhan keperawatan jiwa sudah dikembangkan beberapa terapi yang dapat dimanfaatkan dalam tatanan sekolah diantaranya adalah terapi kognitif perilaku pada anak.

2.1 Konsep Tumbuh Kembang

2.1.1 Pengertian Tumbuh Kembang

Menurut Sunarto (1999) dalam kehidupan anak ada dua proses yang beroperasi secara kontinu yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah besar, jumlah ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat, ukuran panjang dan keseimbangan metabolik. Menurut Djamarah (2008) pertumbuhan dapat juga diartikan sebagai proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan tubuh dan jasmaniah) yang herediter dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan, menyangkut

peningkatan ukuran dan struktur biologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang sehat dalam waktu tertentu.

Perkembangan menurut Soetjiningsih (1995) adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya. Menurut Muhibbin Syah (1999, dalam Djamarah, 2008) perkembangan ialah proses perubahan kualitatif yang mengacu pada mutu fungsi organ-organ jasmaniah, bukan organ-organ jasmaniah itu sendiri. Dengan kata lain, penekanan arti perkembangan terletak pada penyempurnaan fungsi psikologis yang disandang oleh organ-organ fisik. Jadi, menurut Dalyono (1997) perkembangan tidak ditekankan pada segi materi melainkan pada segi fungsional.

Dari definisi pertumbuhan dan perkembangan dari beberapa ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu. Bila pertumbuhan terkait dengan perubahan fisik, maka perkembangan terkait dengan perubahan psikis. Pertumbuhan dan perkembangan pada anak tidak sama pada setiap individu, ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang itu sendiri.

2.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

2.1.2.1 Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Termasuk faktor genetik antara lain adalah

berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa. Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga diperoleh hasil akhir yang optimal. Pada anak yang mengalami gangguan pertumbuhan selain diakibatkan oleh faktor genetik ini, juga akibat dari faktor lingkungan yang kurang memadai untuk tumbuh kembang yang optimal (Soetjiningsih, 1995).

2.1.2.2 Faktor Lingkungan

1) Faktor Lingkungan Pranatal

Faktor lingkungan pranatal yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang dari konsepsi sampai lahir antara lain gizi ibu pada waktu hamil, mekanis, toksin, endokrin, radiasi, infeksi, stres, imunitas dan anoksia embrio (Soetjiningsih, 1995)

2) Faktor Lingkungan Post-natal

Lingkungan post-natal yang mempengaruhi tumbuh kembang anak secara umum dapat digolongkan menjadi :

- a. Lingkungan biologis antara lain ras, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis, fungsi metabolisme dan hormon.
- b. Faktor fisik, antara lain cuaca, keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah dan radiasi.
- c. Faktor psikososial antara lain :

Stimulasi, anak yang mendapatkan stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang mendapat stimulasi. Motivasi belajar, dapat ditimbulkan sejak dini dengan memberikan lingkungan yang kondusif untuk belajar. Hukuman, harus diberikan secara objektif, disertai pengertian dan maksud dari hukuman tersebut. Kelompok sebaya, untuk proses sosialisasi dengan lingkungannya, tetapi perhatian dari orangtua tetap dibutuhkan untuk memantau. Stres, berpengaruh terhadap tumbuh kembangnya, misalnya anak akan

menarik diri, rendah diri, terlambat bicara, nafsu makan menurun dan sebagainya. Sekolah, diharapkan dapat meningkatkan taraf hidup anak-anak. Kasih sayang, anak memerlukan kasih sayang dan perlakuan yang adil dari orangtuanya dan terakhir adalah kualitas interaksi orangtua dan anak, interaksi timbal balik antara anak dan orangtua akan menimbulkan keakraban sehingga anak akan terbuka kepada orangtuanya (Soetjiningsih, 1995)

d. Faktor Keluarga dan Adat Istiadat antara lain

Pekerjaan/pendapatan orangtua, akan menunjang tumbuh kembang anak karena orangtua yang mempunyai pendapatan yang memadai akan dapat menyediakan semua kebutuhan anak. Pendidikan ayah/ibu, merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak karena dengan pendidikan yang baik maka orangtua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan, pendidikan anak dan sebagainya. Jumlah saudara, jika mempunyai jumlah saudara yang banyak akan mengakibatkan kurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak. Jenis kelamin dalam keluarga, pada masyarakat tradisional wanita mempunyai status yang lebih rendah dibandingkan laki-laki, sehingga masih banyak ditemukan wanita yang buta huruf. Stabilitas rumah tangga, mempengaruhi tumbuh kembang anak. Tumbuh kembang anak akan berbeda pada keluarga yang harmonis, dibandingkan dengan mereka yang kurang harmonis. Disamping itu kepribadian ayah/ibu, adat istiadat, agama, urbanisasi dan kehidupan politik juga turut berperan dalam proses tumbuh kembang anak (Soetjiningsih, 1995)

2.1.3 Tahap Tumbuh Kembang Anak

Perkembangan individu terjadi secara bertahap dalam seluruh aspek baik aspek fisik, kognitif, psikososial, moral dan spritual. Para ahli di bidang kesehatan anak dan psikologi membagi tumbuh kembang tersebut dalam beberapa tahapan, yang dalam pembahasan ini peneliti mengambil tahap

perkembangan psikososial yang dikemukakan oleh Erik Erikson (2000, dalam Keliat et al, 2006) karena dalam penelitian ini yang dibahas secara mendalam adalah masalah psikososial anak. Tahapan tersebut sebagai berikut :

- 1) Perkembangan psikososial bayi (0 – 18 bulan) ; berkembangnya rasa percaya.
- 2) Perkembangan psikososial kanak-kanak (18 bulan – 3 tahun) ; berkembangnya kemandirian.
- 3) Perkembangan psikososial anak pra-sekolah (3 tahun – 6 tahun) ; berkembangnya rasa inisiatif.
- 4) Perkembangan psikososial anak usia sekolah (6 tahun – 12 tahun) ; merupakan masa produktif.
- 5) Perkembangan psikososial remaja (12 tahun – 18 tahun) ; mencari identitas diri.
- 6) Perkembangan psikososial dewasa muda (18 tahun – 25 tahun) ; masa akrab dengan orang lain.
- 7) Perkembangan psikososial dewasa (25 tahun – 65 tahun) ; menyiapkan generasi berikut.
- 8) Perkembangan psikososial lanjut usia (>65 tahun) ; mencapai integritas diri.

Kedelapan tahapan tumbuh kembang tersebut di atas akan tercapai secara optimal bila diberikan aktivitas tertentu yang akan merangsang perkembangan kemampuan psikososial. Setiap tahapan perlu diberikan aktivitas tertentu, termasuk di dalamnya tahap usia sekolah. Peneliti akan menguraikan secara mendalam mengenai tahapan tumbuh kembang anak usia sekolah karena target yang akan diteliti adalah anak usia sekolah.

2.1.4 Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah

2.1.4.1 Pengertian Anak Usia Sekolah

Masa usia sekolah sebagai masa kanak-kanak akhir yang berlangsung dari usia enam hingga kira-kira usia duabelas tahun (Untario, 2004).

Karakteristik utama usia sekolah adalah mereka menampilkan perbedaan-perbedaan individual dalam banyak segi dan bidang, diantaranya perbedaan dalam intelegensi, kemampuan dalam kognitif dan bahasa, perkembangan kepribadian dan perkembangan fisik (Untario,2004)

Menurut Nasution (1993, dalam Djamarah, 2008) masa usia sekolah sebagai masa kanak-kanak akhir yang berlangsung dari usia enam tahun hingga kira-kira sebelas atau duabelas tahun. Usia ini ditandai dengan mulainya anak masuk sekolah dasar dan dimulainya sejarah baru dalam kehidupannya yang kelak akan mengubah sikap-sikap dan tingkah lakunya. Para guru mengenal masa ini sebagai masa sekolah oleh karena pada usia inilah anak untuk pertama kalinya menerima pendidikan formal, tetapi bisa juga dikatakan bahwa masa usia sekolah adalah masa matang untuk belajar maupun masa matang untuk sekolah. Disebut masa matang untuk belajar karena anak sudah berusaha untuk mencapai sesuatu, sedangkan disebut masa matang untuk sekolah karena anak sudah menamatkan taman kanak-kanak, sebagai lembaga persiapan bersekolah yang sebenarnya dan anak sudah menginginkan kecakapan-kecakapan baru yang dapat diberikan dari sekolah.

Masa usia sekolah dianggap oleh Suryobroto (2008) sebagai masa intelektual atau masa keserasian bersekolah. Tetapi dia tidak berani mengatakan pada umur berapa tepatnya anak matang untuk masuk sekolah dasar. Kesukaran penentuan ketepatan umur matang untuk masuk sekolah dasar disebabkan kematangan itu tidak hanya ditentukan oleh umur semata, tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya seperti yang sudah dibahas sebelumnya.

Defenisi-defenisi yang telah diungkapkan oleh beberapa ahli di atas, jika disimpulkan mengatakan bahwa usia sekolah adalah usia yang sangat penting dalam perjalanan hidup anak, karena usia inilah pertama sekali anak diperkenalkan dengan dunia pendidikan formal, dimana dalam

pendidikan formal anak sudah dituntut mampu menerapkan intelektualnya. Dalam masa ini juga anak mengalami pertumbuhan fisik serta perkembangan emosional dan sosial, anak senang berkumpul dengan teman sebaya untuk melakukan sosialisasi. Rentang umur usia sekolah antara enam sampai dua belas tahun sesuai dengan pendapat Nasution (1993, dalam Djamarah, 2008)

2.1.4.2 Karakteristik Anak Usia Sekolah

Karakteristik pada masa usia sekolah ini dapat diperinci menjadi 2 fase :

- 1) Masa kelas rendah sekolah dasar (6 - 9 tahun) dengan karakteristik :
 - a. Adanya korelasi yang tinggi antara keadaan jasmani dan prestasi sekolah.
 - b. Sikap tunduk kepada peraturan-peraturan permainan.
 - c. Ada kecenderungan memuji diri sendiri.
 - d. Suka membanding-bandingkan dirinya dengan anak lain.
 - e. Jika tidak dapat menyelesaikan sesuatu maka sesuatu tersebut tidak dianggap penting, misalnya dalam mengerjakan soal, jika soal tersebut tidak mampu dijawab maka soal itu dianggap tidak penting.
 - f. Anak menghendaki nilai-nilai (angka rapor, skor) yang baik, tanpa mengingat apakah prestasinya memang pantas diberi nilai baik atau tidak.
- 2) Masa kelas tinggi sekolah dasar (9 - 13 tahun), dengan karakteristik :
 - a. Adanya perhatian kepada kehidupan praktis sehari-hari yang konkret.
 - b. Amat realistik, ingin tahu, ingin belajar.
 - c. Menjelang akhir masa ini telah ada minat kepada hal-hal dan mata pelajaran khusus.
 - d. Membutuhkan bantuan guru atau orang dewasa lainnya untuk menyelesaikan tugas dan memenuhi keinginannya.
 - e. Anak memandang nilai (angka rapor) adalah ukuran yang tepat mengenai prestasi sekolahnya.

- f. Gemar membentuk kelompok-kelompok sebaya, biasanya untuk dapat bermain bersama dan sering membuat peraturan sendiri.

Karakteristik- karakteristik ini diperjelas lagi oleh beberapa teori dari ahli psikologi, dimana para ahli memandang anak dari beberapa sudut pandang dan dalam bahasan ini akan peneliti uraikan dari aspek psikososial dan aspek kognitif saja karena berhubungan dengan masalah yang akan diteliti.

2.1.4.3 Teori Perkembangan Anak Usia Sekolah

1) Teori Perkembangan Psikososial Erik Erikson.

Menurut Erickson (2000, dalam Keliat, 2006) perkembangan psikososial anak usia sekolah adalah peningkatan kemampuan anak usia 7-12 tahun dalam berbagai hal, termasuk interaksi dan prestasi belajar dalam menghasilkan suatu karya berdasarkan kemampuan diri sendiri. Tantangan psikososial untuk tahun-tahun sekolah inilah yang disebut Erikson *industry versus inferiority* (ketekunan versus perasaan rendah diri). Anak mulai melihat hubungan antara ketekunan dan perasaan senang bila sebuah pekerjaan selesai. Kemampuan anak untuk berpindah-pindah antara dunia rumah, lingkungan tempat tinggal, dan sekolah serta untuk menguasai hal-hal akademis, kegiatan kelompok dan teman-teman akan menumbuhkan perasaan kompeten. Kesulitan dalam menghadapi tantangan ini dapat menghasilkan perasaan rendah diri. Dengan kata lain pencapaian kemampuan ini akan membuat anak bangga terhadap dirinya. Hambatan atau kegagalan mencapai kemampuan ini menyebabkan anak merasa rendah diri.

Erickson(2000, dalam Keliat, 2006) mengatakan bahwa anak usia sekolah tertarik terhadap pencapaian hasil belajar. Mereka mengembangkan rasa percaya dirinya terhadap kemampuan dan pencapaian yang baik dan relevan. Meskipun pada usia ini membutuhkan keseimbangan antara perasaan dan kemampuan dengan kenyataan yang dapat mereka raih, namun perasaan akan kegagalan

atau ketidakcakapan dapat memaksa mereka berperasaan negatif terhadap dirinya sendiri, sehingga dapat mengakibatkan kesulitan belajar pada anak (Untario,2004).

Tugas perkembangan pada usia sekolah ini menurut Erickson adalah menyelesaikan tugas (sekolah atau rumah) yang diberikan, mempunyai rasa bersaing, senang berkelompok dengan teman sebaya, mempunyai sahabat karib, dan berperan dalam kegiatan kelompok. Sedangkan penyimpangan perkembangan pada anak usia sekolah tidak mau mengerjakan tugas sekolah atau membangkang pada orangtua, tidak ada kemauan untuk bersaing, terkesan malas, tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok dan memisahkan diri dari sekolah dan teman-teman sepermainan.

Menurut Paris dan Cunningham (1996, dalam Woolfolk, 2009), cara anak menghadapi tantangan-tantangan ini memiliki implikasi pada pengalaman sekolah selanjutnya. Dua diantara prediktor terbaik untuk drop out dari sekolah adalah rata-rata nilai yang rendah di kelas 3 dan pernah tinggal kelas di SD. Kemudian Entwisle dan Alexander (1998, dalam Woolfolk, 2009, hlm.354) mengemukakan “Seberapa sukses anak di Sekolah Dasar penting bagi kesuksesan mereka di masa depan dibanding prestasi sekolah di waktu-waktu lainnya”. Oleh karena itu anak usia sekolah harus lebih diperhatikan sehingga pada masa dewasa anak tidak mengalami hambatan dalam prestasi dan sosialisasi.

2) Teori Perkembangan Kognitif Piaget.

Piaget (1985, dalam Woolfolk, 2009) mengidentifikasi tahapan perkembangan intelektual yang dilalui anak pada usia sekolah adalah tahap operasional kongkrit. Pada tahap ini anak mengembangkan pemikiran logis, masih sangat terikat pada fakta-fakta perseptual, artinya anak mampu berpikir logis, tetapi masih terbatas pada objek-objek kongkrit dan mampu melakukan penilaian terhadap sesuatu hal

yang kongkrit, atau dengan kata lain prinsip bahwa jumlah atau banyaknya sesuatu tetap sama meskipun penataan atau penampilannya diubah, selama tidak ada yang ditambahkan atau diambil. Operasi penting lain yang dikuasai pada tahap ini adalah pengelompokan. Pengelompokan bergantung pada kemampuan anak untuk memfokuskan perhatiannya pada salah satu karakteristik objek diantara sejumlah karakteristik (misalnya, warna) yang ada dan mengelompokkan objek-objek menurut karakteristik itu. Anak pada tahap ini juga memiliki kemampuan mengurutkan, artinya membuat anak mampu melakukan penataan urut mulai dari besar sampai kecil atau sebaliknya. Pemahaman tentang ini memungkinkan anak untuk mengonstruksikan rangkaian-rangkaian logis yang $A < B < C$ (A lebih kecil daripada B lebih kecil daripada C).

Kemampuan yang dimiliki anak untuk menangani operasi-operasi seperti penilaian, pengelompokan dan pengurutan pada tahap operasional kongkrit dapat mengembangkan sistem berpikir yang lengkap dan sangat logis. Akan tetapi sistem berpikir ini masih dikaitkan dengan realitas fisik. Logikanya didasarkan pada situasi-situasi kongkrit yang dapat diorganisasikan, dikelompokkan atau dimanipulasi.

Perkembangan afektif utama selama tahap operasional kongkrit adalah penilaian perasaan. Perkembangan tersebut merupakan peningkatan cara berpikir efektif. Dengan kata lain dapat dinyatakan bahwa penyusunan konsep pada anak muncul dari suatu penilaian terhadap kondisi yang memungkinkan anak untuk meyakini bahwa motif akan mampu membuat keputusan moral.

Bertitik tolak pada perkembangan psikososial dan kognitif anak usia sekolah tersebut, menunjukkan bahwa mereka mempunyai karakteristik sendiri, dimana proses berpikirnya belum dapat dipisahkan dari dunia

kongkrit atau hal-hal yang faktual, sedangkan perkembangan psikososial anak usia sekolah masih berpijak pada prinsip yang sama dimana mereka tidak dapat dipisahkan dari hal-hal yang diamati. Pada usia ini mereka masuk sekolah umum, proses belajar mereka tidak hanya terjadi di lingkungan sekolah, karena mereka sudah diperkenalkan dalam kehidupan yang nyata di lingkungan masyarakat.

Seperti dikatakan Darmodjo (1992) anak usia sekolah adalah anak yang sedang mengalami pertumbuhan baik pertumbuhan intelektual, emosional maupun pertumbuhan fisik, dimana kecepatan pertumbuhan anak pada masing-masing aspek tersebut tidak sama, sehingga terjadi berbagai variasi tingkat pertumbuhan dari tiga aspek tersebut. Dengan perbedaan karakteristik tersebut diharapkan praktisi pendidikan dapat mengemas perencanaan dan pengalaman belajar yang akan diberikan kepada anak didik sehingga semua anak dapat memahami materi pelajaran walaupun adanya perbedaan tersebut, karena tidak dapat dipungkiri perkembangan anak berhubungan erat dengan proses belajarnya.

2.1.4.4 Hubungan Pertumbuhan dan Perkembangan dengan Belajar pada Anak Usia Sekolah

Aspek fisik pada masa usia sekolah mengalami pertumbuhan, pada saat pertumbuhan berlangsung beberapa bagian jasmani termasuk kepala dan otak mulai menunjukkan pertumbuhan yang cukup berarti hingga mempengaruhi kegiatan fisik. Kegiatan fisik ini mempunyai arti penting dalam kegiatan belajar, tidak hanya berperan sebagai penopang kegiatan belajar tetapi juga berperan untuk mendapatkan keterampilan-keterampilan baru. Misalnya, tangan dan jari-jari dapat digunakan untuk mengetik sepuluh jari, olah raga, menulis, menggambar dan sebagainya. Pertumbuhan kaki dapat digunakan untuk berlari, main sepak bola, mendaki gunung dan sebagainya.

Seiring dengan pertumbuhan, anak pada masa usia sekolah juga mengalami perkembangan yang baik, terutama perkembangan kognisi. Dalam belajar anak harus dapat melakukan representasi kognisi. Penyerapan, pengolahan dan penyimpanan kesan yang terorganisasi dengan baik akan mempengaruhi kekuatan ingatan. Kesalahan penyerapan, pengolahan dan penyimpanan kesan yang didapatkan dari hasil belajar akan menyebabkan kerusakan representasi. Dalam belajar, semakin baik struktur kognitif yang dilakukan oleh anak maka semakin mapanlah penguasaan anak atas bahan pelajaran yang telah dikuasai. Bila suatu ketika pengetahuan itu diperlukan, mudahlah bagi anak untuk mengingatkannya kembali. Agar struktur kognitif dapat dibentuk dengan baik di dalam memori, anak dapat menggunakan logika dalam belajar. Misalnya bahan pelajaran disusun dalam bentuk skema atau bagan.

Roy (1970, dalam Tomey and Alligood, 2006) menjelaskan bahwa manusia merupakan suatu sistem adaptif dan terdiri dari tiga konsep utama, yaitu: input, proses dan output. Input adalah masukan yang menimbulkan respon dan terbagi menjadi tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan residual. Bagaimana belajar itu dapat terjadi, jika ditinjau dari konsep tersebut, akan terlihat bahwa proses belajar itu merupakan sistem adaptasi. Menurutnya anak dalam belajar mengikuti proses input, kontrol, proses feedback dan output. Input dalam hal ini adalah seluruh stimulus yang diterima anak termasuk faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tumbuh kembangnya, kontrolnya berupa mekanisme koping yang digunakan anak dalam proses belajar. Mekanisme koping termasuk di dalamnya upaya penyelesaian masalah yang meliputi fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Proses kontrol inilah yang dapat menghasilkan output apakah anak dalam belajar menghasilkan perilaku yang adaptif atau maladaptif, atau dengan kata lain apabila anak dalam proses kontrol ini menemui hambatan maka dapat terjadi kesulitan belajar.

2.2 Konsep Kesulitan Belajar

2.2.1 Pengertian Kesulitan Belajar

Kesulitan belajar adalah hambatan/gangguan belajar pada anak dan remaja yang ditandai oleh adanya kesenjangan yang signifikan antara taraf intelegensi dan kemampuan akademik yang seharusnya dicapai seperti gangguan perkembangan bicara, membaca, menulis, pemahaman dan berhitung (Untario, 2004).

Menurut Videbeck (2008) kesulitan belajar terjadi bila prestasi anak dalam membaca, berhitung atau ekspresi menulis kurang dari yang diharapkan untuk usia, pendidikan formal dan tingkat intelegensi anak sehingga mengganggu prestasi akademik. Ahli pendidikan lain, Djamarah (2008) mengatakan di setiap sekolah dalam berbagai jenis dan tingkatan pasti memiliki anak didik yang berkesulitan belajar baik di perkotaan maupun di pedesaan. Menurutnya adalah suatu pendapat yang keliru bahwa kesulitan belajar anak didik disebabkan rendahnya intelegensi, karena dalam kenyataannya cukup banyak anak didik yang memiliki intelegensi yang tinggi, tetapi hasil belajarnya rendah, jauh dari yang diharapkan. Masih banyak anak didik dengan intelegensi yang rata-rata normal, tetapi dapat meraih prestasi belajar tinggi melebihi kepandaian anak dengan intelegensi yang tinggi. Oleh karena itu selain faktor intelegensi, faktor non intelegensi juga diakui dapat menjadi penyebab kesulitan belajar pada anak.

2.2.2 Faktor-Faktor Penyebab Kesulitan Belajar

Para ahli seperti Cooney, Davis & Henderson (1975, dalam Fadjar, 2007) telah mengidentifikasi beberapa faktor penyebab kesulitan tersebut, diantaranya :

2.2.2.1 Faktor Fisiologis

Faktor-faktor yang menjadi penyebab kesulitan belajar ini berkaitan dengan kurang berfungsinya otak, susunan syaraf ataupun bagian-bagian tubuh

lain. Para praktisi pendidikan harus menyadari bahwa hal yang paling berperan pada waktu belajar adalah kesiapan otak dan sistem syaraf dalam menerima, memproses, menyimpan ataupun memunculkan kembali informasi yang sudah disimpan. Kalau ada bagian yang tidak beres pada bagian tertentu dari otak, maka dengan sendirinya akan mengalami kesulitan belajar. Di samping itu, anak yang sakit-sakitan, tidak makan pagi, kurang baik pendengaran, penglihatan atau pengucapannya sedikit banyak akan menghadapi kesulitan belajar. Untuk menghindari hal tersebut dan untuk membantu anak usia sekolah, hendaknya diperhatikan hal-hal yang berkaitan dengan kesulitan ini. Seorang anak dengan pendengaran ataupun penglihatan yang kurang baik, sebaiknya menempati tempat di bagian depan. Untuk para orangtua, terutama ibu, makanan selama masa kehamilan akan sangat menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik anak. Makanan yang dapat membantu pertumbuhan otak dan sistem syaraf bayi yang masih di dalam kandungan haruslah menjadi perhatian para orangtua (Fajar, 2007)

2.2.2.2 Faktor Sosial

Merupakan suatu kenyataan yang tidak dapat dibantah jika orangtua dan masyarakat sekeliling sedikit banyak akan berpengaruh terhadap kegiatan belajar dan kecerdasan anak sebagaimana ada yang menyatakan bahwa sekolah adalah cerminan masyarakat dan anak adalah gambaran orangtuanya. Oleh karena itu ada beberapa faktor penyebab kesulitan belajar yang berkait dengan sikap dan keadaan keluarga serta masyarakat sekeliling yang kurang mendukung anak tersebut untuk belajar sepenuh hati. Sebagai contoh, orangtua yang sering menyatakan bahwa Bahasa Inggris adalah bahasa setan (karena sulit) akan dapat menurunkan kemauan anak untuk mempelajarinya. Kalau ia tidak menguasai bahan tersebut ia akan mengatakan “ Ah bapak saya juga tidak bisa”. Untuk itu, setiap guru tidak seharusnya menyatakan sulitnya mata pelajaran tertentu di depan anaknya. Tetangga yang mengatakan sekolah tidak penting karena banyak sarjana menganggur, masyarakat yang selalu minum-

minuman keras dan melawan hukum, orangtua yang selalu marah, nonton TV setiap saat, tidak terbuka ataupun kurang menyayangi anak merupakan contoh dari beberapa faktor sosial yang menjadi penyebab kesulitan belajar. Intinya, lingkungan sekitar harus dapat membantu mereka untuk belajar semaksimal mungkin selama mereka belajar di sekolah. Dengan cara seperti ini, lingkungan dan sekolah akan membantu para anak untuk berkembang dan bertumbuh menjadi lebih cerdas. Anak dengan kemampuan cukup seharusnya dapat dikembangkan menjadi anak berkemampuan baik, yang berkemampuan kurang dapat dikembangkan menjadi berkemampuan cukup. Karenanya peran orangtua dan guru dalam membentengi para anak dari pengaruh negatif masyarakat sekitar, di samping perannya dalam memotivasi para anak untuk tetap belajar menjadi sangat menentukan (Fajar, 2007)

2.2.2.3 Faktor Kejiwaan / Psikologis

Faktor-faktor yang menjadi penyebab kesulitan belajar ini berkaitan dengan kurang mendukungnya perasaan hati (emosi) anak untuk belajar secara sungguh-sungguh. Sebagai contoh, ada anak yang tidak suka mata pelajaran tertentu karena ia selalu gagal mempelajari mata pelajaran tersebut. Jika hal ini terjadi, anak tersebut akan malas dan tidak tertarik lagi untuk mengikuti sehingga lama kelamaan akan ketinggalan pelajaran. Contoh lain adalah anak yang rendah diri, anak yang ditinggalkan orang yang paling disayangi dan menjadikannya sedih berkepanjangan akan mempengaruhi proses belajar dan dapat menjadi faktor penyebab kesulitan belajarnya. Biasanya anak yang dapat mempelajari suatu mata pelajaran dengan baik akan menyenangi mata pelajaran tersebut. Begitu juga sebaliknya, anak yang tidak menyenangi suatu mata pelajaran biasanya tidak atau kurang berhasil mempelajari mata pelajaran tersebut. Karenanya, tugas utama yang sangat menentukan bagi seorang praktisi pendidikan adalah bagaimana membantu anak sehingga mereka dapat mempelajari setiap materi dengan baik. Perlu mendapat perhatian juga, hukuman yang diberikan dapat menyebabkan anak lebih

giat belajar jika hukuman yang diberikan sifatnya membangun jiwa anak, namun hukuman tersebut juga dapat juga menyebabkan mereka tidak menyukai mata pelajaran bahkan membenci sekali mata pelajaran yang diasuh guru tersebut, apabila hukuman yang diberikan tidak sesuai ataupun dapat menjatuhkan harga diri anak. Kalau hal seperti ini yang terjadi, tentunya akan sangat merugikan anak.

Peran guru memang sangat menentukan, seorang anak yang pada hari sebelumnya hanya mampu mengerjakan 3 dari 10 soal, lalu dua hari kemudian mampu mengerjakan 4 dari 10 soal, guru harus menghargai kemajuan tersebut. Hendaknya jangan melihat hasilnya saja, namun hendaknya menghargai usaha kerasnya. Dengan cara seperti ini, diharapkan anak akan lebih berusaha lagi.

Frandsen (1961 dalam Suryabrata, 2008, hlm. 216) memberi perhatian khusus kepada faktor kejiwaan ini, karena faktor inilah yang mendorong seseorang untuk terus belajar. Frandsen mengatakan bahwa hal yang mendorong seseorang untuk belajar itu adalah sebagai berikut :

- 1) Adanya sifat ingin tahu dan ingin menyelidiki dunia yang lebih luas.
- 2) Adanya sifat yang kreatif yang ada pada manusia dan keinginan untuk selalu maju.
- 3) Adanya keinginan untuk mendapatkan simpati dari orangtua, guru dan teman-teman.
- 4) Adanya keinginan untuk mendapatkan rasa aman bila menguasai pelajaran.
- 5) Adanya ganjaran atau hukuman sebagai akhir daripada belajar.

Maslow (1961 dalam Suryabrata, 2008, hlm. 234) mengemukakan motif-motif untuk belajar itu ialah adanya kebutuhan fisik, adanya kebutuhan akan rasa aman, bebas dari kekhawatiran, adanya kebutuhan akan kecintaan dan penerimaan dalam hubungan dengan orang lain, adanya kebutuhan untuk mendapat kehormatan dari

masyarakat dan sesuai dengan sifat untuk mengemukakan atau menyetengahkan diri.

Fungsi kognisi (kejiwaan) ini menurut Baharuddin (2007) dibagi menjadi :

1) Pengamatan

Sebagai fungsi jiwa, pengamatan dapat diartikan sebagai unit organisasi dan interpretasi kesan-kesan yang timbul yang merupakan hasil pekerjaan indera, sehingga individu dapat menyadari kenyataan yang ada di sekitarnya. Dalam rumusan Prof A. Gazali (1970, dalam Baharuddin, 2007) dikatakan bahwa pengamatan adalah proses belajar mengenal benda-benda di sekitar kita dengan mempergunakan alat-alat indera. Pengamatan merupakan pintu gerbang untuk masuknya pengaruh dari luar, baik pengaruh dunia fisis, pengalaman maupun pendidikan. Dengan jalan mengamati anak didik belajar mengenal dunia sosial dan dunia nonsosial, dengan mengamati mereka menerima pelajaran-pelajaran.

Pengamatan anak didik ini sangat penting dalam proses belajar, oleh karenanya perlu mengkaji pengamatan anak terhadap proses belajar yang sedang dialaminya. Apabila terdapat pengamatan yang salah akan dapat mempengaruhi proses belajar anak sehingga terjadi kesulitan belajar.

2) Tanggapan

Tanggapan merupakan salah satu fungsi jiwa yang dapat diperoleh individu setelah proses pengamatan selesai. Dengan demikian dapat diartikan bahwa tanggapan adalah gambaran yang tinggal di kesadaran kita sesudah mengamati atau dengan kata lain bahwa tanggapan merupakan kesan-kesan imajinatif individu sebagai akibat pengamatan.

Tanggapan memainkan peranan penting dalam belajar anak, karena itu semestinya tanggapan tersebut dikembangkan dan dikontrol sebaik-baiknya. Apabila tanggapan anak positif terhadap keseluruhan proses belajar tentu anak akan dengan mudah menerima seluruh kegiatan yang menunjang belajar, tetapi sebaliknya jika tanggapan negatif tentu akan berpengaruh pula terhadap hasil belajarnya (Bahruddin, 2007)

3) Fantasi

Fantasi didefinisikan sebagai daya untuk membentuk tanggapan-tanggapan baru dengan pertolongan tanggapan-tanggapan yang sudah ada (Dakir, 1973 dalam Baharuddin, 2007). Fantasi pada anak usia sekolah bila dibandingkan dengan kemampuan jiwa yang lain ternyata bisa berakibat positif, misalnya dengan fantasi anak bisa menciptakan karya, bisa mengambil intisari dan mengikuti perjalanan sejarah dan bisa merintis kehidupan yang lebih baik. Sedangkan fantasi yang negatif misalnya berfantasi secara berlebihan karena tidak dapat mengikuti pelajaran bisa berakibat putus asa dan kecewa karena tidak sesuai dengan yang sebenarnya. Dengan fantasi orang mudah berdusta karena dikuasai oleh fantasinya sendiri.

4) Ingatan

Ingatan adalah suatu aktivitas dimana manusia menyadari bahwa pengetahuannya berasal dari masa lampau (Verbeek, 1972 dalam Baharuddin, 2007). Dengan demikian apa yang diingat oleh individu berupa suatu kejadian merupakan kejadian yang pernah dialami dan dimasukkan dalam alam kesadaran, kemudian disimpan dan pada suatu ketika, kejadian itu ditimbulkan kembali di atas kesadaran. Secara teori dapat dibedakan adanya tiga aspek dalam berfungsinya ingatan yaitu mencamkan (menerima kesan), menyimpan kesan dan mereproduksi kesan (pengaktifan kembali kesan).

Individu berbeda dalam kemampuannya mengingat, tetapi tiap orang dapat meningkatkan kemampuan mengingatnya dengan pengaturan kondisi yang lebih baik. Dalam proses belajar, pembagian waktu belajar dan penggunaan metode yang tepat dapat meningkatkan kemampuan mengingat.

5) Pemikiran

Pemikiran sebagai salah satu fungsi jiwa mempunyai keaktifan yaitu berpikir. Seseorang berpikir apabila menghadapi masalah yang harus dipecahkan. Jadi tugas pokok dari berpikir adalah memecahkan masalah. Dengan pemikiran, anak akan mampu bertingkah laku dan berakhlak mulia.

Dalam proses berpikir, anak akan menghubungkan antara pengertian yang satu dengan pengertian yang lain untuk mendapatkan suatu kesimpulan. Para ahli psikologi mengemukakan adanya tiga proses yang harus dilalui dalam berpikir yakni membentuk pengertian, membentuk pendapat dan membentuk kesimpulan.

Pemikiran sangat dibutuhkan dalam proses belajar. Apabila anak mampu berpikir dengan baik maka prestasi belajar akan baik. Dan bila anak tidak mampu berpikir dengan baik, tentu hasilnya pun kurang baik (Baharuddin, 2007)

Jika ditinjau dari ilmu keperawatan, anak yang mengalami kesulitan belajar dapat disebabkan oleh harga diri yang rendah pada anak, harga diri rendah yang ada pada anak disebabkan oleh tanggapannya terhadap diri sendiri yang didapat dari hasil pengamatannya (Videbeck, 2008). Akibat tanggapan yang salah terhadap dirinya maka timbul pemikiran-pemikiran negatif yang dapat mengakibatkan kesulitan belajar. Selain sebagai penyebab, harga diri rendah dapat juga sebagai akibat. Akibat terjadinya kesulitan belajar maka terjadi harga diri rendah pada anak. Untuk itu

pengangan untuk masalah keperawatannya penting untuk diintervensi sebelum dilanjutkan ke terapi yang lebih jauh.

Harga diri rendah dapat digambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri yang dapat diekspresikan secara langsung atau tidak langsung (Sasmita, 2007). Perkembangan harga diri anak sejalan dengan perkembangan konsep diri, dimana konsep diri seseorang menurut Stuart dan Sundeen (2005) tidak terbentuk dari lahir tetapi didapat dari hasil pengalaman anak terhadap dirinya sendiri, orang terdekat dan lingkungan sekitar.

Berdasarkan faktor psikologis, harga diri rendah pada anak sangat berhubungan dengan faktor komunikasi dalam keluarga, moral, kepribadian anak, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologi dan *self control* pada anak.

Tanda dan gejala harga diri rendah menurut NANDA (2005) ; Stuart & Sundeen (2005) meliputi pernyataan hal negatif tentang diri. Perilaku yang ditimbulkan berupa sikap malu/minder/rasa bersalah, kontak mata kurang, selalu mengatakan ketidakmampuan, bergantung pada orang lain, gangguan dalam berhubungan, tidak asertif, pasif, mudah tersinggung dan marah berlebihan. Perilaku-perilaku yang ditunjukkan tersebut akan mengganggu tumbuh kembang pada anak usia sekolah dimana tugas perkembangan pada masa ini adalah mampu menyelesaikan tugas belajar yang diberikan.

2.2.2.4 Faktor Intelektual

Faktor-faktor yang menjadi penyebab kesulitan belajar ini berkaitan dengan kurang sempurna atau kurang normalnya tingkat kecerdasan anak. Para praktisi pendidikan harus meyakini bahwa setiap anak mempunyai tingkat kecerdasan berbeda. Ada anak yang sangat sulit menghafal sesuatu, ada yang sangat lamban menguasai materi tertentu, ada yang sulit

membayangkan dan bernalar. Hal-hal yang disebutkan tadi dapat menjadi faktor penyebab kesulitan belajar pada diri anak.

2.2.2.5 Faktor Kependidikan

Faktor-faktor yang menjadi penyebab kesulitan belajar ini berkaitan dengan belum mantapnya lembaga pendidikan secara umum. Guru yang selalu meremehkan anak, guru yang tidak bisa memotivasi anak untuk belajar lebih giat, guru yang membiarkan anak didiknya melakukan hal-hal yang salah, guru yang tidak pernah memeriksa pekerjaan anak didik, sekolah yang membiarkan anak didik bolos tanpa ada sanksi tertentu, adalah contoh dari faktor-faktor penyebab kesulitan belajar dan pada akhirnya akan menyebabkan ketidakberhasilan anak tersebut.

2.2.3 Jenis Kesulitan Belajar

Kesulitan belajar yang dialami anak bermacam-macam, yang dapat dikelompokkan menjadi 4 :

- 1) Dilihat dari jenis kesulitan belajar :
 - a. Berat
 - b. Sedang
- 2) Dilihat dari mata pelajaran yang dipelajari :
 - a. Sebagian mata pelajaran.
 - b. Seluruh mata pelajaran.
- 3) Dilihat dari sifat kesulitannya :
 - a. Menetap
 - b. Sementara
- 4) Dilihat dari faktor penyebabnya :
 - a. Faktor intelegensi
 - b. Faktor non-intelegensi / psikososial

Berdasarkan pedoman yang diambil dari Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM – IV), ada dua kelompok besar kesulitan belajar, yaitu :

2.2.3.1 Gangguan Perkembangan Wicara dan Berbahasa.

Problem wicara dan bahasa seringkali merupakan indikator awal adanya kesulitan belajar pada seorang anak. Gangguan berbahasa pada anak usia balita berupa keterlambatan komunikasi baik verbal (berbicara) maupun non verbal. Secara umum dapat dikatakan bahwa bila anak berusia 2 tahun belum dapat mengatakan kalimat 2 kata yang berarti, akan anak mengalami keterlambatan perkembangan wicara-bahasa. Anak dengan perkembangan wicara dan bahasa dapat mengalami kesulitan untuk :

- 1) Memproduksi suatu huruf / kata tertentu.
- 2) Menggunakan bahasa verbal/tutur dalam berkomunikasi, tetapi pemahaman bahasanya baik.
- 3) Memahami bahasa verbal yang dikemukakan orang lain, walaupun kemampuan pendengarannya baik. Anak hanya dapat meniru kaata-kata tanpa mengerti artinya (membeo).

2.2.3.2 Gangguan Kemampuan Akademik

Ada 3 jenis gangguan kemampuan akademik :

- 1) Gangguan membaca.

Membaca merupakan dasar utama untuk memperoleh kemampuan belajar di bidang lainnya. Proses membaca ini merupakan suatu proses yang kompleks yang melibatkan kedua belahan otak. Persentase dari gangguan membaca ini sebesar 2-8% dari usia sekolah. Anak yang mengalami gangguan membaca menunjukkan adanya inakurasi dalam membaca seperti membaca lambat, intonasi suara turun naik tidak teratur dan mengalami pemahaman yang buruk dalam membaca, dalam arti anak tidak mengerti isi cerita/teks yang dibacanya.

- 2) Gangguan Menulis Ekspresif.

Kondisi ini ditandai oleh ketidakmampuan anak untuk membuat suatu komposisi tulisan dalam bentuk teks dan keadaan ini tidak sesuai dengan tingkat perkembangan anak seusianya. Gejala utamanya ialah adanya kesalahan dalam mengeja kata-kata,

kesalahan tata bahasa, kesalahan tanda baca, paragraf dan tulisan tangan yang sangat buruk. Selain itu, mereka juga mengalami kemiskinan tema dalam karangannya.

3) Gangguan Berhitung

Gangguan berhitung merupakan suatu gangguan perkembangan kemampuan aritmatika atau keterampilan matematika yang jelas mempengaruhi pencapaian prestasi akademiknya atau mempengaruhi kehidupan sehari-hari anak. Gejala yang ditampilkan antara lain kesulitan dalam mempelajari nama-nama angka, kesulitan dalam mengikuti alur suatu hitungan dan selalu membuat kesalahan hitungan yang sama (Wiguna,tt).

Kesulitan belajar seperti di atas beragam jenisnya, oleh karena itu dalam penelitian ini jenis kesulitan yang akan diteliti adalah kesulitan belajar yang disebabkan faktor non-intelegensi (psikososial) karena peminatan peneliti di bidang tersebut. Jika dilihat dari DSM-IV maka fokus pada penelitian ini adalah anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dalam hal kemampuan akademik termasuk di dalamnya gangguan membaca, menulis dan berhitung. Jenis-jenis kesulitan belajar yang telah diuraikan di atas, apapun bentuknya harus dapat diatasi karena akan dapat berdampak tidak hanya pada anak tetapi juga pada sistem yang lebih luas.

2.2.4.1 Dampak Kesulitan Belajar

2.2.4.2 Dampak pada Anak

Dalam buku Ajar Keperawatan Jiwa oleh Videback (2008), menyatakan bahwa keterampilan sosial yang buruk sering terjadi pada anak yang mengalami kesulitan belajar. Seringkali mereka tampak sulit berinteraksi dengan teman-teman sebayanya dan lebih mudah bagi mereka untuk bergaul dan bermain dengan anak-anak yang mempunyai usia lebih muda dari mereka.

Anak dengan kesulitan belajar seringkali menuding dirinya sebagai anak yang bodoh, lambat, berbeda dan terbelakang. Tekanan dari keluarga dan lingkungan yang diterima anak membuat anak merasa lebih terpojok lagi. Mereka menjadi tegang, malu, rendah diri dan berperilaku nakal, agresif, impulsif atau bahkan menyendiri/menarik diri untuk menutupi kekurangan pada dirinya. Hendriono (2009) mengatakan anak yang mengalami kesulitan belajar akibat faktor psikososial akan menyebabkan keseluruhan prestasinya kurang atau mundur, terutama dalam pelajaran-pelajaran yang membutuhkan konsentrasi, perhatian dan daya ingat. Di samping itu motivasi untuk belajarpun menurun sehingga anak akan menjadi apatis (diam pasif dan tidak punya inisiatif).

2.2.4.3 Dampak pada Keluarga

Kesulitan belajar yang terjadi pada seorang anak tidak hanya berdampak bagi pertumbuhan dan perkembangan anak saja, tetapi juga berdampak dalam kehidupan keluarga. Orangtua merasa frustrasi, marah, kecewa, putus asa, merasa bersalah atau menolak dengan kondisi anak. Orangtua akan saling menyalahkan sehingga hubungan antar keluarga bisa menjadi kurang harmonis. Dampak lain adalah bertambahnya dana yang dikeluarkan oleh keluarga untuk memberikan les ataupun bimbingan khusus terkait kesulitan yang dialaminya (Videback, 2008)

2.2.4.4 Dampak pada Lingkungan Anak

Lingkungan merupakan bagian dari kehidupan anak dan tidak mungkin dipisahkan dari kehidupan sehari-hari anak, sehingga kesulitan belajar yang dialami anak sedikit banyak akan berdampak pada interaksi anak dengan lingkungannya. Di lingkungan sekolah misalnya, apabila dalam satu sekolah terdapat banyak anak yang mengalami kesulitan belajar, sekolah tersebut akan dicap tidak baik. Akibatnya reputasi sekolah menurun dan akhirnya bisa menurunkan kredibilitas sekolah.

Pada lingkungan tempat tinggal anak akan berdampak jika anak yang mengalami kesulitan belajar memiliki perilaku malas, nakal dan impulsif. Perilaku seperti ini tentu saja memberi contoh yang tidak baik pada anak-anak lain yang ada disekitarnya, yang jika tidak dilakukan pengawasan akan ikut-ikutan berperilaku seperti itu (Videback, 2008).

2.2.5 Usaha Mengatasi Kesulitan Belajar

Usaha yang dimaksudkan adalah pemberian bantuan kepada anak didik yang mengalami kesulitan belajar sesuai dengan masalah yang dihadapi anak. Bentuk usaha yang mungkin dapat dilakukan menurut Djamarah (2008) adalah :

- 1) Melalui bimbingan belajar individual.
- 2) Melalui bimbingan belajar kelompok.
- 3) Melalui *remedial teaching* untuk mata pelajaran tertentu.
- 4) Pemberian bimbingan pribadi untuk mengatasi masalah-masalah psikologis.
- 5) Pemberian bimbingan mengenai cara belajar yang baik secara umum.
- 6) Pemberian bimbingan mengenai cara belajar yang baik sesuai dengan karakteristik setiap mata pelajaran.

Pemberian bantuan bimbingan belajar dapat dilakukan oleh guru di sekolah, tetapi untuk pemberian bimbingan karena masalah psikologis harus ditangani oleh tim kesehatan mental salah satunya perawat jiwa. Dalam ilmu keperawatan jiwa ada beberapa terapi yang dapat dilakukan terkait adanya masalah psikososial pada anak antara lain psikoedukasi keluarga, terapi perilaku, sosial skill training, terapi kelompok terapeutik dan terapi kognitif perilaku (Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007).

2.3 Konsep Terapi Kognitif Perilaku

2.3.1 Pengertian Terapi Kognitif Perilaku

Defenisi Reber (1995, dalam Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007, hlm. 133-134) mengenai terapi kognitif perilaku mengatakan bahwa terapi

tersebut aslinya berdasarkan terapi perilaku dan konsisten dengan prinsip-prinsip dasarnya. Aspek pembaruannya melibatkan perluasan modifikasi dan prosedur *relearning* (mempelajari kembali) menjadi proses-proses, seperti *imagery* (membayangkan), mengkhayalkan, *self image* (gambaran mengenai diri sendiri), dan lain-lain. Para pendukung pendekatan ini memiliki argumentasi yang tegas bahwa apa yang diyakini klien tentang hal-hal yang biasa dilakukannya dan tentang alasan untuk melakukan hal itu sama pentingnya dengan ketika mereka benar-benar melakukannya.

Terapi kognitif perilaku ini seperti yang diungkapkan Reber (1995, dalam Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007, hlm. 133-134) adalah modifikasi dari terapi kognitif dan terapi perilaku, sehingga ide-ide *behavioral* masih melekat pada terapi ini yaitu ada elaborasi besar terhadap sifat reinforcement (penguatan), waktu dan variabilitas reward atau konsekuensinya, efek reinforcer negatifnya dan efek hukumannya. Adanya korelasi antara kognitif perilaku dengan struktur otak manusia (neurotransmitter) dijabarkan oleh Oemarjoedi (2003) dalam bukunya. Dia mengatakan proses pembentukan motivasi memperoleh hadiah dalam diri manusia ternyata menstimulasi transmisi neurotransmitter jenis dopamine dalam kandungan nucleus. Efek ini berpengaruh terhadap proses belajar yang berhubungan dengan pembentukan asosiasi terhadap bentuk-bentuk penghargaan (reward). Penghargaan yang sama mungkin akan mengandung nilai yang berbeda pada individu yang berbeda karena proses belajar asosiasi reward ini.

Bandura (1969, dalam Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007) memperluas bidang modifikasi perilaku dengan memberi perhatian pada *modelling, imitation dan obsevational learning* (belajar melalui observasi). Ia, bersama dengan Kanfer dan Goldstein (1975) memfokuskan pada tiga langkah :

- a. Mengadopsi sebuah standart, misalnya mencapai sebuah ide yang jelas tentang tujuan yang akan dicapai.

- b. Membandingkan fungsi saat ini dengan standart, misalnya dengan membantu klien untuk memberikan lebih banyak perhatian pada situasi-situasi beresiko tinggi dan memfokuskan pada konsekuensi bila terjadi kekambuhan.
- c. Mengubah perilaku bila perilaku saat ini tidak dapat mencapai standart yang telah diadopsi, misalnya dengan menggunakan metode-metode koping yang bersifat kognitif atau behavioral guna menangkal berbagai dorongan atau untuk kembali ke standart yang diadopsi.

Di lain pihak, ide-ide Ellis dan Beck lebih tepat disebut terapi kognitif perilaku daripada kognitif saja. Pendekatan ini membutuhkan restrukturisasi kognitif, tetapi terapinya sendiri jarang yang berakhir dengan berpikir saja melainkan berakhir dengan melakukan perubahan dalam perilakunya. Akhir 1970-an dan 1980-an berisi berbagai upaya untuk menggabungkan pendekatan behavioral dan kognitif kedalam terapi yang disebut terapi kognitif perilaku.

Teori Kognitif perilaku pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon, yang saling berkait dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku, maka terapi kognitif perilaku diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali. Dengan mengubah status kognitif dan perasaannya, klien diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya, dari negatif menjadi positif. Bagaimana seseorang menilai situasi dan bagaimana cara mereka menginterpretasikan suatu kejadian akan sangat berpengaruh terhadap kondisi reaksi emosional

yang kemudian akan mempengaruhi tindakan yang dilakukan (Oemarjoedi, 2003).

Dobson (1988, dalam Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007) merangkum terapi-terapi kognitif behavioral berdasarkan tiga proposisi fundamental :

a. Aktivitas kognitif mempengaruhi perilaku.

Ada banyak bukti bahwa penilaian kognitif tentang berbagai kejadian dapat mempengaruhi respons terhadap kejadian-kejadian tersebut (misalnya, Lazarus dan Folkman, 1984).

b. Aktivitas kognitif dapat dimonitor dan diubah.

Diasumsikan bahwa para peneliti dan klinisi dapat memperoleh akses ke dan mengubah berbagai proses.

c. Perubahan perilaku yang diinginkan dapat dipengaruhi melalui perubahan kognitif.

Perubahan perilaku tetap menjadi tujuan, tetapi mekanisme-mekanisme kognitif dapat digunakan dan bukan dengan menggunakan *classical conditioning* atau *operant conditioning* untuk mewujudkan perubahan.

Tiga bentuk terapi kognitif perilaku utama yang dikenal orang adalah :

a. *Cognitive restructuring therapies* (restrukturisasi kognitif) yang dilustrasikan oleh Ellis dan Beck.

Restrukturisasi kognitif merupakan metode yang diarahkan langsung untuk menciptakan persepsi yang baru terhadap dunia sekitar anak dan mengubah konsepsi yang salah yang selama ini dialami oleh anak. Melalui restrukturisasi kognitif anak akan diajarkan bagaimana berpikir secara realistis, bagaimana menilai secara tepat suatu situasi, bagaimana anak mampu meyakinkan diri sendiri bahwa dia mampu melakukan suatu pekerjaan secara tepat. Dengan mengganti pemikiran yang tidak logis, irrasional, anak akan lebih mampu menilai situasi yang dihadapinya secara lebih objektif.

b. *Coping skill therapies*

Menekankan pada cara-cara mempelajari strategi koping yang efektif dan elaboratif atau meningkatkan keterampilan-keterampilan adaptif dan asertif untuk memperluas kemampuan mengatasi masalah.

c. *Problem Solving therapies* (Keterampilan pemecahan masalah)

Keterampilan pemecahan masalah merupakan salah satu keterampilan yang sangat dibutuhkan oleh anak. Dengan keterampilan ini anak akan lebih mampu mengatasi konflik interpersonal yang sedang dihadapinya, anak akan mampu mengatur strategi ketika dia kesulitan dalam menyelesaikan suatu tugas. Menurut Spivack dan Shure (Ronen, 1993 dalam Safaria,2004) menegaskan bahwa keterampilan pemecahan masalah ini akan menentukan keberhasilan anak dalam interaksi sosial sehari-hari. Jika anak memiliki keterampilan pemecahan masalah yang baik, anak akan lebih sensitif terhadap masalah interpersonal, berpikir sebab akibat, kesiapan dalam memprediksi perilakunya pada masa depan, kemampuan anak dalam memunculkan berbagai alternatif solusi terhadap suatu permasalahan.

Bentuk-bentuk terapi pada kognitif perilaku oleh beberapa ahli telah banyak mengalami modifikasi, antara lain Teori *Cognitive Behaviour Modification (CBM)* yang dikembangkan oleh Donald Michenbaum menggunakan terapi '*self instructional*', yang pada dasarnya adalah proses merestrukturisasi sistem kognisi klien, namun terpusat pada perubahan pola verbalisasinya. Menurut Michenbaum, pernyataan diri akan mempengaruhi tingkah laku seseorang sebagaimana pernyataan diberikan oleh orang lain. Sebagai langkah awal dalam CBM, sebagai prasyarat untuk perubahan perilaku, klien harus mengenali cara mereka berpikir, merasakan bertindak, serta bagaimana akibatnya terhadap orang lain. Sedikit berbeda dengan teori Cognitive Beck yang lebih terstruktur pada pencarian pola pikir otomatis, CBM lebih memusatkan perhatian kepada menyadarkan klien dalam melakukan komunikasi dengan diri sendiri. Proses terapi terdiri dari kegiatan melatih klien untuk mengubah instruksi

yang diberikan kepada diri mereka sendiri agar mereka mau mengatasi masalah secara lebih efektif.

Meichenbaum (1977, dalam Sunderg et al (2007), mengajukan bahwa perubahan tingkah laku terjadi dalam beberapa tahap melalui interaksi dengan diri sendiri, perubahan struktur kognitif, perubahan tingkah laku dan bukti dampak terapi terhadap gangguan. Ia menggambarkan proses 3 tahap CBM sebagai berikut :

a. Observasi diri.

Di awal terapi, klien diminta untuk mendengarkan dialog internal dalam diri mereka dan mengenali karakteristik pernyataan negatif yang ada. Proses ini melibatkan kegiatan meningkatkan sensitivitas terhadap kognitif, perasaan, perbuatan, reaksi fisiologis dan pola reaksi terhadap orang lain.

b. Membuat dialog internal baru.

Setelah klien belajar untuk mengenali tingkah laku menyimpangnya, mereka mulai mencari kesempatan untuk mengembangkan alternatif tingkah laku adaptif (tingkah laku yang tidak menyimpang), dengan cara mengubah dialog internal dalam diri mereka, dialog internal yang baru diharapkan dapat menghasilkan tingkah laku baru, yang sebaliknya akan memberikan dampak terhadap struktur kognisi klien.

c. Belajar keterampilan baru.

Klien kemudian belajar teknik mengatasi masalah yang secara praktis dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Pada saat yang sama, klien diharapkan untuk tetap memusatkan perhatian kepada tugas membuat pernyataan baru dan mengamati perbedaan hasilnya.

Dengan menggunakan teknik kognitif, Meichenbaum mengembangkan prosedur '*stress inoculation*' yang menganalogikan kondisi psikologis dan tingkah laku dengan proses imunisasi terhadap status biologis. Klien diberikan kesempatan untuk berhasil mengatasi stimulus stress ringan untuk kemudian secara bertahap dikembangkan menjadi toleransi yang lebih besar terhadap stimulus yang lebih besar lagi. Pelatihan ini

didasarkan kepada dugaan bahwa manusia dapat meningkatkan kapasitas diri dalam mengatasi stress dengan cara mengubah keyakinan dan pernyataan diri tentang keberhasilan menghadapi stress. Pelatihan *stress inoculation* terdiri dari kombinasi antara pemberian informasi, diskusi, restrukturisasi kognitif, problem solving, relaksasi, pengulangan tingkah laku, monitor diri, instruksi diri, penguatan diri dan kemampuan mengubah lingkungan (Oemarjoedi, 2003).

Penerapan terapi kognitif perilaku ini pada anak khususnya untuk anak usia sekolah dapat dilakukan melalui modifikasi kognitif perilaku dengan menambahkan penekanan pada berpikir dan *self talk*. *Self talk* ini disarankan karena tahapan dalam perkembangan kognitif anak usia sekolah memungkinkan hal tersebut. Anak usia sekolah sering membimbing dirinya dalam menyelesaikan tugas dengan menggunakan *private speech* (bicara sendiri). Mereka bicara dengan dirinya sendiri, seringkali dengan mengulangi kata-kata orangtua atau guru. Dalam modifikasi kognitif perilaku, anak sekolah diajari secara langsung tentang cara menggunakan self instruction. Meichenbaum (1977, dalam Woolfolk, 2009) mengikhtisarkan langkah-langkah berikut ini :

- a. Terapis mengerjakan sebuah tugas sambil berbicara dengan dirinya dengan suara keras (*cognitive modeling*).
- b. Anak mengerjakan tugas yang sama di bawah pengarahan terapis (bimbingan eksternal dan terang-terangan dengan suara yang jelas terdengar).
- c. Anak mengerjakan tugas sambil memberikan instruksi kepada dirinya sendiri dengan suara keras (membimbing dirinya secara terang-terangan dengan suara yang jelas terdengar).
- d. Anak membisikkan instruksi kepada dirinya sendiri selama ia mengerjakan tugasnya (membimbing dirinya secara terbuka, tetapi dengan cara yang tidak begitu terang-terangan dengan suara yang tidak begitu jelas terdengar).

- e. Anak mengerjakan tugas sambil mengarahkan perbuatannya melalui private speech (memberi instruksi kepada diri sendiri secara sembunyi-sembunyi dengan suara yang tidak dapat didengar oleh orang lain).

Sebenarnya, modifikasi kognitif perilaku ini memiliki lebih banyak komponen karena memasukkan *modeling*, *guide discovery*, penyalarsan tugas dengan tingkat perkembangan anak, strategi motivasi dan umpan balik. Strategi motivasi dan umpan balik dapat berupa reinforcement. Reinforcement dalam tahap usia sekolah memainkan beberapa peran. Bila anak mengantisipasi bahwa anak akan diperkuat untuk meniru tindakan-tindakan positif, anak mungkin akan lebih termotivasi untuk memperhatikan, mengingat dan mereproduksi perilaku itu. Di samping itu reinforcement juga penting dalam mempertahankan pembelajaran. Seseorang yang mencoba perilaku baru kurang berkemungkinan untuk mempertahankan perilaku itu tanpa adanya reinforcement (Ollendick, Dailey & Shapiro, 1983).

2.3.2 Tujuan Terapi Kognitif Perilaku pada Anak

Strategi yang dapat digunakan untuk anak dalam terapi kognitif perilaku banyak diambil dari proses manipulasi respon perilaku melalui *modeling*, *role playing*, latihan bertahap dan pelatihan keterampilan. Target yang ingin dicapai adalah untuk mengubah distorsi kognitif dan cara berpikir yang salah dalam anak merespon suatu peristiwa. Teknik-teknik spesifik ini digunakan dengan variasi penuh dan saling mengisi satu sama lainnya. Menurut Beck, Rush & Emery, 1979 dalam Safaria, 2004), intervensi kognitif mencoba untuk menghasilkan perubahan pada anak melalui pengaruh cara berpikir anak. Teknik-teknik yang diterapkan diciptakan untuk mengidentifikasi, untuk pengujian terhadap kenyataan dan mengkoreksi konsep-konsep yang salah serta keyakinan-keyakinan disfungsi yang mendasari dalam aspek kognitif anak. Dengan mengevaluasi ulang dan mengkoreksi pemikiran anak, anak belajar untuk mengendalikan masalah dan situasi yang sebelumnya tidak dapat diatasi.

Teknik-teknik kognitif perilaku bertujuan untuk menggambarkan dan menguji asumsi-asumsi spesifik yang salah dan maladaptif. Untuk itu anak diajarkan untuk memantau pemikiran otomatis negatifnya, untuk memahami hubungan antar kognisi, afeksi dan perilaku, untuk menguji bukti-bukti untuk melawan pemikiran otomatis yang negatif, untuk membimbing klien melakukan interpretasi yang lebih realistis dan untuk membantu klien dalam belajar memahami dan mengubah keyakinan irasionalnya tersebut sebelum menimbulkan pengaruh yang negatif dalam pengalaman anak. Tujuan penerapan terapi kognitif perilaku untuk anak-anak melibatkan target preventif yang mempunyai tiga kemungkinan sasaran preventif, yaitu :

- a. Prevensi primer yaitu terapi secara langsung mencegah munculnya masalah pada masa depan anak.
- b. Prevensi sekunder, yaitu terapi yang diarahkan langsung untuk mengobati masalah yang muncul dengan fokusnya untuk mencegah dampak buruk di bidang/fungsi lain kehidupan anak.
- c. Prevensi tertier, yaitu terapi yang diarahkan untuk menurunkan atau menghilangkan masalah yang muncul yang dalam penelitian ini masalah kesulitan belajar yang dialami anak usia sekolah.

2.3.3 Indikasi Terapi Kognitif Perilaku pada Anak

Beberapa masalah di bawah ini akan menjadi pertimbangan dalam menerapkan terapi kognitif perilaku, antara lain :

- 2.3.3.1 Jika anak menunjukkan gangguan yang harus dihilangkan atau jika akibatnya membutuhkan identifikasi lebih lanjut (Kazdin, 1988 dalam Safaria, 2004).
- 2.3.3.2 Ketika anak kekurangan keterampilan khusus atau menunjukkan harga diri, evaluasi dan keterampilan sosial yang rendah (Mash & Terdal, 1988 dalam Safaria, 2004).

- 2.3.3.3 Ketika anak memunculkan frekuensi yang tinggi dari perilaku yang harus dihilangkan (agresivitas) karena akibat buruknya terhadap lingkungan anak (Kazdin, 1988 dalam Safaria, 2004).
- 2.3.3.4 Ketika anak memunculkan perilaku menghindar yang mengganggu fungsi normal anak (Marks, 1987 dalam Safaria, 2004).
- 2.3.3.5 Ketika anak masih memunculkan perilaku bermasalah walaupun pengaruh lingkungan telah diupayakan diubah (Ronen, 1993 dalam Safaria, 2004).
- 2.3.3.6 Ketika anak memunculkan perilaku merusak diri sendiri yang menempatkannya dalam bahaya (sheldon, 1987 dalam Safaria, 2004).
- 2.3.3.7 Ketika anak berperilaku membahayakan, baik bagi dirinya maupun orang lain (Ronen, 1997 dalam Safaria, 2004)
- 2.3.3.8 Ketika anak mengalami masalah yang bersumber dari diri anak sendiri, dapat digambarkan seperti anak yang mengalami kesulitan belajar akibat kognitif (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran) yang negatif, sehingga dari kognitif itu perilaku anak menjadi maladaptif yaitu agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan (Safaria, 2004).

2.3.4 **Prinsip Pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku**

Untuk menerapkan terapi kognitif perilaku pada anak, terapis dituntut untuk menerapkan beberapa prinsip umum, yakni :

- 2.3.4.1 Proses mediasi kognitif terlibat dalam aktivitas belajar anak.
- 2.3.4.2 Kognitif, perasaan dan perilaku anak merupakan sebab akibat yang saling berkaitan.
- 2.3.4.3 Aktifitas kognitif seperti harapan, pernyataan diri dan atribusi merupakan hal yang penting dalam memprediksi psikopatologi dan perubahan psikoterapeutik.
- 2.3.4.4 Kognitif dan perilaku merupakan sesuatu yang utuh, sesuai. Maksudnya adalah proses kognitif dapat dilihat melalui paradigma perilaku dan tehnik-tehnik kognitif dapat dikombinasikan dengan prosedur perilaku.

2.3.4.5 Tugas seorang terapis kognitif perilaku adalah berkolaborasi dengan anak untuk mengukur proses kognitif dan perilaku yang terdistorsi dan untuk mendesain pengalaman baru untuk memperbaiki perilaku, kognisi dan afeksi yang disfungsional atau terganggu.

2.3.5 Strategi Pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku

Beberapa hal dapat menjadi strategi bagi terapis dalam melakukan terapi kognitif pada anak, ditinjau dari beberapa aspek yakni :

2.3.5.1 Pada tahap pengkajian

- 1) Sumber informasi diagnostik
 - a. Laporan orangtua harus lebih efektif digunakan untuk memahami perilaku *acting out* anak, seperti ketidakpatuhan, agresivitas, negativisme, hiperaktif dan impulsivitas anak.
 - b. Laporan guru dapat memberikan informasi yang baik pada saat pengkajian yang berkaitan dengan norma usia anak seperti fungsi akademis anak, interaksi sosial dengan teman sebaya dan orang dewasa di luar keluarga dan gaya komunikasi.
 - c. Laporan diri dari anak merupakan jalan terbaik dalam memahami pengalaman internal anak, yaitu pemahaman gaya berpikir anak dan emosi anak seperti harga diri, konsep diri, kecemasan, depresi dan kesepian.
 - d. Observasi langsung harus dilaksanakan ketika sumber informasi yang ada saling bertentangan atau ketika dibutuhkan informasi dasar yang lebih akurat.
 - e. Memperoleh informasi dari berbagai sumber menuntut terapis untuk mampu memahami apakah data yang ada saling bertentangan atau menunjukkan kesamaan menjadi suatu gambaran utuh. Jika saling bertentangan perlu pengujian selanjutnya.
- 2) Membandingkan perilaku anak sehat saat ini dengan norma yang normal pada masa usia sekolah.

Beberapa pertanyaan dapat dijadikan sebagai dasar :

- a. Apakah masalah anak mempunyai dasar penjelasan dari perkembangan normal anak ?
- b. Apakah perilaku tersebut berubah atau konstan ?
- c. Dapatkah hal itu diakibatkan karena ketidakkonsistenan usia kronologis kognitif, emosi dan perilaku anak ?
- d. Apakah anak berfungsi sama pada lingkungan yang berbeda ?
- e. Dapatkah perilaku anak muncul sebagai akibat gaya linguistik, pemikiran, sikap atau rutinitas anak ?

3) Pengambilan keputusan apakah anak membutuhkan terapi.

Terapis perlu memahami beberapa kriteria untuk dapat memutuskan apakah anak betul-betul membutuhkan proses intervensi. Beberapa kriteria tersebut adalah :

- a. Memenuhi kriteria indikasi.
- b. Perilakunya stabil atau bertambah buruk.
- c. Ada resiko besar bagi masa depan anak.
- d. Memiliki prognosis yang baik.
- e. Menunjukkan motivasi tinggi untuk berubah.
- f. Perbaikan penting bagi anak dan keluarganya.
- g. Perilaku bermasalah telah mengubah situasi menjadi buruk.

4) Memilih setting yang optimal untuk *treatment*.

Beberapa pertanyaan ini dapat membantu terapis membuat keputusan :

- a. Apakah masalah yang timbul pada anak akibat pengetahuan orangtua yang kurang tentang perkembangan normal anak ?
- b. Apakah masalah yang muncul pada anak akibat ketidakmampuan orangtua untuk menumbuhkan kepatuhan anak ?
- c. Apakah masalah yang muncul merupakan suatu refleksi dari peran gaya komunikasi yang buruk dan pola di dalam keluarga ?

- d. Apakah masalah yang muncul merupakan hasil dari interaksi sebaya atau kurangnya keterampilan sosial ?
- e. Apakah masalah yang muncul berhubungan dengan kurang efektifnya metode disiplin yang diterapkan guru ?
- f. Apakah masalah yang muncul merupakan refleksi dari kognitif, keyakinan dan emosi anak?

5) Memilih tehnik-tehnik untuk proses terapi.

Empat pertanyaan yang dapat dijadikan strategi dalam memilih tehnik-tehnik untuk diterapkan terapis pada proses terapi individu pada anak :

- a. Apakah tahap perkembangan anak mampu untuk menerima terapi verbal ?
- b. Apakah anak mempunyai kemampuan untuk mendengar dan berkonsentrasi dengan tenang ?
- c. Apakah anak mempunyai motivasi untuk terapi atau haruskah terapi bermain diterapkan untuk mempertahankan motivasi ?
- d. Apakah anak memiliki keterampilan verbal atau apakah dia lebih baik dalam seni, musik, tari atau permainan ?

2.3.5.2 Pada tahap intervensi terapi kognitif perilaku

Beberapa strategi yang dapat dilakukan terapis dalam menerapkan terapi kognitif perilaku pada anak sebagai berikut :

- 1) Sebelum mengaplikasikan terapi kognitif perilaku pada anak, terapis harus hati-hati dalam menguji jenis masalah yang dihadapi anak. Apakah masalah yang paling signifikan berkaitan dengan kognitif, emosi atau perilakunya ?
- 2) Perubahan apa yang paling menarik anak, apakah menanamkan keterampilan, menghapuskan perilaku bermasalah yang sering muncul, atau menurunkan kecemasan yang mengganggu anak dalam fungsi kesehariannya.

- 3) Pertimbangkan kemungkinan untuk mengaplikasikan terapi kognitif dengan anak yang khusus. Teknik apa yang paling sesuai untuk usia anak dan tahap perkembangan kognitif anak.

2.3.6 Pedoman Pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku.

Pada umumnya terapi kognitif perilaku memerlukan sedikitnya 12 sesi, namun penerapannya seringkali mengalami hambatan, sehingga memerlukan penyesuaian yang lebih fleksibel. Menurut Oemarjoedi (2003), penerapan sesi menjadi 5 sesi dapat memberikan bayangan yang lebih jelas dan mengundang kreativitas yang lebih tinggi, sehingga peneliti juga ingin menerapkan terapi kognitif perilaku untuk anak usia sekolah ini dengan 5 sesi, dengan asumsi bahwa anak usia sekolah adalah tahap usia yang egosentris, karenanya biasanya anak tidak akan mau melanjutkan proses terapi jika mereka merasa bosan dan jenuh. Perasaan bosan dan jenuh akan membuat mereka tidak terbuka dalam mengekspresikan emosi serta permasalahan yang sedang mereka hadapi. Selain itu 12 sesi dirasakan terlalu lama, sementara semua pihak mengharapkan hasil yang dapat segera dirasakan manfaatnya.

Beberapa terapis juga sudah membuktikan efektifitas terapi kognitif terapi yang dilakukan dalam 5 sesi, misalnya yang telah dilakukan oleh Oemarjoedi (2003), menurut pengalamannya 12 sesi menjadi sangat sulit dilakukan karena terlalu lama, terlalu mahal, terlalu rumit, membosankan dan menurunkan keyakinan akan kemampuan terapisnya. Hal ini juga dilakukan oleh Fauziah (2009) dalam penelitiannya yang melakukan terapi kognitif perilaku pada klien perilaku kekerasan. Penelitian Fauziah (2009) tersebut memang dilakukan untuk dewasa. Tetapi menurut peneliti dapat juga dilakukan pada anak karena alasan sifat anak yang realistis. Oleh karena itu peneliti juga akan melakukan terapi kognitif perilaku ini menjadi 5 sesi yang setiap sesi dimodifikasi dari *Teori Cognitive Behaviour* yang asli dan modifikasi dari draft terapi spesialis Keperawatan Jiwa yang telah diriset (2009).

Modifikasi pelaksanaan terapi kognitif yang akan dilaksanakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut, **Sesi Pertama** : *Pengkajian dan formulasi masalah*, yaitu melakukan pengkajian dengan memberikan kuesioner kognitif dan perilaku anak, observasi, anamnesa dan analisa gejala untuk menegakkan diagnosa awal mengenai kesulitan yang terjadi, memberikan dukungan dan semangat kepada anak untuk melakukan perubahan, memperoleh komitmen dari anak untuk melakukan terapi dan pemecahan masalah terhadap kesulitan yang dialami dan menjelaskan kepada anak formulasi masalah dan situasi kondisi yang dihadapi. **Sesi Kedua** : *Modifikasi Kognitif*, yaitu mencari kognitif negatif dan keyakinan utama yang berhubungan dengan kesulitan belajar, menolak kognitif negatif secara halus dan menawarkan kognitif positif sebagai alternatif. **Sesi Ketiga** : *Modifikasi Perilaku*, yaitu menyusun rencana intervensi tingkah laku dengan memberikan konsekwensi positif-negatif kepada anak, memantapkan komitmen untuk mengubah tingkah laku dan keinginan untuk mengubah situasi, menerapkan konsekwensi yang telah disepakati terhadap kemajuan proses belajar anak. **Sesi keempat** : *Evaluasi dan intervensi lanjutan*, yaitu memberikan *feedback* atas hasil kemajuan dan perkembangan terapi, mengingatkan fokus terapi dan mengevaluasi pelaksanaan intervensi tingkah laku dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati. **Sesi kelima** : *Mempertahankan keterampilan yang dicapai* yaitu menekankan kembali komitmen anak untuk melanjutkan terapi dengan melakukan metode *self help* secara berkesinambungan dan komitmen klien untuk secara aktif membentuk kognitif-perasaan-perbuatan positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

2.4 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori dalam penelitian ini dimulai dengan menjelaskan tentang konsep tumbuh kembang pada anak mencakup pengertian tumbuh kembang berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh beberapa ahli. Berikutnya diuraikan faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang tersebut yang terdiri dari faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor lingkungan digolongkan lagi menjadi lingkungan biologis, fisik, psikososial dan keluarga. Setelah menguraikan faktor tumbuh kembang, kemudian akan diuraikan tahapan tumbuh kembang psikososial yang dikemukakan Erik Erikson (2000). Tahapan yang akan dibahas lebih mendalam adalah tahapan anak usia sekolah yaitu rentang umur 6 tahun-12 tahun. Untuk mengetahui karakteristik anak usia sekolah digunakan pendekatan yang membagi anak usia sekolah kedalam dua fase yaitu masa kelas rendah sekolah dasar dan masa kelas tinggi sekolah dasar.

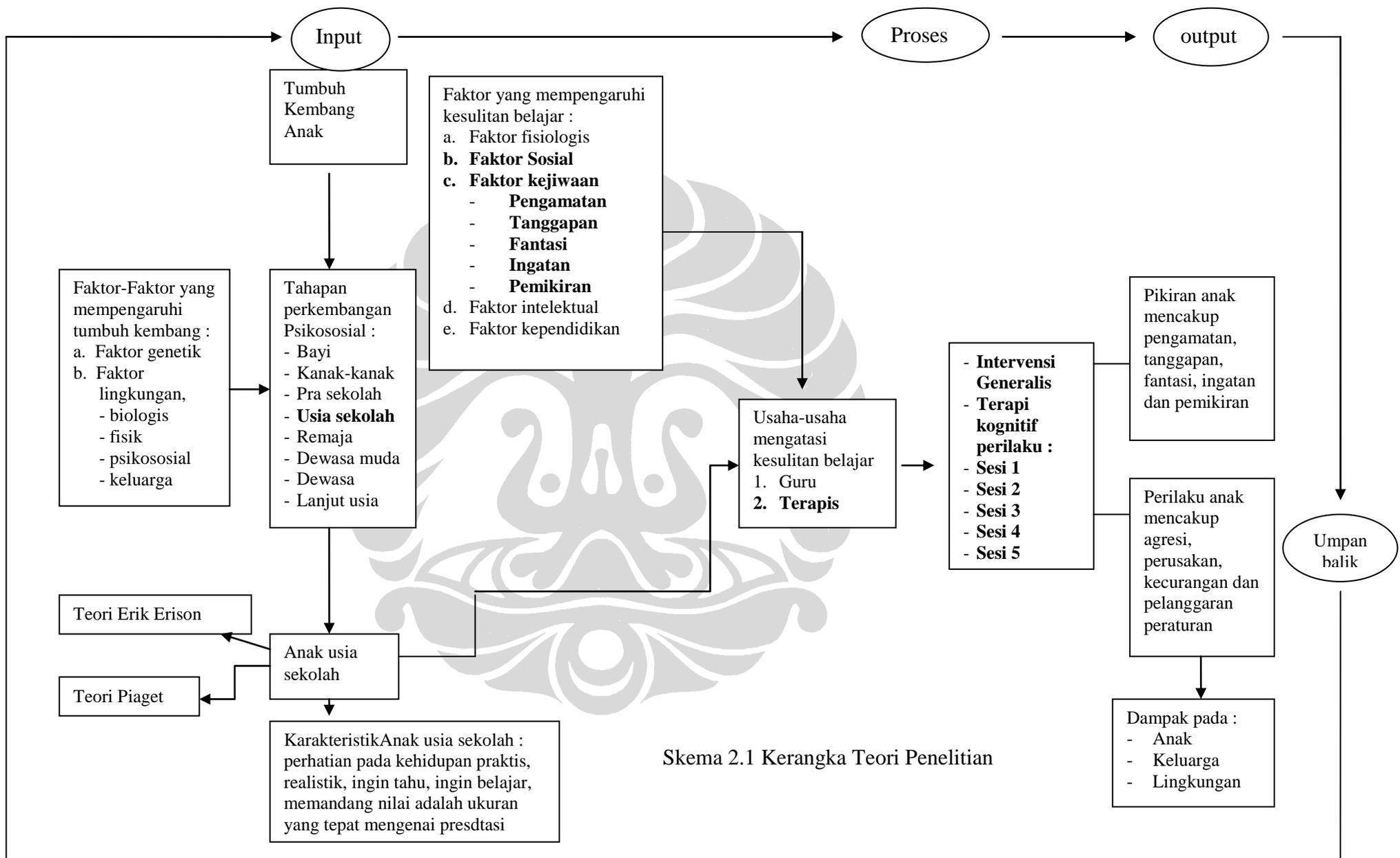
Karakteristik-karakteristik ini diperjelas lagi oleh teori-teori perkembangan menurut Erik Erikson (psikososial) dan Piaget (kognitif). Menurut kedua teori tersebut anak usia sekolah sudah masuk kedalam tahap belajar. Proses belajar termasuk kedalam proses adaptasi jika ditinjau dari teori keperawatan yang dikemukakan oleh Calista Roy (1970), dimana seluruh stimulus yang diterima anak merupakan input, mekanisme koping yang digunakan anak dalam proses belajar adalah kontrol, sedangkan outputnya adalah hasil dari belajar tersebut. Apabila terjadi hambatan dalam kontrol dan feedback maka akan terjadi masalah seperti kesulitan belajar.

Kesulitan belajar yang dialami anak usia sekolah dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor fisiologis, faktor sosial, faktor kejiwaan, faktor intelektual dan faktor kependidikan. Faktor yang disoroti lebih mendalam adalah faktor kejiwaan sesuai dengan tujuan dari penelitian. Faktor kejiwaan yang akan diteliti pada anak usia sekolah ini berkaitan

dengan kognisi/pikiran anak yaitu pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran anak. Kemudian dari pikirannya tersebut akan dilihat pengaruhnya terhadap perilaku anak. Perilaku-perilaku yang ditunjukkan anak ini jika dikelompokkan berdasarkan gejalanya yaitu agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan.

Dampak dari perilaku yang diakibatkan pikiran tersebut sangat luas, tidak hanya pada anak tetapi juga pada keluarga dan lingkungan sekitar anak. Untuk itu perlu dilakukan usaha-usaha untuk mengatasi kesulitan belajar tersebut baik dari guru maupun dari tim kesehatan mental, salah satunya adalah perawat jiwa. Dalam ilmu keperawatan jiwa ada beberapa terapi yang dapat dilakukan terkait adanya masalah psikososial anak diantaranya terapi kognitif perilaku.

Terapi kognitif perilaku sesuai dengan namanya adalah suatu terapi yang bertujuan untuk mengubah pikiran dan perilaku sehingga muncul pikiran dan perilaku yang lebih adaptif. Terapi kognitif ini dapat diterapkan pada anak yang memiliki beberapa masalah terkait perilaku yang kurang adaptif. Penerapannya harus berdasarkan prinsip-rinsip dan strategi yang sudah baku, serta pedoman penerapan agar hasil terapi yang didapat memuaskan. Pedoman yang akan dilakukan mengikuti pedoman dari Oemarjoedi (2003) yang telah dimodifikasi yaitu terdiri dari 5 sesi. Berikut ini adalah gambaran kerangka teori yang digunakan dalam penelitian (Skema 2.1)



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional untuk memberikan arah pada pelaksanaan penelitian.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini merupakan bagian dari kerangka teori yang menjadi acuan dalam pelaksanaan penelitian. Berdasarkan teori yang telah dikemukakan pada bab 2, salah satu terapi yang dapat dilakukan pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar adalah terapi kognitif perilaku. Dalam penelitian ini terapi kognitif perilaku merupakan tindakan keperawatan yang menjadi intervensi pada penelitian. Dengan terapi kognitif perilaku diharapkan terjadi perubahan dalam pikiran dan perilaku anak. Pikiran yang dimaksud mencakup pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran anak tentang proses belajarnya sehingga dari pikiran tersebut dapat mempengaruhi perilaku (Baharuddin, 2007). Perilaku yang terlihat pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar umumnya adalah agresi, perusakan, kecurangan dan pelanggaran dan peraturan (Videbeck, 2008).

Penyusunan kerangka konsep dibagi dalam beberapa variabel. Variabel adalah segala sesuatu yang akan menjadi objek pengamatan penelitian, sering pula dinyatakan sebagai faktor-faktor yang berperan dalam peristiwa atau gejala yang diteliti. Apa yang merupakan variabel dalam suatu penelitian ditentukan oleh tinjauan teoritisnya dan ditegaskan oleh hipotesis penelitiannya (Suryabrata, 2005). Variabel-variabel tersebut terdiri dari variabel *dependen* (variabel terikat), *variabel independen* (variabel bebas) dan *variabel confounding* (variabel perancu). Berdasarkan tinjauan teoritis pada bab sebelumnya, maka variabel terikat dalam penelitian ini adalah pikiran (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan

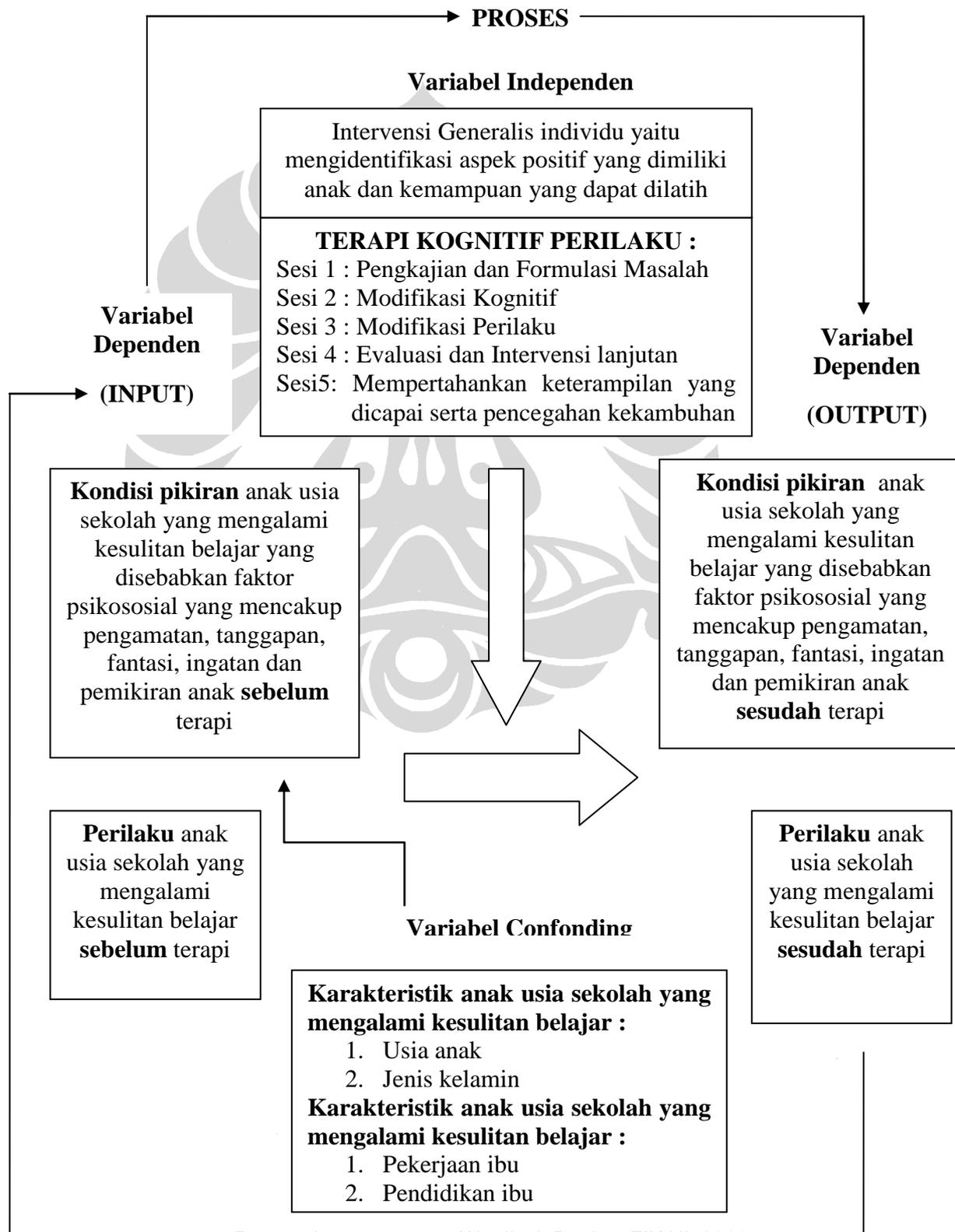
pemikiran) dan perilaku anak usia sekolah (agresi, perusakan, kecurangan dan pelanggaran dan peraturan) yang mengalami kesulitan belajar. Variabel dependen ini diukur sebelum dan sesudah terapi kognitif perilaku perilaku diberikan kepada kelompok intervensi.

Variabel *Independen* (Variabel Bebas) merupakan variabel yang apabila ia berubah akan mengakibatkan perubahan variabel lain (Sastroasmoro, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kognitif perilaku yang diberikan pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar. Dan variabel *Confounding* (Variabel Perancu) adalah karakteristik responden yang diduga dapat mempengaruhi variabel dependen dan variabel independen dalam penelitian ini, yaitu *usia* terkait adanya hasil penelitian yang menyimpulkan bahwa tingkat perkembangan kognitif anak sangat mempengaruhi kesuksesan dalam terapi kognitif perilaku serta adanya penelitian yang menemukan hubungan positif antara usia dan hasil terapi, anak yang lebih tua yang memiliki kognitif lebih tinggi menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan anak yang lebih muda (Dush et al, 1989 dalam Safaria, 2004); *jenis kelamin* terkait dengan sering adanya gangguan-gangguan psikologis pada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan yang mungkin disebabkan karena kemampuan anak perempuan dalam kontrol diri lebih tinggi dibandingkan dengan anak laki-laki (Safaria, 2004); *pekerjaan ibu, pendidikan ibu dan status perkawinan orangtua* terkait dengan proses tumbuh kembang pada anak termasuk perkembangan kognitif dan perilaku. Kognitif perilaku pada anak berkembang dari hasil interaksi dengan lingkungan. Lingkungan tempat anak pertama kali berinteraksi adalah keluarga, terutama ibu.

Ketiga variabel tersebut diatas merupakan variabel yang saling mempengaruhi dalam penelitian ini. Peneliti mencari hubungan diantara ketiganya melalui sebuah konsep penelitian yang memuat item 'input' berupa pelaksanaan pretest untuk kedua kelompok, untuk membandingkan data antar 2 kelompok. Item 'proses', yaitu pemberian terapi kognitif perilaku pada kelompok

intervensi dan item ‘output’ berupa pelaksanaan post test yaitu untuk mengetahui apakah ada perbedaan setelah diberikan terapi. Adapun penjabaran keterkaitan ketiga item tersebut dapat dilihat kerangka konsep penelitian dalam skema 3.1.

Skema 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



3.1 Hipotesis Penelitian

3.2.1 Hipotesa Mayor

Ada pengaruh penerapan terapi kognitif perilaku terhadap perubahan pikiran (pengamatan, tanggapan, ingatan, fantasi dan pemikiran) dan perilaku (agresi, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan) pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

3.2.2 Hipotesa Minor

3.2.2.1 Ada perbedaan pikiran (pengamatan, tanggapan, ingatan, fantasi dan pemikiran) pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar sebelum dan sesudah anak mendapatkan terapi kognitif perilaku.

3.2.2.2 Ada perbedaan pikiran (pengamatan, tanggapan, ingatan, fantasi dan pemikiran) anak usia sekolah dengan kesulitan belajar pada anak yang mendapatkan terapi kognitif perilaku dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku.

3.2.2.3 Ada perbedaan perilaku (agresi, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan) pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar sebelum dan sesudah anak mendapatkan terapi kognitif perilaku.

3.2.2.4 Ada perbedaan perilaku (agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan) anak usia sekolah dengan kesulitan belajar pada anak yang mendapatkan terapi kognitif perilaku dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku.

3.2.2.5 Ada hubungan karakteristik usia anak sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.

3.2.2.6 Ada hubungan karakteristik jenis kelamin anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.

3.2.2.7 Ada hubungan karakteristik pendidikan ibu anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.

3.2.2.8 Ada hubungan karakteristik pekerjaan ibu anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.

3.2.2.9 Ada hubungan karakteristik usia anak sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.

3.2.2.10 Ada hubungan karakteristik jenis kelamin anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.

3.2.2.11 Ada hubungan karakteristik pendidikan ibu anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.

3.2.2.12 Ada hubungan karakteristik pekerjaan ibu anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.

3.3 Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

Berikut ini diuraikan definisi operasional dalam penelitian ini dengan menggunakan parameter yang dijadikan ukuran, yakni pada tabel 3.2.

Tabel 3.2.
Definisi Operasional Variabel Penelitian
(Variabel Confounding, Dependen, dan Independen)

No.	Variabel Confounding	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A.1	Usia Anak	Lama hidup anak usia sekolah yang terhitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia anak	Dinyatakan dalam tahun	Ratio
2.	Jenis Kelamin Anak	Kondisi perbedaan gender responden yang dibawa sejak lahir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin anak	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
B.1	Pekerjaan Ibu	Kegiatan yang dilakukan ibu dari anak usia sekolah baik di dalam maupun di luar rumah yang menghasilkan pendapatan (uang)	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan ibu	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal

NO	Variabel Confounding	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Pendidikan Orangtua	Tingkat sekolah formal tertinggi yang telah ditempuh orangtua dari anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir ibu	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Perguruan Tinggi	Ordinal
Variabel Independen					
1.	Terapi kognitif perilaku yang dijalani anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar	Seluruh rangkaian kegiatan terapi kognitif perilaku yang diterima anak dari peneliti mulai dari sesi 1 sampai sesi 5 yang dilakukan untuk membantu anak merubah pikiran negatif (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran) dan perilaku maladaptif (agresi, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan)			
Variabel Dependen					
1.	Pikiran negatif anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar	Seluruh pikiran negatif anak saat ini yaitu mengenai pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran	Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan tentang pikiran anak.	Seluruh jawaban anak dijumlahkan dan data ditampilkan berupa mean, median, SD 95%CI	Interval

Variabel Dependen					
2.	Perilaku maladaptif anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar	Perilaku yang diperlihatkan oleh anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar yang diakibatkan oleh pikiran anak, yang dapat diobservasi guru yang terdiri dari agresi, Perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan	12 pernyataan dalam kuesioner C tentang perilaku anak yang mengacu pada teori Videbeck (2008) dimana semua pernyataan juga berbentuk skala Likert dengan rentang 1-4	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, dan data ditampilkan berupa mean, median, SD 95%CI	Interval



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain pada penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan *Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*. Desain dipilih karena menurut Suryabrata (2005) *Quasi Experiment* memungkinkan dipakai dalam penelitian yang mempergunakan subjek manusia. Menurut tujuan dari penelitian *Quasi eksperimen* adalah untuk memperoleh informasi yang merupakan perkiraan bagi informasi yang dapat diperoleh dengan eksperimen yang sebenarnya dalam keadaan yang tidak memungkinkan untuk mengontrol dan memanipulasi semua variabel yang relevan. Dalam penelitian ini, variabel yang mungkin tidak dapat dikontrol ketat adalah terapi kognitif perilaku pada setiap sesi. Artinya mungkin perlakuan yang diterima anak tidak sama pada tiap saat dan tidak dapat mengawasi waktu-waktu latihan anak secara cermat. Dan pengambilan anak-anak yang mengalami kesulitan belajar tanpa pengambilan secara random seperti pada penelitian eksperimen murni.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perubahan pikiran dan perubahan perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar sebelum dan sesudah diberikan perlakuan atau intervensi berupa pemberian terapi kognitif perilaku. Penelitian ini membandingkan dua kelompok anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar yang ada di SDN Pondok Cina 3 dan SDN Pondok Cina 5, dimana kelompok intervensi (kelompok yang diberikan terapi kognitif perilaku) adalah anak didik yang mengalami kesulitan belajar di SDN Pondok Cina 3 dan kelompok kontrol (kelompok yang tidak diberikan terapi kognitif perilaku) adalah anak didik yang mengalami kesulitan belajar di SDN Pondok Cina 5. Hal ini sesuai dengan pendapat Suryabrata (2005) bahwa penelitian quasi eksperimen memiliki beberapa rancangan desain diantaranya *Pre-Post Test With Control Group* yang menyatakan bahwa peneliti dapat

melakukan pengelompokan, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi dikenai perlakuan tertentu dalam waktu tertentu, lalu kedua kelompok dikenai pengukuran yang sama. Perbedaan yang ada dianggap bersumber pada perlakuan. Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.

Skema 4.1.

Rancangan Penelitian



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) Terapi Kognitif Perilaku
- O₁ : Pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi kognitif perilaku.
- O₂ : Pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi kognitif perilaku.
- O₃ : Pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi kognitif perilaku
- O₄ : Pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi kognitif perilaku
- O₂ - O₁ : Perubahan pikiran dan perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada kelompok intervensi
- O₄-O₃ : Pikiran dan perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi kognitif perilaku.

O₂-O₄ : Adanya perbedaan pikiran dan perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi kognitif perilaku.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Menurut Sastroasmoro (2008), penelitian pada hakekatnya adalah observasi dan pengukuran terhadap parameter pada populasi yang luas dengan melakukan observasi dan pengukuran pada sampel. Sastroasmoro membedakan populasi menjadi populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target merupakan populasi tempat hasil penelitian diterapkan, yang pada penelitian ini populasi target tersebut berarti seluruh anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar di Indonesia. Sedangkan populasi terjangkau adalah semua anak sekolah yang mengalami kesulitan belajar di Sekolah Dasar Negeri yang ada di Kelurahan Pondok Cina. Ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Sastroasmoro (2008) yang mengatakan bahwa populasi terjangkau adalah bagian populasi target yang dapat dijangkau peneliti.

Berdasarkan hasil wawancara dari kepala sekolah dan guru wali kelas terhadap 5 SDN yang ada di Kelurahan Pondok Cina, terdapat sekitar 480 anak yang mengalami kesulitan belajar, sehingga populasi terjangkau pada penelitian ini adalah 480 anak.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro,2008). Dalam penelitian ini sampel yang diambil adalah yang memiliki kriteria inklusi pada sebagai berikut :

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar karena faktor psikologis terkait kemampuan akademik (berdasarkan pernyataan guru wali kelas)
- c. Duduk di kelas IV, V dan VI
- d. Anak memiliki pikiran negatif (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran yang negatif)
- e. Anak memiliki perilaku maladaptif (agresi, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan)
- f. Anak komunikatif dan kooperatif

Peneliti mengambil SDN Pondok Cina 3 sebagai kelompok intervensi karena dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti diketahui bahwa jumlah anak yang mengalami kesulitan belajar sebanyak 30 orang. Cara seperti ini menurut Arikunto (2006) adalah cara pengambilan secara kuota dan dapat dilakukan jika jumlah sampel sudah ditentukan dan sampel tersebut benar-benar memenuhi persyaratan ciri-ciri populasi. Jumlah anak sebanyak 30 orang diambil secara keseluruhan, sehingga metode pengambilan sampel pada kelompok intervensi adalah total sampling.

Pengambilan sampel untuk kelompok kontrol dilakukan dengan teknik yang sama yaitu total sampling, yaitu mengambil secara kuota SDN yang mempunyai ciri-ciri mendekati SDN kelompok intervensi yaitu SDN Pondok Cina 4. SDN Pondok Cina 4 secara geografis berdekatan dengan SDN Pondok Cina 3, sehingga karakteristik individu dan keluarga diharapkan sama.

Penelitian yang dilaksanakan pada SDN Pondok Cina 3 untuk kelompok intervensi dan SDN Pondok Cina 4 untuk kelompok kontrol tidak dapat dilaksanakan sesuai rencana karena SDN Pondok Cina 4 tidak bersedia dijadikan sebagai tempat penelitian dengan alasan banyaknya peneliti lain

yang sedang meneliti di tempat tersebut dan banyaknya jadwal kegiatan anak sekolah. Kelompok intervensi tetap dilakukan di SDN Pondok Cina 3, sedangkan untuk kelompok kontrol dengan beberapa pertimbangan dilaksanakan di SDN Pondok Cina 5. Pertimbangan tersebut diantaranya adalah SDN Pondok Cina 5 masih merupakan lingkup penelitian, kondisi SD hampir sama dengan kelompok intervensi dari segi sumber daya guru dan fasilitas sekolah serta jarak yang tidak terlalu jauh dari SDN Pondok Cina 3. Jumlah sampel yang diambil pada saat penelitian, 30 orang untuk kelompok intervensi pada SDN Pondok Cina 3 dan 30 orang kelompok kontrol di SDN Pondok Cina 5.

4.3 Tempat Penelitian

Lokasi tempat penelitian adalah Sekolah Dasar Negeri yang ada di Kelurahan Pondok Cina. Untuk kelompok intervensi dilakukan di SDN Pondok Cina 3 dengan alasan peneliti sudah melakukan pengenalan terhadap sampel dalam populasi, secara teknis lokasi SDN Pondok Cina 3 berdekatan dengan tempat tinggal peneliti, belum adanya guru khusus (guru BP) yang ditugaskan untuk menangani masalah anak serta sikap terbuka dari pihak sekolah dalam menerima perubahan ke arah yang lebih baik, sedangkan untuk kelompok kontrol dilakukan pada SDN Pondok Cina 5 karena lokasi SD tersebut berdekatan dan memiliki karakteristik hampir sama dengan SDN Pondok Cina 3 baik dari segi pembiayaan, fasilitas dan sumber daya gurunya.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai pada minggu III April 2010 yakni mulai tanggal 20 April sampai 29 Mei 2010 yang dimulai dari uji validitas instrumen, dilanjutkan dengan pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil pengumpulan data serta penulisan laporan penelitian. Pelaksanaan intervensi terapi kognitif terapi dilakukan setiap hari mulai dari hari senin sampai hari sabtu. Pengumpulan data pretest untuk tiap kelompok dilakukan sebelum sesi I yaitu pada tanggal 20 April 2010 secara

bersamaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sedangkan post test dilakukan setelah sesi ke V berakhir yaitu pada tanggal 29 Mei 2010.

4.5 Etika Penelitian

4.5.1 Aplikasi Penelitian

Pencapaian standar etik merupakan tujuan penting dari penelitian ini, untuk itu peneliti menerapkan kaidah etik dalam meneliti yakni hak untuk menentukan pilihan secara bebas, perlindungan dari kerusakan peralatan atau cedera individu, privasi, otonomi dan kejujuran (Daymon & Holloway, 2002). Penelitian ini juga memenuhi beberapa prinsip etik yaitu

4.5.1.1 *Autonomy* (Kebebasan)

Prinsip pertama yakni hak menentukan pilihan secara bebas maksudnya anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar yang berpartisipasi dalam penelitian memiliki hak untuk menerima maupun menolak bekerjasama karena peneliti menyadari bahwa kebutuhan peneliti untuk mengumpulkan data selalu ditentukan oleh hak anak-anak untuk menentukan apakah mereka memberikannya atau tidak.

4.5.1.2 *Anonymity* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga anonimitas anak, yang berarti tidak membocorkan identitas para anak kepada orang lain. Anonimitas dijaga dengan cara menggunakan inisial, melindungi data dengan mencantumkan angka atau inisial huruf dan menjamin keamanan hasil serta catatan pekerjaan rumah yang didapat dari proses terapi.

4.5.1.3 *Confidentially* (Privasi)

Menjaga privasi harus juga diterapkan kerahasiaan. Kerahasiaan berarti peneliti tidak mengungkapkan isu atau gagasan yang ingin dirahasiakan oleh anak. Seperti yang dinyatakan Sieber (1992, dalam Daymon & Holloway, 2002, hlm.52) : “Kerahasiaan mengacu pada kesepakatan

dengan masing-masing anak mengenai apa yang bisa dilakukan dengan data mereka”. Peneliti tidak memperlihatkan hasil baik kepada teman ataupun guru.

4.5.1.4 *Non maleficence* dan *beneficence*

Non maleficence artinya melindungi responden dari hal yang merugikan, yang peneliti aplikasikan pada saat pengumpulan data (Polit & Hungler, 1999). Anak yang berpartisipasi diusahakan semaksimal mungkin untuk tidak mendapat gangguan emosi baik pada saat melakukan penelitian maupun sesudah hasil penelitian disimpulkan. Salah satu cara yang peneliti terapkan agar anak terganggu dari masalah emosi adalah dengan menggunakan komunikasi yang terapeutik, tidak terkesan memberikan instruksi, menghargai anak dan melakukan pengumpulan data pada lingkungan yang dapat membuat anak merasa nyaman, yaitu di ruang perpustakaan. Pada saat berinteraksi di ruang perpustakaan peneliti hanya berdua dengan anak sehingga anak merasa nyaman. Anak yang mengalami kecemasan pada saat berinteraksi, peneliti melakukan intervensi dahulu terhadap kecemasannya, baru kemudian melakukan terapi kognitif perilaku.

Peneliti juga menerapkan prinsip *beneficence*, artinya hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi anak. Untuk anak, manfaatnya dapat memaksimalkan tugas perkembangan pada masa usia sekolahnya sehingga tidak mengalami gangguan pada tahap perkembangan selanjutnya.

4.5.1.5 *Justice*

Peneliti memastikan bahwa prosedur penelitian benar-benar adil dan tepat bagi masing-masing anak. Anak-anak pada kelompok intervensi mendapat perlakuan yang sama dalam proses pelaksanaan yang mencakup jumlah sesi, lama waktu tiap sesi dan reinforcement yang diberikan. Untuk kelompok kontrol, karena hasil pengumpulan data pada kelompok intervensi ternyata signifikan dapat merubah pikiran dan perilaku ke arah

yang positif, maka peneliti akan melakukan terapi kognitif perilaku pada kelompok kontrol setelah tugas akademik peneliti berakhir. Dalam penelitian ini, peneliti berusaha menerapkan kejujuran mengenai isu-isu penghapusan, interpretasi dan penjiplakan dan isu-isu kepemilikan serta akses publik.

4.5.2 **Informed Consent**

Selanjutnya salah satu masalah terpenting yang berhubungan dengan prinsip etik dalam penelitian adalah persetujuan tertulis secara sukarela yang didapatkan sebelum memulai penelitian. Untuk itu sebelum meneliti, peneliti nantinya menjelaskan atau memberikan informasi (*informed consent*) tentang rencana, tujuan, dan manfaat penelitian bagi anak, perkembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan jiwa pada komunitas sekolah. Selain *informed consent*, setelah menyelesaikan penelitian, peneliti memberi kesempatan pada anak untuk bertanya dan mendiskusikan hasil penelitian serta berbagi pengetahuan dari penelitian ini.

4.6 **Alat Pengumpulan Data**

4.6.1 **Instrumen Penelitian**

Alat pengumpul data primer yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen penelitian dengan mengacu pada teori yang telah diuraikan dalam tinjauan pustaka. Instrumen ini diklasifikasikan sebagai berikut :

4.6.1.1 Instrumen A

Instrumen yang dipakai untuk mendapatkan data primer tentang gambaran karakteristik responden yang terdiri dari : 1) karakteristik responden (orangtua anak) yang meliputi pendidikan, pekerjaan, 2) karakteristik anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar yang meliputi usia dan jenis kelamin anak. Anak diminta mengisi format yang telah disediakan dengan cara menuliskan dan memilih *option* yang ada, termasuk data tentang orangtuanya (Lampiran 3).

4.6.1.2 Instrumen B

Instrumen yang dipakai untuk memperoleh data primer tentang pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar, disusun sendiri oleh peneliti dengan merujuk pada tinjauan teoritis yang dikemukakan Baharuddin (2007) sesuai konsep dan tujuan penelitian. Instrumen ini terdiri dari 20 pertanyaan negatif berupa 4 pertanyaan tentang pengamatan anak yaitu nomor 1, 2, 3, dan 4, kemudian 4 pertanyaan tentang tanggapan anak yaitu nomor 5, 6, 7, dan 8. Pertanyaan tentang fantasi anak berjumlah 4 pertanyaan yaitu nomor 9, 10, 11 dan 12, pertanyaan tentang ingatan anak terdiri dari 4 pernyataan yaitu nomor 13, 14, 15, dan 16, selanjutnya 4 pertanyaan tentang pemikiran anak yaitu nomor 17, 18, 19, dan 20. Cara penilaian yaitu dengan menghitung jumlah skor dari tiap item dengan nilai sebagai berikut : jawaban sangat tidak setuju ; skor 1, tidak setuju ; skor 2, setuju ; skor 3 dan sangat setuju ; skor 4 dengan rentang skor 20-80. Pengisian dilakukan sendiri oleh anak dengan mengisi format yang telah disediakan dengan cara menuliskan dan memilih *option* yang ada (Lampiran 4).

4.6.1.3 Instrumen C

Instrumen yang dipakai untuk memperoleh data primer tentang perilaku anak terkait pikiran terhadap proses belajar. Berupa yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan tinjauan teoritis tentang perilaku anak oleh Videbeck (2008), terdiri dari 12 pertanyaan negatif tentang perilaku anak saat ini yaitu 3 pertanyaan agresi yaitu nomor 1,2 dan 3, kemudian 3 pertanyaan mengenai perilaku perusakan pada nomor 4,5, dan 6. Pertanyaan tentang perilaku kecurangan pada nomor 7, 8 dan 9. Dan yang terakhir untuk nomor 10, 11 dan 12 merupakan perilaku melanggar peraturan pada anak. Cara penilaian juga dengan menghitung jumlah skor dari tiap item dengan nilai sebagai berikut : jawaban tidak pernah (tidak melakukan seminggu terakhir ini) ; skor 1, jarang (hanya melakukan 1x dalam seminggu terakhir) ; skor 2, kadang-kadang (melakukan 2-3x dalam seminggu terakhir) ; skor 3 dan sering (melakukan lebih dari 3x dalam

seminggu terakhir) ; skor 4 dengan rentang skor 12-48. Pengisian dilakukan sendiri oleh anak dengan mengisi format yang telah disediakan dengan cara menuliskan dan memilih *option* yang ada (Lampiran 5).

4.6.1.4 Panduan wawancara terstruktur yang diberikan kepada guru wali kelas tentang perilaku anak dalam belajar. Wawancara dilakukan untuk menentukan apakah anak termasuk dalam kriteria inklusi karena dalam kriteria inklusi, peneliti menetapkan bahwa pernyataan dari guru bahwa anak memang mengalami kesulitan belajar merupakan data sekunder.

4.6.2 Uji Coba Instrumen Penelitian

Data merupakan penggambaran variabel yang diteliti dan berfungsi sebagai alat pembuktian hipotesa. Oleh karena itu benar tidaknya data sangat menentukan bermutu tidaknya hasil penelitian. Sedangkan benar tidaknya data, tergantung dari baik tidaknya instrumen pengumpulan data, oleh karenanya perlu dilakukan uji coba instrumen untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan pada 30 anak sesuai dengan jumlah sampel, yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu anak yang mengalami kesulitan belajar di SDN Pondok Cina 2. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil valid apabila nilai r hasil (*kolom corrected item- total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2005).

Reliabilitas menunjuk pada satu pengertian bahwa sesuatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Apabila datanya memang benar sesuai dengan kenyataannya, maka berapa kalipun diambil, tetap akan sama. Dalam penelitian ini, uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Internal Consistency* yang dilihat pada nilai *Alpha Cronbach*. Jika nilai koefisien reliabilitas r mendekati 1, maka setiap skor responden dapat dipercaya atau reliabel (Hastono 2007). Uji

coba instrumen dilakukan setelah proposal penelitian disetujui dengan memberikan kepada anak.

Pengambilan data untuk uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan sebanyak 2 kali yaitu pada tanggal 14 April 2010 dan tanggal 17 April 2010 di SDN Pondok Cina 2 Depok pada 30 anak yang mengalami kesulitan belajar. Pada uji pertama, hasil uji validitas instrumen pikiran dari 20 item, terdapat 3 item yang nilai koefisien r kurang dari 0,361 sehingga dinyatakan tidak valid yaitu item nomor 1, 2 dan 8. Item-item yang tidak valid kemudian dimodifikasi dengan berpedoman pada referensi yang ada melalui perbaikan redaksi pernyataannya. Kemudian dilakukan lagi pengujian dan didapat hasil valid semua yakni nilai koefisien r diatas 0,361. Hasil uji instrumen dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2
Hasil Uji Instrumen Pikiran dan Perilaku Anak Usia Sekolah
yang Mengalami Kesulitan Belajar di SDN Kelurahan
Pondok Cina tahun 2010 (n=30)

No	Variabel	Jumlah pernyataan	Jumlah pernyataan yang tidak valid	Validitas (nilai r)	Reliabilitas (<i>Alpha Cronbach</i>)
1	Pikiran Anak	20	Nomor 1,2 dan 3	0,395-0,723	0,877
2	Perilaku Anak	12	-	0,562-0,909	0,921

r tabel = 0,361

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Proses penelitian ini telah dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

4.7.1 Persiapan administratif

- 1) Melakukan uji etik instrumen penelitian di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia .
- 2) Mengurus surat perizinan dari Kepala Sekolah SDN Pondok Cina
- 3) Melakukan koordinasi dengan guru dan kepala sekolah yang dijadikan lokasi penelitian.
- 4) Mengambil data pada responden dengan cara menentukan calon responden yang memenuhi kriteria inklusi melalui pengumpulan data

terkait dengan identitas responden dan data tentang adanya kesulitan belajar yang dialami anak.

- 5) Memberi penjelasan kepada responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini dan memberi kesempatan bertanya kepada responden. Apabila bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka responden menandatangani *Informed Consent* dan peneliti menghargai keputusan responden jika menolak.

4.7.2 Pelaksanaan Kegiatan

Pada minggu pertama dilakukan pengukuran awal untuk mengetahui data demografi anak, orangtua serta skor pikiran dan perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar. Berdasarkan hasil pengukuran serta wawancara dari guru wali kelas, peneliti menentukan anak yang memenuhi kriteria inklusi yang sudah terdeteksi sejak awal berjumlah 30 orang. Semua anak yang bersedia mengikuti kegiatan penelitian telah menandatangani pernyataan kesediaan (*informed consent*) yang diberikan oleh peneliti pada saat pretest.

Sebelum melakukan terapi kognitif perilaku pada anak, peneliti dengan dibantu asisten peneliti melakukan terapi generalis untuk harga diri rendah pada semua anak karena pada hasil pretest didapatkan bahwa semua anak memiliki pikiran negatif baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Pelaksanaan intervensi berlangsung selama 5 minggu. Untuk mengefektifkan waktu penelitian yang cukup singkat, peneliti membuat jadwal penelitian berdasarkan kelas. Jadwal penelitian untuk minggu ke I dan II untuk sepuluh anak di kelas VI. Peneliti melakukan intervensi terhadap anak kelas VI terlebih dahulu dikarenakan anak kelas VI akan mengikuti UAN. Pada minggu berikutnya yaitu minggu ke III, IV dan V peneliti melakukan intervensi pada kelas V dan IV.

Materi yang disampaikan selama intervensi yaitu minggu ke I membahas tentang pengkajian masalah anak yang tertulis pada kuesioner, memberikan dukungan dan semangat kepada anak untuk melakukan perubahan, minggu ke II membahas tentang pikiran negatif yang berhubungan dengan kesulitan belajar, mengajarkan cara melawan pikiran negatif dengan menawarkan pikiran positif sebagai alternatif, minggu ke III menyusun rencana intervensi tingkah laku dengan memberikan konsekwensi negatif-positif kepada anak, memantapkan komitmen untuk merubah tingkah laku dan keinginan untuk merubah situasi, minggu ke IV memberikan umpan balik atas kemajuan dan perkembangan terapi, mengingatkan fokus terapi dan mengevaluasi pelaksanaan intervensi tingkah laku dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati, dan minggu ke V mempertahankan keterampilan yang dicapai.

Pada minggu terakhir dilakukan post test untuk mengetahui pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar setelah pelaksanaan intervensi, untuk lebih rinci tahapan pelaksanaan kegiatan penelitian dilakukan dalam tiga tahap meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

1) Tahap Pre Test

Tahap ini merupakan tahap dimana peneliti mengetahui kondisi awal tentang pikiran dan perilaku anak pada saat ini yang mengakibatkan anak mengalami kesulitan belajar sebelum diberikan terapi kognitif perilaku. Peneliti memberikan seluruh lembar (A, B dan C) kepada anak yang menurut hasil wawancara dengan guru mengalami kesulitan belajar dan nilai rapor sebagai patokan validnya data yang diberikan guru. Setiap anak diberikan waktu yang cukup untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dalam . Bila ada pertanyaan dan pernyataan yang meragukan ataupun tidak dimengerti oleh anak, maka peneliti membantu dengan menjelaskan apa yang dimaksud dalam tersebut.

Setelah semua dijawab oleh anak, maka peneliti menentukan kondisi pikiran anak apakah anak memiliki pikiran negatif atau tidak. Begitu juga dengan perilaku, apakah anak memiliki perilaku maladaptif atau tidak. Kemudian anak yang termasuk kedalam keseluruhan kriteria inklusi dilakukan terapi generalis dahulu baru kemudian dilanjutkan dengan terapi kognitif perilaku. Dalam melaksanakan terapi generalis peneliti dibantu oleh seorang perawat sedangkan untuk terapi kognitif perilaku dilakukan sendiri oleh peneliti. Perawat yang membantu peneliti adalah mahasiswa Magister Keperawatan Jiwa sehingga pengetahuan dan pengalamannya dalam melakukan terapi generalis sudah teruji dan sebelum melakukan terapi, peneliti dan asisten peneliti sudah duduk bersama membahas tentang apa yang perlu dilakukan.

2) Tahap Intervensi

Pada tahap ini, peneliti melakukan intervensi berupa pemberian terapi kognitif perilaku yang memiliki 5 sesi kepada anak kelompok intervensi, yaitu:

1. **Sesi 1** : *Pengkajian dan formulasi masalah*, yaitu mendiskusikan hasil pengkajian yang didapat dari pikiran dan perilaku anak, observasi, anamnesa dan analisa gejala untuk menegaskan diagnosa awal mengenai kesulitan yang terjadi, memberikan dukungan dan semangat kepada anak untuk melakukan perubahan, memperoleh komitmen dari anak untuk melakukan terapi dan pemecahan masalah terhadap kesulitan yang dialami dan menjelaskan kepada anak formulasi masalah dan situasi kondisi yang dihadapi.
2. **Sesi 2** : *Modifikasi Kognitif*, yaitu mencari pikiran negatif dan keyakinan utama yang berhubungan dengan kesulitan belajar, menolak pikiran negatif secara halus dan menawarkan pikiran positif sebagai alternatif.
3. **Sesi 3** : *Modifikasi Perilaku*, yaitu menyusun rencana intervensi tingkah laku dengan memberikan konsekwensi positif-negatif

kepada anak, memantapkan komitmen untuk merubah tingkah laku dan keinginan untuk merubah situasi, menerapkan konsekwensi yang telah disepakati terhadap kemajuan proses belajar anak.

4. **Sesi 4** : *Evaluasi dan intervensi lanjutan*, yaitu memberikan *feedback* atas hasil kemajuan dan perkembangan terapi, mengingatkan fokus terapi dan mengevaluasi pelaksanaan intervensi tingkah laku dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati.
5. **Sesi 5** : *Mempertahankan keterampilan yang dicapai serta pencegahan kekambuhan* yaitu menekankan kembali komitmen anak untuk melanjutkan terapi dengan melakukan metode *self help* secara berkesinambungan dan komitmen klien untuk secara aktif membentuk pikiran-perasaan-perbuatan positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

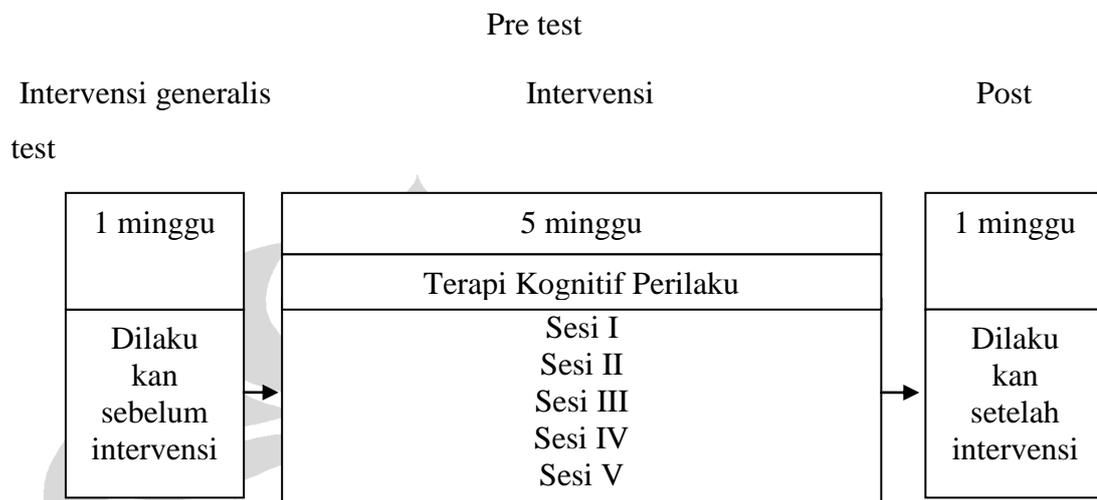
Pelaksanaan terapi kognitif perilaku dilakukan satu kali dalam setiap sesi Waktu untuk setiap pertemuan sesuai kesepakatan dengan anak yang berlangsung sekitar 30 menit dalam setiap sesi. Dan setiap sesi diberikan pekerjaan rumah bagi anak meliputi jadwal kegiatan harian, menuliskan pikiran lain yang muncul dan menuliskan perilaku lain yang muncul. Penjelasan pelaksanaan terapi kognitif perilaku dalam penelitian ini dapat dilihat pada Modul Pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku pada Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar (Lampiran).

3) Tahap Post Test

Setelah proses intervensi terapi kognitif perilaku diberikan pada anak kelompok intervensi, maka peneliti melakukan kegiatan post tes dengan memberikan kembali B dan C. Pelaksanaan post test untuk anak pada kelompok intervensi dilakukan setelah sesi 5, sedangkan untuk kelompok kontrol dilakukan setelah sesi 5 pada kelompok intervensi berakhir, untuk mengetahui apakah ada perubahan pada pikiran dan perilaku anak walaupun intervensi tidak diberikan.

Kegiatan post tes ini bertujuan untuk mengevaluasi adanya perubahan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar setelah diberikan terapi kognitif perilaku pada kelompok intervensi. Pelaksanaan kegiatan dapat dilihat pada skema 4.3

Skema 4.3



Skema 4.2 Alur pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku

4.8 Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer melalui tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. *Editing*, kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. yang telah diisi oleh responden kemudian dilakukan pengecekan apakah jawaban yang ada sudah terisi semua dan apakah jawaban relevan dan konsisten dengan pertanyaan. Hasil yang diperoleh semua sudah terisi lengkap dan sesuai dengan pertanyaan.
2. *Coding*, peneliti memberi kode pada setiap yang meliputi pikiran anak dan perilaku anak untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data.
3. *Entry*, peneliti memasukkan data yang sudah terkumpul ke dalam komputer dengan menggunakan program yang ada.
4. *Cleaning*, peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode. Kesalahan juga

dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat peneliti melakukan pengecekan lagi apakah masih ada kesalahan atau tidak sehingga data siap dianalisis. Pada tahap ini, peneliti baru melakukan pengolahan data setelah memastikan semua data telah dimasukkan dan bebas dari kesalahan.

Setelah data terkumpul, maka peneliti melakukan analisis terhadap data yang didapat. Pemilihan terhadap analisis data atau rumus yang digunakan disesuaikan dengan jenis data. Pada penelitian ini peneliti mencoba menguraikan analisis data yang dipakai sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis dilakukan terhadap variabel *confounding* dan variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu tentang karakteristik anak, kondisi pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar di SDN Pondok Cina 3. Karakteristik anak dan karakteristik orangtua dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis data numerik terdiri dari variabel usia, dilakukan dengan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Data katagorik variabel jenis kelamin, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan menggunakan *distribusi frekuensi* dan proporsi. Analisis univariat juga dilakukan untuk data interval yakni kondisi pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar yang juga menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dari variabel tersebut.

b. Analisis Bivariat

Peneliti ingin menganalisis hubungan antara dua variabel, maka analisis dilanjutkan pada analisis bivariat. Ini sesuai dengan apa yang diungkapkan Hastono (2007) bahwa analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara

dua atau lebih kelompok. Kegunaan analisis bivariat bisa untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (sampel). Analisis bivariat juga dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian.

Sebelum analisis bivariat dilaksanakan, maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik anak, kondisi pikiran dan perilaku anak antara kelompok intervensi dan kontrol. Apabila Bila *p-value* besar dari alpha maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat disimpulkan setara/ homogen. Apabila data ternyata homogen maka dilanjutkan untuk menganalisis dengan prosedur uji statistik parametrik.

Selanjutnya peneliti melakukan analisis perbedaan pikiran dan perilaku anak pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah penelitian, yaitu dengan menggunakan uji independent t-test. Peneliti juga menganalisis hubungan variabel *confounding* dengan variabel dependen, yaitu karakteristik usia, jenis kelamin, pekerjaan ibu, dan pendidikan ibu. Hubungan karakteristik anak menurut usia terhadap pikiran dan perilaku anak, dianalisis dengan menggunakan uji *Korelasi Regresi sederhana*. Sedangkan hubungan antara karakteristik anak menurut jenis kelamin, pekerjaan ibu dan terhadap pikiran dan perilaku anak, dianalisis dengan menggunakan *uji independen T test*. Dan untuk pendidikan ibu, karena data pendidikan lebih dari dua kelompok (skala ordinal) maka dianalisis dengan Uji Anova. Untuk lebih mempermudah melihat metode analisis yang dilakukan untuk masing-masing variabel dalam penelitian ini, maka dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4
Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku
pada Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar

A. Analisis Kesetaraan Variabel sebelum terapi diberikan			
No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia anak (data numerik)	Usia anak (data numerik)	<i>Independent sample t-test</i> (uji kesetaraan)
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)	Jenis Kelamin (data katagorik)	<i>Chi-Square</i>
3.	Pekerjaan ibu (data katagorik)	Pekerjaan ibu (data katagorik)	<i>Chi-Square</i>
4.	Pendidikan ibu (data katagorik)	Pendidikan ibu (data katagorik)	<i>Chi-Square</i>
5.	Pikiran Anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.	Pikiran Anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.	<i>Independent sample t-test</i> (uji kesetaraan)
6.	Perilaku Anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.	Perilaku Anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.	<i>Independent sample t-test</i> (uji kesetaraan)
B. Analisis Variabel Karakteristik Orangtua Terhadap Pikiran Anak			
No	Variabel Karakteristik Keluarga	Variabel Pikiran	Cara Analisis
1.	Pendidikan Orangtua (Ordinal)	Pengamatan Tanggapan Fantasi Ingatan	Anova
2.	Pekerjaan Ibu (Nominal)	Pemikiran	<i>Independent t-test</i>
C. Analisis Variabel Karakteristik Orangtua Terhadap Perilaku Anak			
No	Variabel Karakteristik Keluarga	Variabel Perilaku	Cara Analisis
1.	Pendidikan Orangtua (Ordinal)	Agresi Perusakan Kecurangan	Anova
2.	Pekerjaan Ibu (Nominal)	Pelanggaran peraturan	<i>Independent t-test</i>

D. Analisis Variabel Karakteristik Anak Terhadap Pikiran Anak

No	Variabel Karakteristik Klien	Variabel Pikiran	Cara Analisis
1.	Usia (Interval)	Pengamatan Tanggapan Fantasi Ingatan	Korelasi Regresi sederhana
2.	Jenis kelamin (Nominal)	Pemikiran	<i>Independent t-test</i>

E. Analisis Variabel Karakteristik Anak Terhadap Perilaku Anak

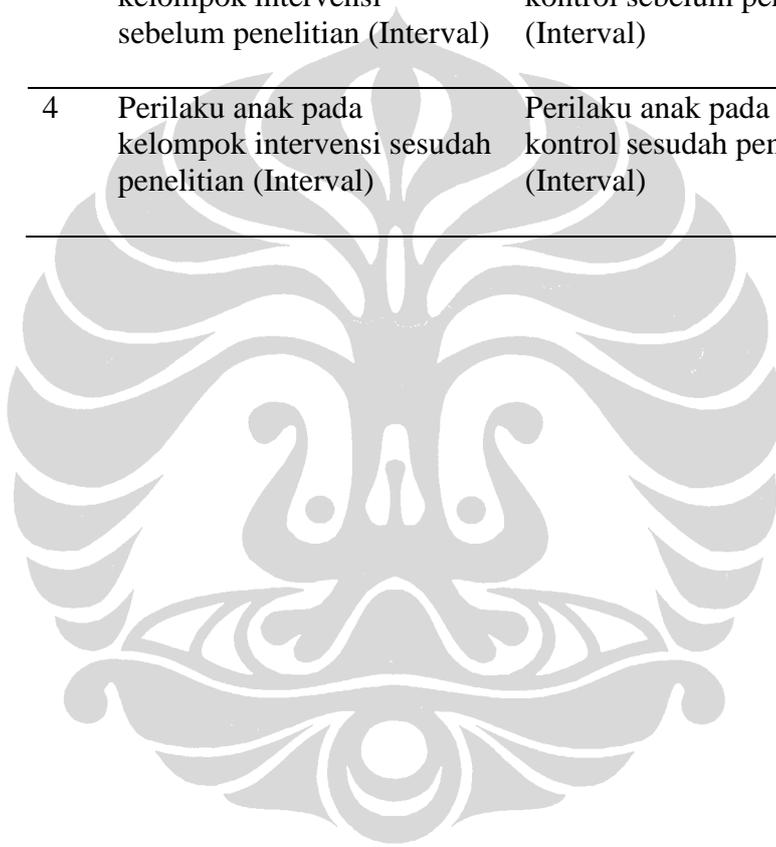
No	Variabel Karakteristik Klien	Variabel Perilaku	Cara Analisis
1.	Usia (Interval)	Agresi Perusakan Kecurangan Pelanggaran peraturan	Korelasi Regresi sederhana
2.	Jenis kelamin (Nominal)		<i>Independent t-test</i>

F. Analisis Variabel Dependen Pikiran Anak

No	Sebelum Penelitian	Sesudah Penelitian	Cara Analisis
1.	Pikiran anak pada kelompok intervensi sebelum penelitian (Interval)	Pikiran anak pada kelompok intervensi sesudah penelitian (Interval)	<i>Dependent t-test</i>
2.	Pikiran anak pada kelompok kontrol sebelum penelitian (Interval)	Pikiran anak pada kelompok kontrol sesudah penelitian (Interval)	<i>Dependent t-test</i>
3.	Pikiran anak pada kelompok intervensi sebelum penelitian (Interval)	Pikiran anak pada kelompok kontrol sebelum penelitian (Interval)	<i>Independent t-test</i>
4.	Pikiran anak pada kelompok intervensi sesudah penelitian (Interval)	Pikiran anak pada kelompok kontrol sesudah penelitian (Interval)	<i>Independent t-test</i>

G. Analisis Variabel Dependen Perilaku Anak

No	Variabel Karakteristik Klien	Variabel Kemampuan Klien	Cara Analisis
1.	Perilaku anak pada kelompok intervensi sebelum penelitian (Interval)	Perilaku anak pada kelompok intervensi sesudah penelitian (Interval)	<i>Dependent t-test</i>
2.	Perilaku anak pada kelompok kontrol sebelum penelitian (Interval)	Perilaku anak pada kelompok kontrol sesudah penelitian (Interval)	<i>Dependent t-test</i>
3.	Perilaku anak pada kelompok intervensi sebelum penelitian (Interval)	Perilaku anak pada kelompok kontrol sebelum penelitian (Interval)	<i>Independent t-test</i>
4.	Perilaku anak pada kelompok intervensi sesudah penelitian (Interval)	Perilaku anak pada kelompok kontrol sesudah penelitian (Interval)	<i>Independent t-test</i>



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan secara lengkap hasil penelitian pengaruh terapi kognitif perilaku terhadap perubahan perilaku dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok. Uraian tentang hasil penelitian ini terdiri dari karakteristik anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dan analisis variabel karakteristik anak terhadap pikiran dan perilaku anak, karakteristik ibu dengan anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dan analisis variabel karakteristik ibu terhadap pikiran dan perilaku anak serta analisis variabel pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

5.1 Karakteristik Anak dan Ibu Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar

5.1.1 Karakteristik anak

5.1.1.1 Usia Anak

a. Uji Kesetaraan Karakteristik berdasarkan Usia Anak

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test* dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia Anak pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	P value
Usia anak	Intervensi	30	11,23	11,00	0,817	0,902
	Kontrol	30	11,50	11,50	0,900	

Hasil uji statistik pada tabel 5.2. didapatkan bahwa karakteristik usia antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol memiliki varian yang sama atau setara dengan $p \text{ value} = 0,902$.

b. Karakteristik berdasarkan Usia Anak

Karakteristik usia merupakan data numerik sehingga dihitung dengan sentral tendensi (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, yang dijelaskan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Karakteristik Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar berdasarkan Usia di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia anak	Intervensi	30	11,23	11,00	0,817	10 – 13
	Kontrol	30	11,50	11,50	0,900	10 – 13
Total		60				

Pada tabel 5.1 dijelaskan bahwa rata-rata usia anak pada kelompok intervensi berusia 11,23 tahun dengan usia termuda 10 tahun dan tertua 13 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata berusia 11,5 tahun dengan usia termuda dan tertua sama dengan kelompok intervensi. Ini berarti usia antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah sama, tidak berbeda jauh yaitu antara rentang 11 sampai 13 tahun.

5.1.1.2 Jenis Kelamin

a. Uji Kesetaraan

Uji kesetaraan terhadap karakteristik jenis kelamin diantara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan menggunakan uji *Chi Square* dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Uji kesetaraan Karakteristik Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar berdasarkan Jenis Kelamin di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 30)		Kelompok kontrol (n = 30)		p value
	N	%	N	%	
1. Laki-laki	15	50	14	46,7	0,714
2. Perempuan	15	50	16	53,3	

Hasil analisis uji statistik pada tabel 5.3. menunjukkan bahwa karakteristik anak berdasarkan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kontrol secara statistik adalah setara atau memiliki varian yang sama (p value =0,714).

- b. Karakteristik jenis kelamin merupakan data kategorik sehingga dijelaskan dengan jumlah dan persentase, secara rinci pada tabel 5.4.

Tabel 5.4
Karakteristik Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar berdasarkan Jenis Kelamin di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 30)		Kelompok kontrol (n = 30)	
	N	%	N	%
1. Laki-laki	15	50	14	46,7
2. Perempuan	15	50	16	53,3

Pada tabel 5.4 terlihat bahwa pada kelompok intervensi banyaknya laki-laki dan perempuan sama banyaknya yakni masing-masing 50% sedangkan pada kelompok kontrol perempuan sebesar 53,3% dan laki-laki sebesar 46,7%. Artinya pada kelompok kontrol jumlah anak perempuan lebih banyak daripada laki-laki.

5.1.2 Karakteristik Ibu.

a. Uji Kesetaraan karakteristik berdasarkan pendidikan dan pekerjaan ibu.

Uji kesetaraan terhadap karakteristik pekerjaan dan pendidikan ibu diantara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan menggunakan uji *Chi Square* dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5

Uji Kesetaraan Karakteristik Ibu Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar berdasarkan Pendidikan dan Pekerjaan Ibu di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok (n=30)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 30)		Kelompok kontrol (n = 30)		p value
	N	%	N	%	
a. Pendidikan Ibu					
1. SD	7	23,3	8	26,7	0,467
2. SMP	5	16,7	9	30,0	
3. SMA	16	53,3	9	30,0	
4. Perguruan Tinggi	2	6,70	4	13,3	
b. Pekerjaan Ibu					
1. Bekerja	14	46,7	17	56,7	0,110
2. Tidak bekerja	16	53,3	13	43,3	

Hasil analisis uji statistik pada tabel 5.5. menunjukkan bahwa karakteristik ibu berdasarkan pendidikan ibu memiliki varian yang sama ($p=0,467$) dan pekerjaan ibu antara kelompok intervensi dan kontrol secara statistik adalah setara atau memiliki varian yang sama ($p\ value = 0,110$).

b. Karakteristik Ibu berdasarkan pendidikan dan pekerjaan ibu.

Karakteristik ibu anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar terdiri dari pekerjaan dan pendidikan terakhir ibu. Karakteristik ibu tersebut merupakan data dalam bentuk katagorik yakni menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing karakteristik tersebut dan disajikan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Distribusi frekwensi Ibu Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar berdasarkan Pendidikan dan Pekerjaan Ibu di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok (n=30)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 30)		Kelompok kontrol (n = 30)	
	N	%	N	%
a. Pendidikan Ibu				
1. SD	7	23,3	8	26,7
2. SMP	5	16,7	9	30,0
3. SMA	16	53,3	9	30,0
4. Perguruan Tinggi	2	6,70	4	13,3
b. Pekerjaan Ibu				
1. Bekerja	14	46,7	17	56,7
2. Tidak bekerja	16	53,3	13	43,3

Pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan ibu anak yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi adalah SMA (53,3%) dan pada kelompok kontrol banyaknya ibu yang pendidikan SMP dan SMA adalah sama yaitu masing-masing 30%. Artinya jika dilihat dari pendidikan ibu, sebenarnya sebaran pendidikan ibu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidaklah jauh berbeda yaitu SMA.

Status pekerjaan ibu pada kelompok intervensi yang terbanyak adalah tidak bekerja yaitu 53,3%, sedangkan kelompok kontrol adalah bekerja sebanyak 56,7%. Artinya ibu pada kelompok kontrol lebih banyak yang bekerja daripada kelompok intervensi. Oleh karena itu, ibu pada kelompok intervensi sebenarnya mempunyai lebih banyak waktu untuk berinteraksi dengan anak daripada ibu pada kelompok kontrol. Kemungkinan kualitas interaksi antar anak dan ibu kurang pada kelompok kontrol, akibatnya berdampak pada anak yang mengalami kesulitan belajar

5.2 Analisis Karakteristik Ibu dengan Pikiran Anak

5.2.1 Hubungan karakteristik pendidikan ibu dengan pikiran anak dianalisis dengan uji Anova yang dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Hubungan Karakteristik Ibu dengan Pikiran Anak berdasarkan Pendidikan Ibu di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Kelompok	Karakteristik Ibu	Pikiran anak			
		N	Mean	SD	p value
Intervensi	1. SD	7	40,57	4,237	0.496
	2. SMP	5	37,20	2,168	
	3. SMA	16	39,13	4,272	
	4.Perg.Tinggi	2	37,50	2,121	
Kontrol	1. SD	8	40,00	4,986	0.744
	2. SMP	9	39,00	4,637	
	3. SMA	9	39,00	2,739	
	4.Perg.Tinggi	4	37,25	2,363	

Analisis hubungan karakteristik pendidikan ibu dengan pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar dapat dilihat pada tabel 5.7, menunjukkan bahwa pendidikan ibu pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan pikiran anak ($p=0,496$), begitu juga dengan kelompok kontrol, menunjukkan tidak adanya hubungan antara pendidikan ibu dengan pikiran anak ($p=0,744$). Berarti pada alpha 5% tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan pikiran anak pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.2.2 Hubungan karakteristik pekerjaan ibu dengan pikiran anak dianalisis dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Hubungan Karakteristik Ibu dengan Pikiran Anak berdasarkan Pekerjaan Ibu di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Kelompok	Karakteristik Ibu	Pikiran anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Tidak bekerja	14	38,79	3,446	0,752
	2. Bekerja	16	39,25	4,374	
Kontrol	1. Tidak bekerja	17	42,59	6,404	0,202
	2. Bekerja	13	39,85	4,580	

Analisis hubungan karakteristik pekerjaan ibu dengan pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar dapat dilihat pada tabel 5.8, menunjukkan bahwa pekerjaan ibu pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan pikiran anak ($p=0,752$). Pada kelompok kontrol, juga didapat tidak ada hubungan antara status bekerja ibu dengan pikiran anak ($p=0,202$), berarti pada alpha 5% tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan pikiran anak pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Berarti status pekerjaan ibu tidak dapat dijadikan tolak ukur apakah seorang anak mengalami kesulitan belajar atau tidak. Dengan kata lain ibu yang tidak bekerja dan mempunyai waktu lebih banyak di rumah belum tentu memiliki anak yang lebih cerdas daripada anak yang ibunya bekerja di luar rumah.

5.3 Analisis Karakteristik Ibu dengan Perilaku Anak

5.3.1 Hubungan karakteristik ibu dengan perilaku anak yakni karakteristik pendidikan dianalisis dengan uji Anova yang dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Hubungan Karakteristik Ibu dengan Perilaku Anak
berdasarkan Pendidikan Ibu di SDN Kelurahan
Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Kelompok	Karakteristik Ibu	Perilaku anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. SD	7	19,29	2,289	0,300
	2. SMP	5	23,00	5,339	
	3. SMA	16	20,19	3,103	
	4.Perguruan Tinggi	2	20,50	0,707	
Kontrol	1. SD	8	20,75	3,694	0,815
	2. SMP	9	19,78	4,024	
	3. SMA	9	20,33	2,958	
	4.Perguruan Tinggi	4	21,75	2,986	

Analisis hubungan karakteristik pendidikan ibu dengan perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar dapat dilihat pada tabel 5.9. Pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa pendidikan ibu tidak ada hubungan yang bermakna dengan perilaku anak ($p=0,300$). Begitu juga dengan kelompok kontrol menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan perilaku anak. Artinya perilaku yang ditunjukkan anak baik

perilaku positif ataupun negatif tidak ada hubungannya dengan latar pendidikan ibu.

5.3.2 Hubungan karakteristik pekerjaan ibu dengan perilaku anak dianalisis dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10
Hubungan Karakteristik Ibu dengan Perilaku Anak
berdasarkan Pekerjaan Ibu di SDN Kelurahan
Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Kelompok	Karakteristik Ibu	Perilaku anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Tidak bekerja	14	20,64	3,608	0,795
	2. Bekerja	16	20,31	3,301	
Kontrol	1. Tidak bekerja	17	20,88	2,233	0,540
	2. Bekerja	13	20,31	2,840	

Analisis hubungan karakteristik pekerjaan ibu dengan perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar dapat dilihat pada tabel 5.10. Pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa status bekerja ibu tidak ada hubungan yang bermakna dengan perilaku anak ($p=0,795$). Dan pada kelompok kontrol didapatkan hasil yang sama yakni tidak terdapat hubungan antara status bekerja ibu dengan perilaku anak ($p=0,540$). Artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan perilaku anak pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Bisa juga diartikan bahwa status bekerja ibu tidak dapat menentukan perilaku yang ditampilkan oleh anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

5.4 Analisis Karakteristik Anak dengan Pikiran Anak

5.4.1 Usia Anak

Hubungan karakteristik anak dengan pikiran menurut usia dilakukan dengan analisis regresi linier sederhana yang dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11
Analisis korelasi regresi usia terhadap pikiran anak
Yang Mengalami Kesulitan Belajar di SDN Kelurahan
Pondok Cina tahun 2010 (n=60)

Karakteristik Anak	Kelompok	Pikiran anak	
		R	p value
Usia	Intervensi	0.062	0.744
	Kontrol	-0,239	0,203

Hasil analisis pada tabel 5.11 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi hubungan usia anak dengan pikiran anak menunjukkan tidak ada hubungan/hubungan yang lemah ($r=0.062$) dan berpola positif artinya semakin bertambah usia anak semakin positif pikiran anak. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia anak dengan pikiran anak pada kelompok intervensi ($p=0,744$).

Pada kelompok kontrol hubungan usia anak dengan pikiran anak juga menunjukkan tidak ada hubungan/hubungan lemah dan berpola negatif artinya semakin bertambah usia anak semakin negatif pikiran anak. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia anak dengan pikiran anak pada kelompok kontrol ($p=0,203$).

5.4.2 Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dihubungkan dengan pikiran anak dilakukan dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.12

Tabel 5.12
Hubungan Karakteristik Anak dengan Pikiran Anak
berdasarkan Jenis Kelamin di SDN Kelurahan
Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Kelompok	Karakteristik Anak	Pikiran anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Laki-laki	15	38,40	4,273	0.384
	2. Perempuan	15	39,67	3,539	
Kontrol	1. Laki-laki	14	43,14	7,378	0,123
	2. Perempuan	16	39,88	3,423	

Pada tabel 5.12 dapat dilihat bahwa pada kelompok intervensi hasil uji statistik menunjukkan tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap pikiran anak ($p=0,384$). Sedangkan pada kelompok kontrol juga menunjukkan hal yang sama, yakni tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap pikiran anak ($p=0,123$). Berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin anak dengan pikiran anak baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.5 Analisis Karakteristik Anak dengan Perilaku Anak

5.5.1 Usia Anak

Hubungan karakteristik anak dengan pikiran menurut usia dilakukan dengan analisis regresi linier sederhana yang dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13
Analisis korelasi regresi usia terhadap perilaku anak
Yang Mengalami Kesulitan Belajar di SDN Kelurahan
Pondok Cina tahun 2010 (n=60)

Karakteristik Anak	Kelompok	Perilaku anak	
		R	P value
Usia	Intervensi	-0,140	0.460
	Kontrol	-0,332	0,074

Hasil analisis pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa pola hubungan pada kelompok intervensi berpola negatif (-0,140) artinya semakin bertambah umurnya semakin negatif perilaku anak. Dan dari hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan perilaku anak ($p = 0.460$).

Pada kelompok kontrol didapat bahwa pola hubungan juga berpola negatif ($r=-0,332$) artinya bahwa semakin bertambah usia semakin negatif perilaku anak, tetapi hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia anak dengan perilaku anak ($p=0,074$).

5.5.2 Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dihubungkan dengan perilaku anak dilakukan dengan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14
Hubungan Karakteristik Anak dengan Perilaku Anak
berdasarkan Jenis Kelamin di SDN Kelurahan
Pondok Cina Depok tahun 2010 (n=60)

Kelompok	Karakteristik Anak	Perilaku anak			
		N	Mean	SD	P value
Intervensi	1. Laki-laki	15	19,93	3,150	0.398
	2. Perempuan	15	21,00	3,645	
Kontrol	1. Laki-laki	14	20,71	2,525	0,871
	2. Perempuan	16	20,56	2,529	

Pada tabel 5.14 dapat dilihat bahwa perbandingan rata-rata perilaku anak laki-laki dan perempuan pada kelompok intervensi dan kontrol tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hasil uji statistik pada kelompok intervensi menunjukkan tidak ada pengaruh jenis kelamin anak terhadap perilaku ($p=0,398$). Seperti itu juga halnya pada kelompok kontrol, hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin anak terhadap perilaku anak. Berarti perilaku yang ditampilkan oleh anak laki-laki dan

anak perempuan yang mengalami kesulitan belajar tidak memperlihatkan perbedaan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.6 Analisis Pikiran Anak

5.6.1 Analisis Kesetaraan Pikiran Anak Sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku

Tabel 5.15.
Analisis Kesetaraan Pikiran Anak Sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada kelompok intervensi dan Kelompok Kontrol

Kemampuan	Kelompok	n	Mean	SD	SE	<i>P</i> value
Pikiran	1. Intervensi	30	39,03	3,908	0,714	0,227
	2. Kontrol	30	41,40	5,763	1,052	

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.15. diatas, dapat disimpulkan bahwa pikiran anak sebelum dilakukan terapi kognitif perilaku antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara atau memiliki varian sama dimana kedua variabel tersebut memiliki *p value*=0.227.

5.6.2 Pikiran Anak Sebelum Penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Perbandingan antara pikiran anak sebelum dilakukan terapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.16
Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n =60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min Max	95%CI
Pikiran	Intervensi	30	39,03	3,908	0,714	33 48	37,57-40,49
	Kontrol	30	41,40	5,763	1,052	34 61	39,25-43,55

Tabel 5.16 memperlihatkan rata – rata pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi kognitif perilaku sebesar 39,03 nilai minimal 33 dan nilai maksimal 48, sedangkan pada kelompok kontrol rata – rata pikiran anak sebesar 41,40 dengan nilai minimal 34 dan nilai maksimal 61. Artinya rata-rata pikiran pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak berbeda jauh karena rata-ratanya berada pada rentang 95%CI.

5.6.2 Pikiran Anak Sesudah Penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.17
Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n =60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min Max	95%CI
Pikiran	Intervensi	30	37,07	1,780	0,325	33 40	36,40-37,73
	Kontrol	30	41,27	4,127	0,753	36 50	39,73-42,81

Tabel 5.17 memperlihatkan rata – rata pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku sebesar 37,07 dengan nilai minimal 33 dan nilai maksimal 40, sedangkan pada kelompok kontrol rata – rata pikiran anak sebesar 41,27 dengan nilai minimal 36 dan nilai maksimal 50. Selisih nilai pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi 4,2, artinya terdapat perbedaan pikiran pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 4,2.

5.6.3 Pikiran Anak Sebelum dan Sesudah Penelitian pada Kelompok Intervensi. Adanya perbedaan Pikiran anak sebelum dan sesudah mengikuti Terapi kognitif perilaku dilakukan dengan *dependent t-test* dan dapat dilihat pada tabel 5.18.

Tabel 5.18

Analisis Pikiran Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar Sebelum Dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi di SDN Kelurahan Pondok Cina tahun 2010

Kelompok	Pikiran	N	Mean	SD	SE	t	P-value
Intervensi	a. Sebelum	30	39,03	3,908	0,714	2,436	0,021
	b. Sesudah	30	37,07	1,780	0,325		
Selisih			1,96	2,218			

Hasil uji statistik dapat dilihat rata-rata pikiran sebelum dilakukan terapi kognitif perilaku adalah sebesar 39,03, dan sesudah dilakukan terapi ternyata berubah menjadi 37,07. Dari data ini dapat disimpulkan bahwa ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada anak yang mengalami kesulitan belajar ($p=0,021$). Pada anak yang mendapat terapi kognitif perilaku terjadi penurunan rata-rata terhadap pikiran negatif sebesar 1,96, sehingga dapat dipastikan bahwa beberapa anak mengalami perubahan terhadap pikiran sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku.

5.6.4 Pikiran Anak Sebelum dan Sesudah Penelitian pada Kelompok Kontrol.

Adanya perbedaan Pikiran anak sebelum dan sesudah mengikuti Terapi kognitif perilaku pada kelompok kontrol dilakukan dengan *dependent t-test* dan dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19

Analisis Pikiran Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar Sebelum Dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol di SDN Kelurahan Pondok Cina tahun 2010

Kelompok	Pikiran	N	Mean	SD	SE	t	P-value
Kontrol	a. Sebelum	30	41,40	5,763	1,052	0,100	0,921
	b. Sesudah	30	41,27	4,127	0,753		
Selisih			0,13	1,636			

Data memperlihatkan bahwa rata-rata pikiran sebelum dilakukan terapi adalah 41,40 dan sesudah terapi nilai rata-rata adalah 41,27, terdapat selisih nilai sebesar 0,13. Artinya, meskipun nilai selisihnya sedikit, tetapi tetap ada perubahan pikiran pada kelompok kontrol walaupun tidak diberikan terapi kognitif perilaku. Ini mungkin disebabkan karena pemberian terapi generalis yang diberikan oleh peneliti dan waktu ujian akhir sekolah yang sudah dekat sehingga anak pada saat penelitian sudah terkondisikan untuk belajar.

Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa tidak ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada kelompok kontrol ($p=0,921$).

5.7 Analisis Perilaku Anak

5.7.1 Analisis Kesetaraan Perilaku Anak Sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.20.
Analisis Kesetaraan Perilaku Anak Sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada kelompok intervensi dan Kelompok Kontrol

Kemampuan	Kelompok	n	Mean	SD	SE	<i>P value</i>
Perilaku	1. Intervensi	30	20,47	3,391	0,619	0,294
	2. Kontrol	30	20,63	2,484	0,454	

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.20. diatas, dapat disimpulkan bahwa perilaku anak sebelum dilakukan terapi kognitif perilaku antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara atau memiliki varian sama dimana kedua variabel tersebut memiliki *p value*=0,294.

5.7.2 Perilaku Anak Sebelum Penelitian pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Perbandingan antara perilaku anak sebelum dilakukan terapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.21.

Tabel 5.21
Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar sebelum dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n =60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min Max	95%CI
Perilaku	Intervensi	30	20,47	3,391	0,619	16 29	19,20-21,73
	Kontrol	30	20,63	2,484	0,454	16 26	19,71-21,56

Tabel 5.16 memperlihatkan rata – rata perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar sebelum dilakukan terapi kognitif perilaku sebesar 20,47 nilai minimal 16 dan nilai maksimal 29, sedangkan pada kelompok kontrol rata – rata perilaku anak sebesar 20,63 dengan nilai minimal 16 dan nilai

maksimal 26. Artinya rata-rata perilaku pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol hampir sama, hanya selisih 0,16.

5.7.2 Perilaku Anak Sesudah Penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.22
Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar sesudah dilakukan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di SDN Kelurahan Pondok Cina Depok tahun 2010 (n =60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min Max	95%CI
Perilaku	Intervensi	30	19,30	1,745	0,319	15 24	18,65-19,95
	Kontrol	30	20,57	2,569	0,469	16 27	19,61-21,53

Tabel 5.22 memperlihatkan rata – rata perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku sebesar 19,30 dengan nilai minimal 15 dan nilai maksimal 24, sedangkan pada kelompok kontrol rata – rata perilaku anak sebesar 20,57 dengan nilai minimal 16 dan nilai maksimal 27.

5.7.3 Perilaku Anak Sebelum dan Sesudah Penelitian pada Kelompok Intervensi.

Adanya perbedaan Perilaku anak sebelum dan sesudah mengikuti Terapi kognitif perilaku dilakukan dengan *dependent t-test* pada tabel 5.23.

Tabel 5.23
Analisis Perilaku Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar Sebelum Dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi di SDN Kelurahan Pondok Cina tahun 2010

Kelompok	Perilaku	N	Mean	SD	SE	t	P-value
Intervensi	a. Sebelum	30	20,47	3,391	0,619	2,094	0,045
	b. Sesudah	30	19,30	1,745	0,319		
Selisih			1,17	1,646			

Data dapat dilihat, rata-rata perilaku anak sebelum dilakukan terapi pada kelompok intervensi sebesar 20,47 dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku, rata-rata berubah menjadi 19,30. Artinya terjadi perubahan rata-rata perilaku sebelum dan sesudah terapi. Dan dipertegas dari hasil uji statistik yang menyimpulkan bahwa ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada anak yang mengalami kesulitan belajar ($p=0,045$). Pada anak yang mendapat terapi kognitif perilaku terjadi penurunan rata-rata terhadap perilaku negatif sebesar 1,17.

- 5.7.4 Perilaku Anak Sebelum dan Sesudah Penelitian pada Kelompok Kontrol. Adanya perbedaan Perilaku anak sebelum dan sesudah mengikuti Terapi kognitif perilaku pada kelompok kontrol dilakukan dengan *dependent t-test* dan dapat dilihat pada tabel 5.24.

Tabel 5.24

Analisis Perilaku Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar Sebelum Dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol di SDN Kelurahan Pondok Cina tahun 2010

Kelompok	Perilaku	N	Mean	SD	SE	t	P-value
Kontrol	a. Sebelum	30	20,63	2,484	0,454	0,093	0,926
	b. Sesudah	30	20,57	2,569	0,469		
Selisih			0,06	-0,085			

Data memperlihatkan bahwa rata-rata perilaku anak sebelum dilakukan terapi sebesar 20,63 dan sesudah terapi 20,57. Selisih nilai 0,06 ini mungkin akibat pemberian terapi generalis yang diberikan dan anak yang sudah terkondisi menjelang UAN. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak ada perubahan perilaku yang signifikan pada anak yang mengalami kesulitan belajar antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada kelompok kontrol ($p= 0,926$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya. Aspek yang dijelaskan adalah perbedaan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar sesudah mengikuti terapi kognitif perilaku, keterbatasan penelitian, serta implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan kepentingan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi kognitif perilaku terhadap pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar di SDN Kelurahan Pondok Cina. Mengetahui perbedaan pikiran dan perilaku anak yang mendapat terapi kognitif perilaku selama kurang lebih 7 minggu dengan pikiran dan perilaku anak yang tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku.

6.1 Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku terhadap Perubahan Pikiran Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar.

6.1.1 Pikiran Anak Sebelum dan Sesudah diberikan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan adanya perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada anak yang mengalami kesulitan belajar ($p\text{-value}=0,021$). Pada anak yang mendapat terapi kognitif perilaku terjadi penurunan rata-rata terhadap pikiran negatif sebesar 1,96. Artinya beberapa anak mengalami perubahan pikiran yang negatif menjadi positif setelah diberikan terapi kognitif perilaku.

Hasil yang didapat dari penelitian ini sejalan dengan penelitian yang sudah dilakukan oleh beberapa ahli seperti Ronen (1993, dalam Safaria, 2004) yang menyatakan terapi ini terbukti efektif pada anak yang

mengalami gangguan. Peningkatan keterampilan kognitif ternyata berhubungan dengan kesembuhan pada beberapa anak yang mengalami gangguan.

Penelitian lain yang mendukung adalah Kendall (1994) dalam penelitian yang mencari peran kognitif dalam gangguan kecemasan, hasilnya anak yang mengalami cemas lebih banyak memunculkan evaluasi diri negatif, pernyataan diri negatif dan kurang mampu menggunakan pikiran untuk mengendalikan kecemasannya. Pada penelitian tentang kognisi sosial yang dilakukan Crick & Dodge (1994) menunjukkan bahwa kemampuan kognisi sosial anak akan meningkat dengan meningkatnya kemampuan berpikir.

Sejalan dengan hal tersebut, penelitian yang dilakukan Fonseca (2008) terhadap 25 anak usia 8-11 tahun, menemukan bahwa dengan diberinya terapi kognitif pada anak dengan kesulitan akademik ternyata terjadi peningkatan terhadap kemampuan kognitif anak. Dan menyimpulkan bahwa ada kontribusi penerapan terapi kognitif dalam meningkatkan prestasi belajar anak yang mengalami kesulitan akademik di sekolah.

Terapi kognitif perilaku bertujuan untuk memelihara perilaku yang adaptif dengan memperkuat fungsi kemampuan berpikir untuk menciptakan perubahan. Terapi kognitif perilaku didasarkan pada asumsi bahwa emosi dan perilaku anak secara luas dipengaruhi oleh cara anak melihat dunianya, cara anak mempersepsi dirinya dan lingkungan sekitarnya (Beck, 1963 dalam Safaria, 2004). Kognisi anak didasarkan pada sikap atau asumsi yang dikembangkan oleh pengalaman sebelumnya (Beck, Freeman & Associates, 1990).

Pengalaman yang dimiliki anak ini akan membentuk suatu rumusan atau suatu proses sebagai sistem untuk mencapai suatu pemikiran yang positif. Proses kognitif ini menurut Baraja (2007) terdiri dari penerimaan atau

penangkapan, penyaringan, pengelolaan atau analisis dan pengungkapan. Keterangan ini sejalan dengan Baharuddin yang mengatakan bahwa pembentukan kognisi yang positif pada anak usia sekolah melalui beberapa tahapan yakni pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran.

Penerapan terapi kognitif perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar menurut asumsi peneliti dapat mempengaruhi tahapan kognisi menurut Bahruddin (2007) tersebut, yakni dengan mengajarkan anak bagaimana merubah pikiran negatif yang dilakukan khususnya pada sesi dua terapi (modifikasi kognitif). Dalam proses modifikasi kognitif anak, yang dimodifikasi mulai dari pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran anak terkait proses belajar.

Pengamatan merupakan pintu gerbang untuk masuknya pengaruh dari luar. Pengaruh tersebut didapat dari suatu proses informasi yang diterima atau ditangkap anak dari lingkungan atau stimulus yang masuk melalui panca indera dalam bentuk pendengaran, penglihatan dan perabaan. Misalnya anak yang pernah melihat teman-teman menertawakannya ataupun pernah mendengar dirinya dikatakan bodoh. Hal ini akan menjadikan pengalaman dan pembelajaran dalam diri anak dan akan diterima anak sebagai cap untuk dirinya. Dalam penerapan terapi kognitif perilaku, proses pengamatan anak ini akan diriview ulang agar tidak membentuk tanggapan yang negatif untuk anak.

Tanggapan merupakan proses setelah pengamatan selesai. Pada saat proses ini semua informasi yang masuk tidak semuanya dapat diterima anak, melainkan ada suatu penyaringan guna menyeleksi informasi yang sesuai kemampuan dan usia perkembangannya. Ada kalanya informasi tersebut disimpan karena adanya ketidaksenangan atas informasi. Misalnya anak akan menganggap dirinya memang bodoh karena pernah melihat temannya menertawakan. Apabila tanggapan anak negatif terhadap keseluruhan

proses belajar tentu akan berpengaruh terhadap hasil belajar. Oleh karenanya pada rangkaian proses terapi, anak diajarkan untuk meriview perasaan dan diajarkan cara untuk merubah tanggapan negatif tersebut menjadi positif. Apabila anak terus-menerus berada pada tanggapan negatif tersebut, anak bisa saja mengalami fantasi yang tidak mendukung untuk tugas perkembangannya (Safaria, 2004).

Fantasi didefenisikan sebagai daya untuk membentuk tanggapan-tanggapan baru dengan pertolongan tanggapan-tanggapan yang sudah ada (Dakir, 1973 dalam Baharuddin, 2007). Bisa saja anak yang sudah menganggap bahwa dia adalah anak yang bodoh akan berfantasi secara berlebihan karena tidak dapat mengikuti pelajaran. Fantasinya ini akan merugikan anak karena tidak sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Menurut Noorhana (2010) dalam Workshop CBT untuk anak, bahwa imajinasi-imajinasi menjengkelkan sering terjadi pada anak yang bermasalah. Imajinasi itu terjadi otomatis, muncul tiba-tiba, terdistorsi, tidak sesuai fakta, tidak membantu, membuat perubahan menjadi sulit, diterima begitu saja dan sangat sulit dihentikan. Fantasi-fantasi yang seperti ini pada proses terapi kognitif perilaku diklarifikasi ulang agar informasi yang salah tersebut tidak disimpan dalam ingatan anak.

Ingatan merupakan kejadian yang pernah dialami dan dimasukkan anak kedalam alam sadar anak, kemudian disimpan dan pada suatu saat ditimbulkan kembali atas kesadaran. Informasi-informasi negatif tentang anak jika disimpan terus dalam alam sadar akan membentuk suatu pemikiran. Dalam proses berpikir, anak akan menghubungkan suatu pengertian yang satu dengan yang lain untuk mendapatkan suatu kesimpulan yang diyakini anak. Keyakinan-keyakinan yang melekat pada anak sering kali tidak sesuai dengan fakta. Inilah yang disebut Hadisukanto (2010) sebagai distorsi kognitif.

Terapi kognitif perilaku diberikan kepada anak yang memiliki pemikiran-pemikiran negatif tentang dirinya. Dalam proses terapi, pemikiran dan

keyakinan anak yang salah akan dilawan secara halus dengan menawarkan pemikiran yang lebih positif sebagai alternatif. Target yang ingin dicapai adalah untuk mengubah distorsi kognitif dan cara berpikir yang salah dalam anak merespon suatu peristiwa.

Intervensi kognitif mencoba untuk menghasilkan perubahan pada anak melalui cara berpikir anak. Teknik-teknik yang diterapkan diciptakan untuk mengidentifikasi, untuk pengujian terhadap kenyataan dan mengoreksi konsep-konsep yang salah serta keyakinan-keyakinan disfungsional yang mendasari dalam aspek kognitif anak. Dengan mengevaluasi ulang dan mengoreksi pemikiran mereka, anak belajar untuk mengendalikan masalah dan situasi yang sebelumnya tidak diatasinya (Beck, Rush & Emery, 1979, dalam Safaria, 2004).

Teknik-teknik kognitif bertujuan menggambarkan dan menguji asumsi-asumsi spesifik yang salah dan maladaptif. Untuk itu anak diajarkan memantau pemikiran otomatis negatifnya, untuk memahami hubungan antara kognisi, afeksi dan perilaku. Kemudian untuk menguji bukti-bukti melawan pemikiran otomatis yang negatif, untuk membimbing anak melakukan interpretasi yang lebih realistis dan untuk membantu klien dalam belajar memahami dan mengubah keyakinan irasionalnya tersebut sebelum menimbulkan pengaruh yang negatif dalam pengalaman klien.

6.1.2 Pikiran Anak Sebelum dan Sesudah diberikan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Kontrol.

Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa tidak ada perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada kelompok kontrol ($p\text{-value } 0,000 > 0,05$). Artinya pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar jika tidak diberi intervensi tidak menunjukkan perbedaan nilai. Ini sesuai dengan rancangan penelitian yang dipilih yakni kelompok kontrol berfungsi sebagai kelompok pembanding untuk mengetahui apakah terjadi perubahan akibat eksperimen yang dilakukan.

Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Kristyaningsih (2009), hasil penelitiannya menyatakan tingkat harga diri dan kondisi depresi menurun pada kelompok intervensi bila terapi kognitif dilaksanakan secara konsisten oleh pasien secara mandiri. Sedangkan tingkat harga diri dan kondisi depresi pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku tidak menunjukkan perubahan yang signifikan. Sejalan dengan hal tersebut, penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti dalam penerapan terapi kognitif perilaku pada anak seperti Fonseca (2008), Turner (2005) dan James A (2005) menemukan bahwa kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi tidak mengalami perubahan.

Kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku, anak yang mengalami kesulitan belajar tidak diajarkan cara untuk memodifikasi pikiran negatif yang dialami dan tidak dilatih memodifikasi pikiran sehingga anak tidak mempunyai keterampilan untuk melawan pikiran-pikiran negatifnya. Hal ini menunjukkan bahwa jika tidak diberikan terapi kognitif perilaku, pemikiran anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar tidak akan berubah dengan sendirinya.

Ahli terapis kognitif perilaku meyakini bahwa anak dapat mengambil manfaat dari terapi kognitif perilaku karena anak memiliki kemampuan untuk belajar (Ronen, 1993 dalam Safaria, 2004). Dari lahir sampai mereka dewasa, anak merupakan makhluk yang memiliki kecepatan untuk mempelajari sesuatu. Mereka secara cepat dan kadang menakjubkan mampu menguasai hal-hal yang dianggap orang dewasa sulit atau belum saatnya dikuasai anak. Untuk itulah para terapis kognitif perilaku berargumen jika anak mampu belajar, tentu saja dia merupakan calon yang tepat untuk terapi kognitif perilaku. Jika anak mampu mempelajari tentang organ-organ manusia, mengapa mereka tidak mampu mengubah cara berpikir negatifnya melalui terapi kognitif perilaku?. Jika mereka mampu

mempelajari tentang mengapa air bisa mendidih, tentu saja mereka bisa memahami bagaimana pikiran mampu merubah emosi seseorang dan bagaimana emosi mereka mempengaruhi perilaku.

Piaget (1985, dalam Woolfolk, 2009) mengungkapkan bahwa anak usia sekolah sudah mampu mengembangkan pemikiran logis dan mampu melakukan penilaian terhadap sesuatu hal yang konkrit. Untuk itu penerapan terapi kognitif perilaku dapat diterapkan pada usia ini dengan mengadaptasikan prinsip-prinsip intervensi kognitif perilaku dengan tingkat perkembangan dan gaya kognitif anak, menggunakan kata-kata sederhana dan demonstrasi secara konkrit.

6.1.3 Perbedaan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Pada kelompok intervensi, pikiran anak mengalami perubahan akibat penerapan terapi kognitif perilaku seperti sudah dibahas sebelumnya. Dan pada kelompok kontrol yang seharusnya tidak ada perubahan, ternyata ada sedikit perubahan nilai tetapi tidak mempengaruhi uji statistik. Perbandingan nilai pikiran anak pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan adanya penurunan pikiran negatif sebesar 1,96 dan pada kelompok kontrol sebesar 0,13. Hal tersebut menunjukkan bahwa pikiran negatif anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dapat diturunkan dengan pemberian terapi kognitif perilaku.

Selisih nilai 0,13 pada kelompok kontrol, meskipun secara keseluruhan tidak ada perubahan yang bermakna, tetapi tetap saja ada nilai selisih walaupun sedikit. Ini tidak sejalan dengan Nasution (2007), yang mengatakan bahwa pada desain pre dan post eksperimen diharapkan kelompok eksperimen akan mengalami perubahan akibat variabel eksperimen, sebaliknya keadaan pada kelompok kontrol tidak berbeda dan tidak mengalami perubahan.

Perbedaan ini mungkin disebabkan karena pemberian terapi generalis yang diberikan oleh peneliti dan asisten peneliti pada kelompok kontrol. Pada terapi generalis anak yang memiliki pemikiran negatif diberikan terapi generalis harga diri rendah yaitu anak diajarkan untuk mengidentifikasi hal positif yang masih dimiliki anak dan mendorong anak untuk melakukan hal positif yang masih dimilikinya. Anak yang mengalami harga diri rendah akan menilai dirinya negatif. Menurut Bloch (2006), harga diri dapat diartikan sebagai pengertian nilai diri yang mendasar yang berasal dari pikiran, perasaan dan pengalaman yang dikumpulkan mengenai diri sendiri dalam kehidupan. Kesan dan penilaian ini membentuk perasaan mengenai diri sendiri, apakah anak akan merasa baik atau sebaliknya.

Pada terapi generalis, penilaian anak yang negatif terhadap dirinya diminimalkan dengan mengajarkan anak untuk memunculkan aspek positif dirinya sehingga diharapkan pikiran dan perasaan anak yang negatif dapat berkurang. Apabila pikiran dan perasaan negatif berkurang, kesan dan penilaian anak terhadap dirinya diharapkan berubah pula. Jadi menurut asumsi peneliti, penerapan terapi generalis pada kelompok kontrol ternyata memberikan sedikit perubahan pada pemikiran anak.

Kemudian selain pemberian terapi generalis, menurut peneliti adanya perubahan nilai tersebut akibat dari lingkungan sekolah anak yang sudah terkondisikan untuk suasana ujian akhir. Karena pada saat penelitian, waktu ujian akhir nasional (UAN) untuk anak kelas VI sudah dekat. Pada saat penelitian pihak sekolah sedang memberikan bimbingan belajar pada anak-anak yang mengalami kesulitan belajar. Pendapat peneliti ini sejalan dengan Djamarah (2008), yang mengatakan pemberian bantuan kepada anak didik yang mengalami kesulitan belajar diharapkan mampu meningkatkan pemikiran anak terkait proses belajar.

Seperti diketahui, lingkungan sekolah mempunyai peranan penting dalam mengubah pikiran anak. Di sekolah anak akan mendapatkan bimbingan,

pengajaran dan pelatihan yang membantu dalam mengembangkan potensi dasar yang dimilikinya. Pengaruh sekolah untuk membentuk pengenalan diri, pengertian diri dan konsep diri pada anak sangat besar. Dalam sekolah anak mendapat kesempatan untuk meraih suatu keberhasilan, kesempatan untuk nilai dirinya atas kemampuannya secara realitas. Bentuk usaha-usaha yang dapat dilakukan sekolah adalah bimbingan belajar individual, belajar kelompok, remedial teaching, bimbingan pribadi untuk masalah psikologis dan bimbingan cara belajar yang baik (Djamarah,2008).

Program bimbingan dan penyuluhan mempunyai andil yang besar dalam keberhasilan belajar anak didik di sekolah. Tidak semua anak lepas dari masalah kesulitan belajar. Bervariasinya nilai kuantitatif di rapor anak sebagai bukti bahwa tingkat penguasaan bahan pelajaran oleh anak bermacam-macam. Bantuan mutlak diberikan kepada anak yang bermasalah agar mereka dapat mengikuti proses belajar mengajar.

Pada kelompok intervensi, selain bimbingan belajar dari pihak sekolah, anak juga menerima bimbingan pribadi untuk masalah psikologis yakni pemberian terapi generalis dan terapi kognitif perilaku yang telah dilakukan oleh peneliti. Oleh karenanya perubahan pada pikiran anak lebih signifikan dibandingkan pada kelompok kontrol yang hanya mendapat bimbingan belajar dan terapi generalis.

6.2 Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku terhadap Perubahan Perilaku Anak yang Mengalami Kesulitan Belajar.

6.2.1 Perilaku Anak Sebelum dan Sesudah diberikan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Intervensi.

Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan adanya perubahan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada anak yang mengalami kesulitan belajar ($p=0,045$). Pada anak yang mendapat terapi kognitif perilaku terjadi penurunan rata-rata terhadap perilaku negatif sebesar 1,17. Artinya setelah anak pada kelompok

intervensi diberikan terapi kognitif perilaku, ternyata ada perubahan perilaku anak ke arah yang lebih adaptif.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2009), yang menyatakan ada hubungan antara pemberian terapi kognitif perilaku dengan perilaku kekerasan pada klien. Hal ini didukung oleh Kazdin (1988, dalam Safaria, 2004) yang menyatakan adanya hubungan pemberian terapi kognitif perilaku pada anak dengan perilaku anak. Menurutnya gangguan tingkah laku dimulai dengan kurangnya keterampilan anak dalam pemecahan masalah, kurangnya keterampilan generalisasi, kurangnya penalaran sosial dan adanya interpretasi yang salah dari situasi sosial.

Penelitian-penelitian terkait seperti yang dilakukan oleh Turner (2005) juga sejalan dengan hal tersebut, penerapan terapi kognitif perilaku yang dilakukan pada anak yang mengalami gangguan obsesif kompulsif ternyata mempunyai pengaruh terhadap perilaku yang ditampilkan. Wilson & Sysko (2006) melakukan terapi kognitif juga pada anak dengan *bulimia nervosa*, dan hasilnya ternyata penerapan terapi kognitif perilaku efektif dalam menurunkan perilaku terkait gangguan makan yang dialami anak.

Lazarus dan Folkman (1984, dalam Sunberg, et al, 2007) juga sependapat tentang hal ini, beliau mengatakan bahwa aktivitas kognitif mempengaruhi perilaku, menurutnya penilaian kognitif tentang berbagai kejadian dapat mempengaruhi respons terhadap kejadian-kejadian tersebut. Oleh karenanya penerapan terapi kognitif perilaku sangat ideal dipergunakan untuk membentuk suatu perilaku yang diharapkan.

Terapi kognitif perilaku khususnya pada sesi terapi perilaku mengajarkan anak bagaimana untuk merubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan merubah pemikiran anak. Kognisi merupakan sumber terpenting yang menentukan gangguan perilaku, oleh karenanya sebelum

menyusun rencana perilaku, terlebih dahulu memodifikasi pemikiran. Menurut Hughes (1988, dalam Safaria, 2004) tiga asumsi yang mendasari pendekatan terapi kognitif perilaku dapat diterapkan pada anak yang mengalami gangguan perilaku adalah pertama; pikiran, imajinasi, persepsi dan fungsi kognitif lainnya akan mempengaruhi perilaku. Asumsi kedua; anak merupakan partisipan yang aktif dalam proses belajarnya dan ketiga; konstruk kognitif yang digunakan untuk tujuan perubahan perilaku berdasarkan studi empiris.

Perilaku-perilaku yang ditunjukkan anak yang mengalami kesulitan belajar pada penelitian ini dikelompokkan dalam 4 area yaitu agresi, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan. Perilaku-perilaku tersebut merupakan gangguan yang umum terjadi pada anak-anak. Anak yang agresif kesulitan dalam kemampuan kognisi sosial, keterampilan sosial dan kesulitan penyesuaian diri. Untuk itu dalam terapi kognitif perilaku anak-anak yang agresif diajarkan bagaimana mampu melihat peran dan sudut pandang orang lain untuk memahami persepsi, pikiran, dan perasaan orang lain. Mengatasi anak yang agresif tidak saja terbatas pada melatih anak keterampilan pemecahan masalah, tetapi juga menumbuhkan keterampilan sosial dan latihan sikap asertif.

Pada terapi kognitif perilaku, anak diajarkan untuk dapat mengidentifikasi masalah, memunculkan alternatif solusi untuk masalah, mengevaluasi alternatif solusi yang ada dengan melihat hasil yang ingin dicapai, meningkatkan sensitivitas anak terhadap munculnya rangsangan kemarahan, mengajarkan anak mengontrol emosi, memberikan tehnik modeling dan terakhir adalah bagaimana anak mampu menyatukan berbagai keterampilan untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Keterampilan anak berupa perubahan perilaku menjadi adaptif harus diberikan reward sehingga diharapkan terjadi pengulangan terhadap perilaku tersebut. Ini sesuai dengan teori belajar yang mengasumsikan

bahwa perilaku manusia akan diperoleh melalui pengkondisian. Sebagaimana B.F. Skinner membedakan antara “*respondent behaviour*” dengan “*operant behaviour*”. Pada “*respondent behaviour*” menunjukkan bahwa anak merespon apabila adanya suatu stimulus yang diberikan padanya. Jika tidak ada stimulus maka anak tidak akan merespon. Dapat dikatakan bahwa anak akan merespon secara refleks atas stimulus yang diterima. Misalnya anak akan belajar apabila dilakukan stimulus bisa berupa hadiah atau hukuman (Baraja, 2008).

“*Operan behaviour*” menunjukkan bahwa segala sesuatu yang menyenangkan akan direspon kembali, sedangkan respon yang tidak menyenangkan akan ditinggalkan atau tidak diulang kembali. Misalnya anak dijanjikan sesuatu yang menyenangkan, maka anak melakukan perilaku tersebut, kemudian berikutnya akan melakukan kembali. Seperti siapa yang mengerjakan PR akan diberi pensil, maka anakpun melakukan dengan giatnya, karena dia berharap akan mendapat pensil.

Begitu juga dalam penerapan terapi kognitif perilaku ini, anak diberikan konsekwensi positif – konsekwensi negatif atas perilaku baru adaptif yang sudah dilakukannya. Sehingga perilaku anak yang semula maladaptif dapat berubah menjadi lebih adaptif.

6.2.2 Perilaku Anak Sebelum dan Sesudah diberikan Terapi Kognitif Perilaku pada Kelompok Kontrol

Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak ada perubahan perilaku yang signifikan pada anak yang mengalami kesulitan belajar antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kognitif perilaku pada kelompok kontrol ($p=0,926$). Hal ini sejalan dengan Arikunto (2006) yang menyatakan bahwa pada penelitian Quasi Eksperimen, kondisi pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan.

Tidak adanya perubahan ini, dikarenakan oleh kelompok kontrol tidak mendapatkan terapi kognitif perilaku, sehingga tidak diajarkan beberapa kemampuan seperti yang diajarkan pada kelompok intervensi. Kemampuan tersebut mencakup kemampuan mengidentifikasi masalah, memunculkan alternatif solusi untuk masalah, mengevaluasi alternatif solusi yang ada dengan melihat hasil yang ingin dicapai, meningkatkan sensitivitas anak terhadap munculnya rangsangan kemarahan, mengajarkan anak mengontrol emosi, memberikan teknik modeling dan terakhir adalah bagaimana anak mampu menyatukan berbagai keterampilan untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Sehingga proses pembelajaran terhadap kemampuan untuk mencari perilaku baru yang adaptif tidak terjadi.

Menurut Fauziah (2009), untuk mengubah perilaku seseorang perlu diberi stimulus. Stimulus yang diberikan pada penelitian ini berupa pemberian terapi kognitif perilaku, khususnya pada sesi modifikasi perilaku. Pada sesi modifikasi perilaku anak diajarkan untuk merubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku baru yang lebih adaptif dengan pemberian reinforcement. Seseorang yang mempelajari perilaku baru, kecil kemungkinan untuk mempertahankan perilaku tersebut tanpa adanya reinforcement (Ollendick, Dailey & Shapiro, 1983).

Penelitian yang mencari hubungan antara terapi kognitif perilaku dengan perilaku hidup sehat yang dilakukan oleh Michie (2005) terbukti berhubungan. Dia mengatakan terapi kognitif perilaku ternyata efektif untuk mengubah perilaku hidup sehat. Sejalan dengan hal tersebut, Queensland health (2007) menyatakan bahwa pendekatan psikoterapi yang paling banyak diterapkan dan terbukti efektif dalam mengatasi berbagai gangguan termasuk perilaku seperti marah, masalah keluarga dan kerusakan personality adalah terapi kognitif perilaku.

Menurut Meichenbaum (1977, dalam Sunberg et al (2007), dalam terapi kognitif perilaku, perubahan perilaku terjadi dalam beberapa tahap. Di awal sesi, anak diminta untuk mendengarkan dialog internal dan mengenali karakteristik pernyataan negatif yang ada pada diri anak sehingga menimbulkan perilaku maladaptif. Setelah anak belajar untuk mengenali perilaku menyimpangnya, mereka mulai mencari kesempatan untuk mengubah alternatif perilaku adaptif (tingkah laku yang tidak menyimpang). Dan terakhir anak diajarkan untuk mengatasi masalah yang secara praktis dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

6.2.3 Perbedaan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Pada kelompok intervensi terjadi penurunan perilaku negatif secara bermakna setelah dilakukan terapi kognitif perilaku seperti yang telah dibahas. Untuk kelompok kontrol dari data dapat dilihat rata-rata perilaku anak sebelum dilakukan terapi sebesar 20,63 dan sesudah terapi 20,57, selisih nilai sebesar 0,06. Perbandingan nilai perilaku anak pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan adanya penurunan perilaku negatif sebesar 1,17 dan pada kelompok kontrol sebesar 0,06.

Selisih nilai sebesar 0,06 pada kelompok kontrol seharusnya tidak terjadi, tetapi menurut asumsi peneliti hal ini bisa saja terjadi karena alasan yang hampir sama dengan pikiran anak pada kelompok kontrol. Adanya sedikit perubahan pada perilaku anak mungkin akibat pemberian terapi generalis. dan motivasi anak untuk berprestasi menjelang ujian akhir sekolah.

Menurut Nasution (1993, dalam Djamarah, 2008) motivasi adalah kondisi psikologis yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Jadi motivasi untuk belajar adalah kondisi psikologis yang mendorong seseorang untuk belajar. Penemuan-penemuan penelitian menunjukkan bahwa hasil belajar pada umumnya meningkat jika motivasi belajar

bertambah. Hal ini dipandang masuk akal, karena seperti dikemukakan Purwanto(1995, dalam Djamarah, 2008) bahwa banyak bakat anak tidak berkembang karena tidak diperolehnya motivasi yang tepat. Bahkan menurut Slameto (1991) seringkali anak didik yang tergolong cerdas tampak bodoh karena tidak memiliki motivasi untuk mencapai prestasi.

Motivasi yang mendorong anak untuk belajar menurut Frandsen (1961 dalam Suryabarata, 2008) disebabkan beberapa hal yakni adanya sifat ingin tahu dan ingin menyelidiki dunia yang lebih luas, adanya sifat kreatif yang ada pada manusia dan keinginan untuk selalu maju, adanya keinginan untuk mendapat simpati dari orangtua, guru dan teman, adanya keinginan untuk mendapatkan rasa aman dan adanya ganjaran atau hukuman sebagai akhir dari proses belajar.

Menurut asumsi peneliti, terjadinya sedikit perubahan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok kontrol disebabkan karena adanya keinginan anak untuk mendapat simpati dari orangtua yakni ingin menyenangkan orangtua dengan perilaku dan nilai yang baik. Kemudian anak juga ingin mendapatkan rasa aman dengan lulus ujian atau naik kelas. Dan terakhir menurut asumsi peneliti, anak tidak ingin mendapat hukuman seperti tidak lulus pada Ujian Akhir Nasional.

6.3 Hubungan Karakteristik dengan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

6.3.1 Hubungan Karakteristik Usia Anak dengan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

Rata-rata usia anak pada kelompok intervensi berusia 11,23 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata berusia 11,5 dengan usia termuda 10 tahun dan tertua 13 tahun baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Data ini menunjukkan bahwa semua anak yang diteliti masuk dalam masa intelektual yaitu masa keserasian bersekolah. Menurut

Suryabrata (2004), pada usia ini telah timbul kesulitan-kesulitan dalam belajar karena adanya persiapan untuk sekolah lanjutan. Beberapa sifat khas yang ada pada masa ini adalah adanya perhatian kepada kehidupan praktis yang kongkrit, amat realistik, ingin tahu, ingin belajar dan telah ada minat terhadap mata pelajaran tertentu.

Uji statistik yang bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara usia anak tersebut dengan pikirannya telah dilakukan dan hasilnya pada kelompok intervensi hubungan usia anak dengan pikiran anak menunjukkan tidak ada hubungan/hubungan yang lemah ($r=0.062$) dan berpola positif artinya semakin bertambah usia anak semakin positif pikiran anak. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia anak dengan pikiran anak pada kelompok intervensi ($p=0,744$). Artinya usia anak tidak menentukan apakah anak memiliki pikiran negatif yang membuat anak mengalami kesulitan belajar atau tidak.

Pada kelompok kontrol hubungan usia anak dengan pikiran anak juga menunjukkan tidak ada hubungan/hubungan lemah dan berpola negatif artinya semakin bertambah usia anak semakin negatif pikiran anak atau dengan kata lain anak yang usianya lebih besar ternyata mempunyai pikiran yang lebih negatif dibandingkan anak yang lebih kecil. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia anak dengan pikiran anak pada kelompok kontrol ($p=0,203$).

Hal ini tidak sejalan dengan Djamarah (2008), yang mengatakan bahwa ada hubungan yang erat antara prestasi belajar dengan usia dan tingkat kematangan anak. Dia mengatakan umur mental akan mempengaruhi kapasitas mentalnya. Kapasitas mental anak menentukan prestasi belajarnya.

Perbedaan pola hubungan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, menurut asumsi peneliti disebabkan perbedaan karakter dan

intelegensi yang dimiliki anak. Menurut Baharuddin (2007), pada hakikatnya setiap individu pada suatu situasi tertentu akan melakukan sesuatu yang berbeda dengan sikap-sikapnya. Manusia termasuk didalamnya anak usia sekolah sangat berbeda satu sama lain, baik dalam hal berpikir, sikap, perasaan dan gerak-geriknya.

Asumsi peneliti bahwa adanya perbedaan intelegensi pada anak sejalan dengan Slameto (1991, dalam Djamarah, 2008) yang mengungkapkan bahwa intelegensi anak merupakan potensi bawaan yang sering dikaitkan dengan berhasil tidaknya anak belajar di sekolah. Dengan kata lain, intelegensi dianggap sebagai faktor yang menentukan berhasil tidaknya anak di sekolah. Jadi menurutnya usia tidak berpengaruh, akan tetapi yang terpenting adalah intelegensi anak tersebut. Pernyataan ini memang beralasan, karena pada kasus-kasus tertentu sering ditemukan bahwa anak dengan intelegensi yang rendah cenderung mengalami pemikiran yang kurang sehingga mempengaruhi proses belajar.

6.3.2 Hubungan Karakteristik Jenis Kelamin dengan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap pikiran anak ($p=0,384$). Sedangkan pada kelompok kontrol juga menunjukkan hal yang sama, yakni tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap pikiran anak ($p=0,123$). Berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pikiran antara anak yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil ini bertentangan dengan pendapat Baharuddin (1996, dalam Sasmita, 2007), menurutnya jenis kelamin didefinisikan dengan ciri-ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda sehingga jenis kelamin mempengaruhi cara berpikir seseorang. Senada dengan hal tersebut,

Soetjiningsih (1995), menyebutkan faktor keluarga yang dapat mempengaruhi perkembangan anak adalah jenis kelamin. Menurutnya jenis kelamin dalam keluarga bisa saja mempengaruhi pikiran pada anak. Pada masyarakat tradisional, wanita mempunyai status yang lebih rendah dibandingkan laki-laki, sehingga dalam segala hal termasuk kesempatan belajar lebih diutamakan laki-laki.

Hasil yang didapat dari uji statistik mengatakan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan pikiran anak. Berarti hasil ini tidak sejalan dengan yang diungkapkan Soetjiningsih (1995) tersebut. Peneliti pun tidak sependapat dengan hal tersebut, karena responden yang diambil oleh peneliti berdomisili di Depok yang menurut peneliti tidak bisa disebut sebagai masyarakat tradisional.

Kesulitan belajar tidak hanya dipengaruhi oleh satu hal saja, melainkan ada banyak faktor yang mempengaruhinya. Menurut Cooney, Davis & Henderson (1975, dalam Fadjar, 2007), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemikiran anak dalam proses belajar adalah faktor fisiologis, faktor sosial, faktor kejiwaan, faktor intelektual dan faktor kependidikan. Dalam penelitian ini tidak semua faktor dikontrol sehingga kemungkinan lain yang dapat menyebabkan kesulitan belajar tersebut tidak dapat dipastikan.

6.3.3 Hubungan Karakteristik Pendidikan Ibu dengan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

Data menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan orangtua anak yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi adalah SMA (53,3%) dan pada kelompok kontrol banyaknya ibu yang pendidikan SMP dan SMA adalah sama yaitu masing-masing 30%. Artinya ibu yang anaknya mengalami kesulitan belajar sebenarnya tidak bisa dikatakan berpendidikan rendah, justru jenjang pendidikan SMA jika dilihat pada kondisi Indonesia saat ini sudah bisa dikatakan cukup tinggi.

Analisis hubungan karakteristik pendidikan orangtua dengan pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar, menunjukkan bahwa pendidikan ibu pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan pikiran anak ($p=0,496$), begitu juga dengan kelompok kontrol, menunjukkan tidak adanya hubungan antara pendidikan ibu dengan pikiran anak ($p=0,744$). Berarti pada alpha 5% tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata pikiran anak antara ibu yang tamatan SD, SMP, SMA maupun perguruan tinggi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil ini tidak sejalan dengan Soetjningsih (2003) yang mengatakan pendidikan ibu merupakan faktor yang sangat penting dalam mendidik anak karena dengan pendidikan yang baik maka ibu dapat menjaga kesehatan anak dengan baik sehingga proses belajar anak berjalan dengan baik pula. Hal senada diungkapkan oleh Siagian (1995), menurutnya semakin tinggi pendidikan maka semakin besar kemungkinan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Dipertegas lagi oleh penelitian yang dilakukan oleh Herni (2009), hasil penelitiannya menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan prestasi belajar anak.

Hal seperti ini mungkin saja terjadi, pada responden yang diambil peneliti walaupun pendidikan ibu baik, belum tentu ibu mengetahui segala informasi tentang cara mengasuh dan mendidik anak dengan benar. Bisa saja ibu sudah memberikan semua kebutuhan biologis anak seperti makanan yang sehat dan bergizi tetapi melupakan kebutuhan intelektual dan sosialisasi. Baraja (2008) mengungkapkan bahwa selain memenuhi kebutuhan biologi anak, seorang ibu juga harus memenuhi fungsi intelektual anak. Fungsi intelektual yang dimaksud adalah memberikan pengembangan kognitif anak sehingga menjadikan anak sebagai anak yang penuh berpikir dan memahami segala yang terjadi. Mengembangkan

kognitif merupakan upaya orangtua untuk menjadikan anak mandiri serta dapat menyelesaikan masalahnya sendiri. Dengan berkembangnya kognitif maka anak menjadi matang dalam menghadapi berbagai permasalahan dalam kehidupan, sehingga dia akan menjadi dirinya sendiri tanpa ketergantungan pada orang lain.

Pendapat seperti ini dikuatkan oleh Najafi dan Khalfan (2006), yang mengatakan bahwa terdapat dua tipe pendidikan di dalam rumah yaitu fisik dan intelektual (mental). Pendidikan fisik meliputi cara dan perangkat membesarkan dan memenuhi kebutuhan pangan anak sedangkan pendidikan intelektual (mental) meliputi pengembangan kebajikan dan perkembangan kualitas pengetahuan (wawasan). Orangtua yang bijak pasti akan serius memikirkan pertumbuhan anak-anaknya, untuk itu orangtua tidak seharusnya memberikan pendidikan fisik saja tetapi juga memberikan pendidikan intelektual yang dimilikinya untuk anak.

Para ahli seperti Cooney, Davis & Henderson (1975, dalam Fadjar, 2007) juga mengemukakan bahwa selain faktor sosial (termasuk didalamnya pendidikan ibu), ada banyak hal lagi yang dapat menentukan keberhasilan anak dalam belajar diantaranya faktor fisiologis, faktor intelektual, faktor kependidikan dan faktor psikologis. Faktor fisiologis misalnya anak yang sakit-sakitan, tidak makan pagi dan kurang baik pendengaran. Faktor intelektual adalah tingkat kecerdasan anak, faktor kependidikan mencakup belum mantapnya lembaga pendidikan secara umum dan faktor psikologis adalah kondisi kejiwaan anak pada saat menerima pelajaran.

Freud (1961 dalam Suryabrata, 2008) menekankan faktor psikologis ini, karena belajar pada hakikatnya adalah proses psikologis. Oleh karena itu, semua keadaan dan fungsi psikologis tentu saja mempengaruhi belajar seseorang. Faktor psikologis sebagai faktor dari dalam tentu saja merupakan hal yang utama dalam menentukan intensitas belajar seorang anak. Meski faktor luar mendukung, tetapi faktor psikologis tidak

mendukung maka faktor luar itu akan kurang signifikan. Oleh karena itu minat, bakat, motivasi dan kemampuan-kemampuan kognitif adalah faktor-faktor yang mempengaruhi proses dan hasil belajar anak didik.

6.3.4 Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Pikiran Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

Analisis hubungan karakteristik pekerjaan orangtua dengan pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar menunjukkan bahwa pekerjaan ibu pada kelompok intervensi tidak ada hubungan yang bermakna dengan pikiran anak ($p=0,752$). Pada kelompok kontrol, juga didapat tidak ada hubungan antara status bekerja ibu dengan pikiran anak ($p=0,202$), berarti pada alpha 5% tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata pikiran anak antara ibu yang bekerja dan tidak bekerja baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Berarti status pekerjaan ibu tidak dapat dijadikan tolak ukur apakah seorang anak mengalami kesulitan belajar atau tidak. Dengan kata lain ibu yang tidak bekerja dan mempunyai waktu lebih banyak di rumah belum tentu memiliki anak yang lebih cerdas daripada anak yang ibunya bekerja di luar rumah.

Jika ditinjau beberapa literatur, banyak yang menyebutkan bahwa ibu yang memiliki lebih banyak waktu di rumah akan memiliki anak yang lebih cerdas, salah satunya Suryabrata (2008). Pendapat seperti ini tidaklah salah, tetapi menurut asumsi peneliti ibu-ibu yang tidak bekerja dalam penelitian ini belum tentu memberikan waktu yang berkualitas untuk anaknya meskipun si ibu tidak bekerja. Karena sebagaimana kita ketahui kualitas interaksi antara anak dan orangtua sangatlah penting.

Interaksi timbal balik antar anak dan orangtua khususnya ibu, akan menimbulkan keakraban dalam keluarga. Anak akan terbuka kepada orangtuanya, sehingga komunikasi bisa dua arah dan segala permasalahan dapat dipecahkan bersama karena adanya kepercayaan antara orangtua dan anak. Interaksi tidak ditentukan oleh seberapa lama kita bersama anak.

Tetapi lebih ditentukan oleh kualitas dari interaksi tersebut yaitu pemahaman terhadap kebutuhan masing-masing dan upaya optimal untuk memenuhi kebutuhan tersebut yang dilandasi oleh rasa saling menyayangi.

Menurut Baraja (2008), pemberian kasih sayang dan pola asuh yang baik merupakan faktor yang kondusif dalam mempersiapkan anak menjadi pribadi sehat yang mempunyai pikiran positif. Dan sebaliknya, apabila orangtua salah dalam mengasuh anak maka kemungkinan anak akan mempunyai pribadi yang tidak sehat serta memiliki pikiran-pikiran yang negatif yang dapat mengakibatkan gangguan perkembangan psikososial.

Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan Sardi (2005). Dalam penelitiannya dia menemukan pola asuh orangtua yang salah berefek terhadap perkembangan psikososial anak. Dari hasil penelitiannya anak yang tumbuh dalam keluarga dengan pola asuh yang salah mengalami gangguan psikososial yang ditandai dengan prestasi belajar dan gangguan perilaku. Prestasi belajar biasanya terlihat dari nilai yang selalu rendah dan tidak stabil.

6.4 Hubungan Karakteristik dengan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

6.4.1 Hubungan Karakteristik Usia dengan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

Hasil analisis menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi tidak terdapat hubungan/hubungan yang lemah antara usia anak dengan perilaku ($r=-0,140$) dan berpola negatif. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada pengaruh yang signifikan antara usia dengan perilaku anak ($p = 0.460$).

Pada kelompok kontrol didapat bahwa ada hubungan sedang antara usia anak dengan perilaku anak ($r=-0,332$) dan berpola negatif juga. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia anak dengan perilaku anak ($p=0,074$).

Dari data tersebut di atas, baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol tidak terdapat hubungan antara usia anak dengan perilaku anak. Tetapi didapatkan hasil korelasi yang negatif artinya semakin bertambah umurnya semakin negatif perilaku anak atau dengan kata lain perilaku negatif lebih banyak ditunjukkan oleh anak-anak yang usianya lebih besar. Djaali (2008) sependapat tentang hal ini, menurutnya seorang anak yang lebih besar tidak bersifat statis dalam pergaulannya, karena ia dirangsang oleh lingkungan sosial dan kebiasaan-kebiasaan kelompok dimana ia sebagai salah satu anggotanya. Perilaku akan berubah seiring dengan perubahan lingkungannya. Pada anak yang lebih besar, pendidikan formal bukan hanya menambah kesempatan untuk meningkatkan perkembangannya sosialnya, tetapi juga akan menimbulkan kemampuan untuk menyesuaikan diri, sehingga dapat mendorong untuk berperilaku.

Pada anak yang berumur 6-10 tahun masih mengalami kebingungan karena taraf kemampuan menyesuaikan diri berbeda dengan pengalaman yang diterima sebelumnya. Tetapi sejak umur 11-14 tahun, kelompoknya akan semakin luas dan relatif terorganisasi. Pada masa inilah ada istilah *gang* yang dibentuk dalam kelompok yang masing-masing diberi nama sandi, ada peraturan anggota, tempat bertemu, pimpinan yang diakui dan tujuan yang spesifik. Dengan demikian, rasa kesatuan kelompoknya semakin kuat. Anak-anak ini merasa bebas bila berada dalam kelompoknya, juga tunduk dengan pimpinan kelompok tersebut, sehingga ia akan menyesuaikan perilakunya. Apabila ternyata kelompoknya memiliki perilaku-perilaku yang negatif, maka anak pada usia ini akan mengikuti kelompoknya tersebut karena rasa kesatuan kelompoknya yang kuat.

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam

mekanisme koping. Bila dilihat dari karakteristik usia anak dalam penelitian ini, maka termasuk dalam katagori usia sekolah. Pada usia tersebut tugas perkembangannya dalam sosialisasi dan berperilaku adalah mempunyai rasa bersaing, senang berkelompok dengan teman sebaya dan berperan dalam kelompok. Sedangkan penyimpangan perilaku yang mungkin terjadi adalah tidak mengerjakan tugas sekolah, membangkang pada orangtua, tidak ada kemauan untuk bersaing, terkesan malas, tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok dan memisahkan diri dari lingkungan.

6.4.2 Hubungan Karakteristik Jenis Kelamin dengan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar

Hasil uji statistik pada kelompok intervensi menunjukkan tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap perilaku ($p=0,398$). Seperti itu juga halnya pada kelompok kontrol, hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin terhadap perilaku anak. Berarti perilaku yang ditampilkan oleh anak laki-laki dan anak perempuan yang mengalami kesulitan belajar tidak memperlihatkan perbedaan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Data ini tidak sejalan dengan kriteria DSM IV yang menyatakan bahwa gangguan perilaku lebih sering terjadi pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan dengan perbandingan 9:2 (American Psychiatric Association, 1994). Menurut ini disebabkan karena kemampuan anak perempuan dalam kontrol dirinya lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Menurut asumsi peneliti, perbedaan ini mungkin saja terjadi karena perilaku yang ditampilkan anak dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya faktor keturunan, lingkungan keluarga, lingkungan sekolah dan lingkungan teman sebaya.

Pada anak usia sekolah lingkungan teman sebaya sangat berperan penting, karena mempunyai kesamaan dalam perasaan, pikiran dan tingkah laku.

Antara satu anak dengan anak yang lain saling mengerti dan memahami. Komunikasi dengan teman sebaya, terdapat interaksi yang nyata dan saling menanggapi tanpa ada perintah dan tekanan, sama-sama mempunyai kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya dan teman sebaya melakukan pola tingkah laku yang tidak meminta anak untuk mengikuti dan melakukannya. Terjalannya hubungan sosial pada teman sebaya akan saling mempengaruhi sehingga pada tahapan tertentu anak akan mengadakan imitasi pada teman sebayanya seperti perkataan dan tingkah laku.

6.4.3 Hubungan Karakteristik Pendidikan Ibu dengan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

Analisis hubungan karakteristik pendidikan orangtua dengan perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa pendidikan ibu tidak ada hubungan yang bermakna dengan perilaku anak ($p=0,300$). Begitu juga dengan kelompok kontrol menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan perilaku anak. Artinya perilaku yang ditunjukkan anak baik perilaku positif ataupun negatif tidak ada hubungannya dengan latar pendidikan ibu, apakah si ibu tamatan SD, SMP, SMA ataupun Perguruan tinggi.

Hasil ini hampir sama dengan hubungan pendidikan dengan pikiran anak yang sudah dibahas. Menurut asumsi peneliti walaupun pendidikan ibu baik, belum tentu kepribadian ibu juga baik. Karena kepribadian seseorang dapat dilihat dari perilakunya. Kepribadian ibu yang terbuka tentu pengaruhnya berbeda terhadap perilaku anak, bila dibandingkan dengan mereka yang kepribadiannya tertutup.

Segala perbuatan dan tindak tanduk ibu akan diikuti anak sebagai imitasi dan kemungkinan menjadi suatu contoh untuk bertingkah laku dalam kehidupan anak. Menurut teori Bandura (1977, dalam Baraja, 2008) bahwa

tingkah laku dapat dipelajari melalui “melihat” saja. Bandura mengadakan eksperimen dengan sekelompok anak yang diperlihatkan film. Dalam film tersebut ada orang dewasa (modelnya) berbuat sangat agresif terhadap sebuah boneka, kelompok anak yang lain (kelompok kontrol) tidak melihat film tersebut. Kedua kelompok tadi masing-masing dimasukkan ke dalam ruangan yang sama dan diberi boneka yang sama. Kemudian dilihat apakah sikap agresif model dalam film tersebut ditirukan atau tidak. Hasilnya, kelompok anak yang melihat tingkah laku agresif tadi juga melakukan tingkah laku agresif persis seperti apa yang dilihatnya.

Dilihat dari hasil penelitian Bandura(1977) tersebut, jelas sekali bahwa orangtua khususnya ibu sangat besar pengaruhnya terhadap perilaku anak. Ibu dalam hal ini merupakan model peran, sehingga perilaku yang ditampilkan oleh ibu dalam keluarga akan dicontoh oleh anak. Jadi bisa disimpulkan bahwa perilaku anak yang baik tidak mutlak karena faktor pendidikan ibu yang baik, masih banyak faktor lain yang dapat menyebabkan baik tidaknya perilaku anak misalnya kepribadian ibu, stabilitas rumah tangga, kehidupan sosial dan lain-lain.

6.4.4 Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan belajar

Analisis hubungan karakteristik pekerjaan orangtua dengan perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa status bekerja ibu tidak ada hubungan yang bermakna dengan perilaku anak ($p=0,795$). Dan pada kelompok kontrol didapatkan hasil yang sama yakni tidak terdapat hubungan antara status bekerja ibu dengan perilaku anak ($p=0,540$). Artinya tidak ada perbedaan perilaku anak yang ibunya bekerja ataupun tidak bekerja baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Bisa juga diartikan bahwa status bekerja ibu tidak dapat menentukan perilaku yang ditampilkan oleh anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan Baraja (2008), yang mengatakan bahwa sebenarnya perilaku yang dibentuk oleh anak ditiru dari orangtua. Orangtua yang bekerja atau tidak bekerja, tidak mempengaruhi apakah anak akan berperilaku positif atau negatif. Justru yang terpenting dalam proses pembentukan perilaku anak adalah keakraban keluarga. Menurutnya kehangatan keluarga merupakan suatu bentuk stimulus afektif yang akan dimunculkan pada setiap individu, yaitu bentuk penerimaan diantara anggota keluarga, rasa penerimaan ini yang akan menciptakan rasa senang pada masing-masing individu.

Anak yang diterima dalam keluarganya akan menunjukkan perkembangan afektif yang baik dan akan ditampilkan dalam perilaku yang baik pula. Penerimaan merupakan dasar seorang anak menciptakan hubungan dengan orang lain, dasar penilaian anak terhadap perilaku oranglain terhadap dirinya ataupun oranglain. Misalnya anak yang over protective, akan mengakibatkan anak menjadi tidak mampu mengembangkan potensi yang ada dalam dirinya. Anak semacam ini sering terganggu dalam pergaulan dengan teman sebayanya. Anak yang tidak diterima akan menunjukkan perilaku tidak bersahabat, seringkali emosinya labil dan sensitifitasnya tinggi.

Pendapat Baraja (2008) ini berlawanan dengan Hidayat (2005). Menurutnya pekerjaan ibu dapat mempengaruhi perilaku anak, pekerjaan terkait dengan status ekonomi seseorang. Status ekonomi terkait dengan kemiskinan, rendahnya pemenuhan kebutuhan makanan dan perumahan, rendahnya pemenuhan perawatan kesehatan. Hal ini akan memicu sedikitnya sumber seseorang untuk mengatasi situasi stres. Situasi stres yang muncul dapat mengakibatkan emosi yang labil baik pada anak maupun orangtua sehingga perilaku orangtua maupun anak menjadi maladaptif.

6.5 Keterbatasan penelitian

Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan ancaman, meliputi keterbatasan kondisi responden, keterbatasan tempat penelitian (tempat pelaksanaan intervensi terapi kognitif perilaku), keterbatasan waktu, keterbatasan instrumen, keterbatasan variable dan keterbatasan hasil.

6.5.1 Keterbatasan kondisi responden

Pada saat penelitian, anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar sudah memiliki jadwal yang padat dari sekolah untuk mengikuti bimbingan-bimbingan belajar. Sehingga dalam melaksanakan terapi kognitif perilaku, kondisi anak kadang-kadang sudah dalam keadaan lelah dan tidak bersemangat.

6.5.2 Keterbatasan variabel

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi experimental with control group*” dengan pemberian intervensi terapi kognitif perilaku. Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tindakan pemberian terapi kognitif ini. Menurut Polit dan Hungler (2001), pada penelitian quasi eksperimen semua variabel harus dikendalikan, jadi dapat dipastikan bahwa tidak ada variabel pengganggu. Namun demikian, variabel pengganggu yang diteliti hanya empat yaitu usia dan jenis kelamin anak serta pendidikan dan pekerjaan ibu. Sebaiknya ditambah lagi variable lain yang secara teori mempengaruhi pikiran dan perilaku anak seperti sosial budaya dan pola asuh

6.5.3 Keterbatasan instrument (Modul Terapi Kognitif)

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan terapi kognitif perilaku pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri dengan memodifikasi modul hasil Workshop Keperawatan Jiwa 2008, tetapi modul terapi kognitif perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami

kesulitan belajar ini belum pernah dilakukan uji coba pada anak usia sekolah selain dalam penelitian ini.

6.5.4 Keterbatasan waktu penelitian

Pelaksanaan terapi kognitif yang seharusnya dilaksanakan setiap minggu satu sesi tidak dapat dilaksanakan untuk kelas VI, karena waktu ujian. Tetapi untuk kelas IV dan V dilaksanakan sesuai rencana, sehingga hal ini belum bisa mengindikasikan efektifitas pelaksanaan terapi kognitif perilaku terhadap perubahan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh terapi kognitif perilaku terhadap perubahan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar di SDN Kelurahan Pondok Cina terhadap:

6.6.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa di Komunitas

Selama ini pelayanan keperawatan jiwa lebih dominan di Rumah Sakit Jiwa dan hanya sedikit yang menyentuh aspek psikososial di komunitas dalam hal ini komunitas sekolah. Dengan adanya penelitian ini, dapat memberikan informasi tentang pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan pelaksanaan terapi kognitif perilaku. Informasi ini dapat dijadikan dasar dalam pembentukan program UKS jiwa di sekolah-sekolah. Hal ini memerlukan dukungan dan kerjasama dari Dinas Kesehatan untuk peningkatan kesehatan jiwa di sekolah dengan kegiatan penyuluhan kesehatan jiwa yang lebih terstruktur dan rutin dilaksanakan. Penyuluhan kesehatan jiwa ini penting dilakukan untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami anak-anak di sekolah. Serta diharapkan juga terbentuknya Unit Kesehatan Jiwa (UKS jiwa) untuk menambahkan program UKS yang selama ini sudah terbentuk.

6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi kognitif perilaku terhadap perubahan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar di SDN Kelurahan Pondok Cina. Dari hasil ini penelitian akan memberi implikasi bagi pendidikan keperawatan untuk dapat memasukkan program terapi kognitif perilaku dalam kurikulum pendidikan sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan oleh mahasiswa keperawatan dalam melakukan terapi individu pada masalah psikososial. Dan diharapkan ada implikasi untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam mengembangkan kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan jiwa spesialistik dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

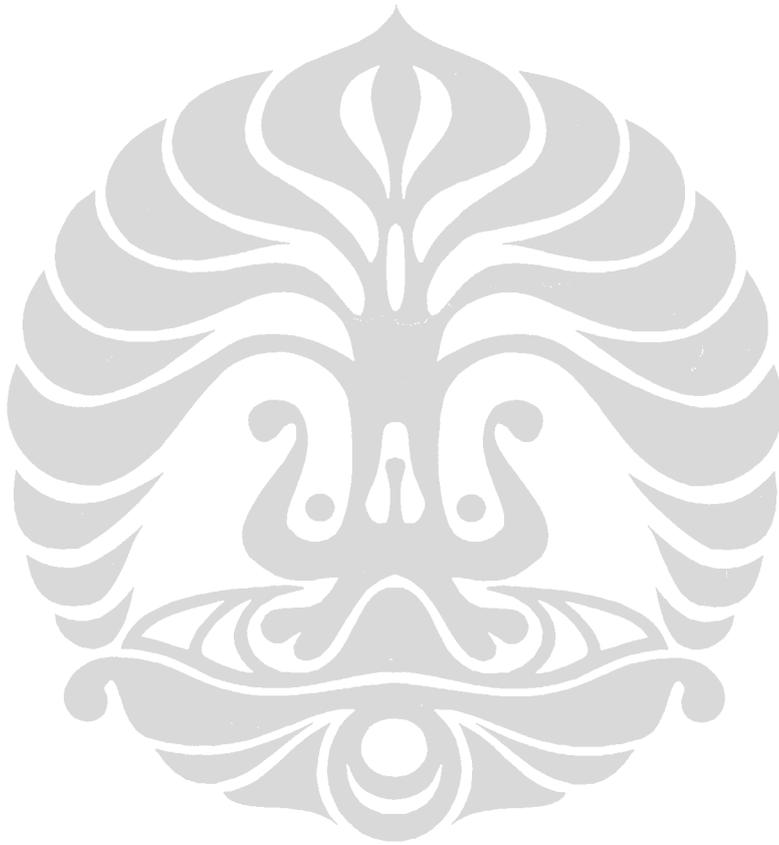
6.6.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar di SDN Pondok Cina. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti dengan metode studi kualitatif. Studi kualitatif akan dapat menjawab lebih rinci bagaimana persepsi anak terhadap penerapan terapi kognitif perilaku tersebut.

Hasil ini juga dapat dijadikan data awal untuk penelitian yang ingin membandingkan efektifitas terapi kognitif perilaku dengan terapi-terapi spesialis lain pada populasi/sample yang sama dalam mengatasi kondisi pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar seperti pemberian terapi kelompok terapeutik, terapi suportif maupun psikoedukasi untuk anak dan keluarga. Dapat juga sebagai data awal untuk penelitian yang mengkombinasikan terapi kognitif perilaku dengan terapi spesialis lain.

Pada hasil penelitian, tidak ada karakteristik anak maupun karakteristik orangtua yang berpengaruh terhadap pikiran dan perilaku anak usia sekolah, sehingga perlu dikembangkan penelitian tentang hubungan karakteristik anak dan keluarga yang lain yang mempengaruhi pikiran dan perilaku anak

usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar, seperti pola asuh keluarga. Serta perlu dikembangkan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui berapa lama pengaruh terapi kognitif perilaku memberikan dampak terhadap pikiran dan perilaku anak



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian dari bab-bab sebelumnya serta pembahasan hasil dari penelitian, maka peneliti dapat menarik kesimpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti berikut ini :

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik anak yang mengalami kesulitan belajar pada kelompok intervensi, rata-rata usia anak 11,23 dengan perbandingan jenis kelamin laki-laki dan perempuan sama. Pada kelompok kontrol, rata-rata usia anak 11,50 dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan.
- 7.1.2 Karakteristik keluarga yang mempunyai anak kesulitan belajar pada kelompok intervensi, sebagian besar tamatan SMA dengan status tidak bekerja. Pada kelompok kontrol, perbandingan pendidikan ibu yang SMA dan SMP sama besar dengan status pekerjaan lebih banyak yang bekerja.
- 7.1.3 Ada perbedaan pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar sebelum dan sesudah terapi kognitif perilaku.
- 7.1.4 Ada perbedaan pikiran anak yang mengalami kesulitan belajar pada anak yang mendapat terapi kognitif perilaku dan kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif perilaku.
- 7.1.5 Ada perbedaan perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar sebelum dan sesudah terapi kognitif perilaku.
- 7.1.6 Ada perbedaan perilaku anak yang mengalami kesulitan belajar pada anak yang mendapat terapi kognitif perilaku dan kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif perilaku.
- 7.1.7 Tidak ada hubungan karakteristik usia anak yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.
- 7.1.8 Tidak ada hubungan karakteristik jenis kelamin anak yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.

- 7.1.9 Tidak ada hubungan karakteristik pendidikan ibu anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.
- 7.1.10 Tidak ada hubungan karakteristik pekerjaan ibu anak yang mengalami kesulitan belajar dengan pikiran anak.
- 7.1.11 Tidak ada hubungan karakteristik usia anak yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.
- 7.1.12 Tidak ada hubungan karakteristik jenis kelamin anak yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.
- 7.1.13 Tidak ada hubungan karakteristik pendidikan ibu anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.
- 7.1.14 Tidak ada hubungan karakteristik pekerjaan ibu anak yang mengalami kesulitan belajar dengan perilaku anak.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian terhadap pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- 7.2.1.1 Keperawatan Jiwa membuat suatu pedoman pelaksanaan terapi kognitif perilaku yang terstandar mencakup sesi dan waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan terapi kognitif perilaku, sehingga dapat dipakai dalam memberikan terapi spesialis pada setting sekolah.
- 7.2.1.2 Keperawatan Jiwa bekerjasama dengan pihak sekolah melalui dinas kesehatan dalam penerapan terapi spesialis di setting sekolah, sehingga masalah psikososial yang ada di sekolah dapat tertangani.
- 7.2.1.3 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi kognitif perilaku sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat (berbasis komunitas) dan melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi kognitif perilaku kepada dinas kesehatan kota Depok dan puskesmas.

7.2.1.4 Dinas kesehatan bekerja sama mahasiswa Spesialis keperawatan jiwa menyusun program UKS jiwa dan melakukan pelatihan kepada perawat puskesmas khususnya yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan jiwa untuk diterapkan di wilayah kerja masing-masing.

7.2.2 Keilmuan

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan terapi pada masalah psikososial di setting sekolah dalam upaya meningkatkan kemampuan anak sesuai tahap perkembangan.

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul terapi kognitif perilaku pada anak usia sekolah dengan kesulitan belajar agar tujuan terapi tercapai yaitu dapat merubah pikiran dan perilaku negatif anak menjadi positif.

7.2.3 Metodologi

7.2.3.1 Perlunya dilakukan penelitian lanjutan pada komunitas sekolah dengan sampel yang lebih banyak serta memperluas populasi sehingga diketahui keefektifan penggunaan terapi kognitif perilaku dalam menurunkan pikiran dan perilaku negatif pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

7.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan menggandengkan terapi kognitif perilaku dengan psikoedukasi keluarga sehingga orangtua dapat memantau kondisi anak yang mengalami kesulitan belajar.

7.2.3.3 Perlu diteliti lebih lanjut tentang faktor perancu lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan terapi kognitif perilaku sebagai salah satu bentuk terapi individu seperti pola asuh orangtua. Dan perlu diteliti faktor yang paling dominan berhubungan dengan pikiran dan perilaku anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.

7.2.3.4 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi kognitif perilaku untuk menjadikan terapi kognitif perilaku sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan jiwa kelompok psikososial di masyarakat. Terapi Kognitif

perilaku bisa dilakukan secara individu atau berkelompok dan memungkinkan untuk dilakukan di rumah anak, di sekolah atau di lokasi lain. Terapi kognitif perilaku sangat bervariasi dalam menentukan durasi dan lama waktu untuk setiap sesi sesuai dengan situasi dan kondisi, serta perlu waktu yang lebih panjang untuk mencapai hasil yang optimal.

7.2.3.5 Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya disempurnakan sehingga dapat digunakan sebagai alat ukur dalam pelaksanaan kegiatan terapi kognitif perilaku pada anak usia sekolah.

7.2.4 Sekolah

7.2.4.1 Kepala sekolah dan guru wali kelas hendaknya terus memantau perkembangan psikososial anak sehingga proses belajar mengajar bisa optimal.

7.2.4.2 Guru wali kelas hendaknya mengikuti pelatihan-pelatihan terkait cara mengatasi masalah psikososial anak usia sekolah seperti terapi kognitif perilaku.

7.2.5 Keluarga

Hendaknya orangtua khususnya ibu memperhatikan peran dalam keluarga, dengan cara memperbanyak pengetahuan tentang tumbuh kembang anak serta cara-cara yang dapat digunakan dalam mengatasi kesulitan belajar anak seperti pemberian terapi kognitif perilaku, karena penerapan terapi ini dapat dilakukan oleh ibu di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwisol. (2006). *Psikologi Kepribadian*. Malang : UMM Press. Malang
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik. Edisi Revisi VI*. Jakarta. Rineka Cipta
- Baharuddin (2007). *Psikologi Pendidikan: Refleksi Teoritis terhadap Fenomena*. Cetakan I. Jogjakarta. Ar-Ruzz Media Group
- Baraja, Abu Bakar. (2007). *Psikologi Perkembangan : Tahapan dan Aspek-Aspeknya, Mulai dari 0 tahun sampai Akli Baligh*. Jakarta. Studio Press
- Boyd, M.A. & Nihart, M.A. (2002). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. USA. Lippincott Raven Publisher
- Bloch, M.A. (2006). *Kekuatan Percakapan Positif*. Batam. Karisma Publishing Group
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- CMHN. (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta WHO.FIK UI
- Keliat, et al. CMHN. (2007). *Modul Intermediate Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta WHO.FIK UI
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2006). *Fundamental of nursing human health and function*. (Fifth edition), Lippincott: Williams & Wilkins.
- Djamarah, S.B. (2008). *Psikologi Belajar*. edisi 2. Jakarta. Rineka Cipta
- Draft Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa yang telah diriset (2009). Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa. Tidak dipublikasikan
- Fadjar (2007). Faktor Penyebab Kesulitan Belajar.
http://fadjarp3g.files.wordpress.com/2007/09/aakesulitananak_wartaguru.pdf. diperoleh tanggal 21 September 2008
- Fauziah. (2009). *Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif pada Klien Schizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di RSMM*. Tidak dipublikasikan

- Febriawati, Betty Kumala. (2008). *Implementasi Terapi Kognitif terhadap Individu dengan Kecenderungan Superioritas*. [Http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-res-2008](http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-res-2008). Diperoleh tanggal 2 Oktober 2009
- Friedman, (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. EGC. Jakarta
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing. Third edition*. Canada. Thomson Delmar Learning
- Grasmo, I. (2009). *CBT more Effective than SAT for Reducing Violence in Schizophrenia*. [http://www.medwire-news.md/CBT more Effective than SAT for Reducing Violence in Schizophrenia](http://www.medwire-news.md/CBT%20more%20Effective%20than%20SAT%20for%20Reducing%20Violence%20in%20Schizophrenia). Diperoleh tanggal 10 Juni 2010
- Hadisukanto, G. (2010). *Langkah-Langkah Cognitive behaviour Therapy*. Jakarta. Workshop on CBT. Seminar Nasional Akeswari.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan: Basic Data Analysis for Health Research Training*. Depok. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Heyne, David. (2005). *Behavioral Disorders*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=938654311&sid=3&Fmt=3&clientId>. Diperoleh tanggal 2 Oktober 2009
- Hidayati, Pinky.(2008). *Penanaman Disiplin sebagai Upaya meminimalisir Kecenderungan Gangguan Perkembangan Tingkah Laku dengan Metode Token Ekonomi*. <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id>. Diperoleh tanggal 2 Oktober 2009
- Immanuel A.N & Halimatussadah. (2008). *Hipnoparenting: Cara Cerdas Mengubah Kebiasaan Buruk Anak dengan Hipnosis*. Cetakan Pertama. Jakarta. Almeta Media
- Ito, Ligia. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy in Social Phobia*. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Diperoleh tanggal 15 Mei 2009
- Jaali, Haji. (2008) *Psikologi Pendidikan*. Edisi 1. Cetakan 3. Jakarta. Bumi Aksara
- Jamila K.A. Muhammad (2008). *Special Education for Special Children*. Bandung. Mizan
- Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis Psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.

- King, Neville. (2008). *Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety and Phobic Disorders in Children and Adolescents*. <http://proquest.umi.com>. Diperoleh tanggal 15 Mei 2009
- Kristyaningsih, Tj. (2009). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta*. Tidak dipublikasikan
- Larson, Jim. (2004). *Helping Schoolchildren Cope With Anger: A Cognitive Behavioral Intervention*, Community Mental Health Journal, Vo.40, No.1, February 2004. New York.
- Maag, John W & Susan.(2005). Cognitive Behavior Intervention for Depression: Review and Implication for School Personell. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=938654361&sid=2&Fmt=4&clientId>. Diperoleh tanggal 2 Oktober 2009
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press
- Mayer, Matthew. (2008). *Introduction to the Special Issue: Cognitive Behavioral Intervention With Student With EB*. <http://proquest.umi.com>. Diperoleh tanggal 15 Mei 2009
- Michie. (2005). *Terapi Kognitif Perilaku efektif Mengubah Perilaku Hidup Sehat*. <http://hpq.sagepub.com>. Diperoleh tanggal 10 Juni 2010
- Mohr.WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing* (6 th edition), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Najafi, IH & Khalfan (2006). *Pendidikan dan Psikologi Anak*. Cetakan I, Jakarta. Penerbit Cahaya
- NANDA. (2005). *Nursing diagnoses: Definitions & clacification 2005-2006*. Philadelphia USA: NANDA International
- Nasution, S.(2007). *Metode Research: Penelitian Ilmiah*. Edisi 1. Cetakan 9. Jakarta. Bumi Aksara
- Notoatmojo,S.(2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Noorhana. (2010). *Distorsi Kognitif*. Jakarta. Workshop on CBT. Seminar Nasional Akeswari.
- Oemarjoedi, A.K. (2003). *Pendekatan Cognitive Behavior dalam Psikoterapi*. Edisi Pertama. Jakarta. Kreativ Media

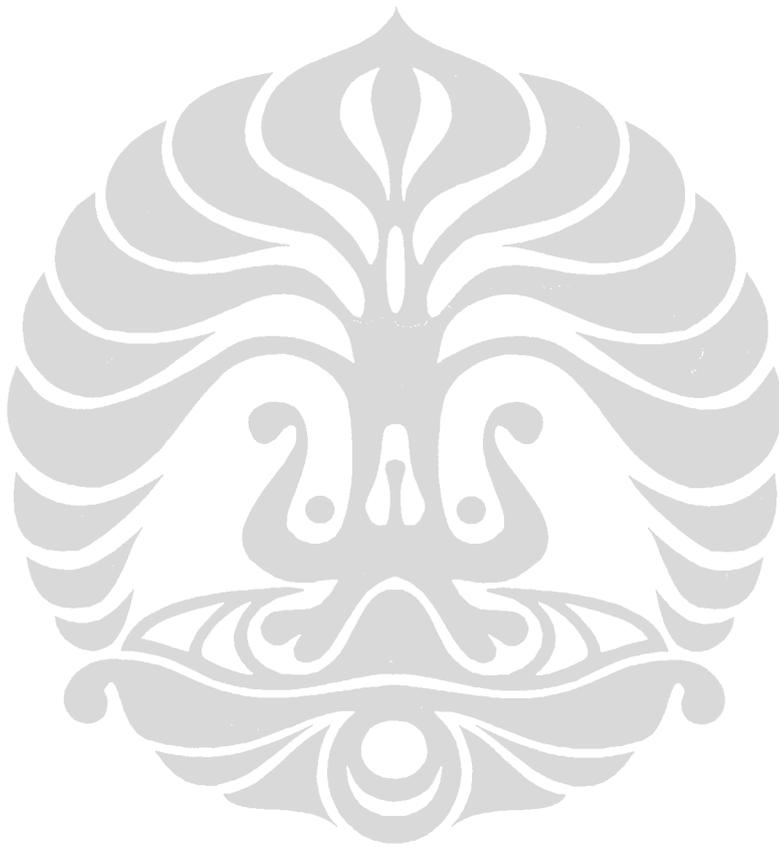
- Paterson, B. & Duxbury, J. (2007). *Restraint and The Question of Validity*. Nursing Ethics. UK. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Polit & Hungler (1999), *Nursing Research Principles And Methods*, Philadelphia : Lippincott
- Pols, J. (2006). *Washing The Citizen: Washing, Cleanliness and Citizenship in Mental Health Care*. Culture, Medicine & Psychiatry. Springer Science. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*, Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Prasetyo, B. & Jannah, L.M. (2005). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa
- Pusat Penelitian dan Perkembangan Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. www.litbang.go.id, diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- Sabri & Hastono. (2008). *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa
- Safaria, T. (2004). *Terapi Kognitif Perilaku untuk Anak*. Edisi Pertama. Yogyakarta. Graha Ilmu
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (2th ed). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sasmita, H. (2007). *Pengaruh CBT pada pasien HDR di RSMM Bogor*. Tidak dipublikasikan
- Sardi. (2005). *Hubungan Tindak Kekerasan dengan Pertumbuhan dan Perkembangan Psikososial Anak Usia 10-12 tahun di SDN Kemiri Muka Depok*. Tidak dipublikasikan
- Setiawan, P. (2008). *Saatnya 'Care' pada Penderita Gangguan Jiwa*. www.lampungpost.com. diperoleh tanggal 31 Januari 2008
- Shadiq, Fadjar. (2007). *Faktor-faktor Penyebab Kesulitan Belajar pada Siswa*. <http://fadjar3g.files.wordpress.com>. Diperoleh tanggal 14 september 2009
- Sherman, M.D. et al. (2009). *A New Engagement Strategy in a VA-Based Family Psychoeducation Program*. Psychiatric Services. Arlington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Soetjiningsih (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. EGC. Jakarta

- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Sugiono. (2005). *Metode penelitian administratif*. edisi 12. Bandung: Albeta.
- Sundberg, N.D. et al. (2007). *Clinical Psychology: Evolving Theory, Practice and Research*. New Jersey.
- Sundberg, N.D. et al. (2007). *Psikologi Klinis: Perkembangan Teori, Praktik dan Penelitian*. Edisi 4. Jakarta. Penerbit Pustaka Pelajar
- Sulistiyorini. (2006). *Konsep Diri Positif, Menentukan Prestasi Anak*. Yogyakarta. Penerbit Kanisius
- Suryabrata, Sumadi. (2008). *Psikologi Pendidikan*. Edisi 5. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa.
- Syafii, Agus. (2009). Terapi Relaksasi Religius pada Anak. <http://wikimu.com/news/DisplayNews.aspx?id=13264>. Diperoleh tanggal 2 Oktober 2009
- Tomey & Alligood. (2006). *Nursing Theorist and Their Work*. Mosby elseiver. St.louis. Missouri
- Trituraniwati, Erna. (2008). *Pemberian Intervensi Modifikasi Perilaku dengan Penguatan Positif pada Anak yang Mengalami Gangguan Emosi dan Perilaku*. <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id>. Diperoleh tanggal 2 Oktober 2009
- Untario, Silvia. (2004). *Kesulitan Belajar*. http://www.kesulitanbelajar.org/index.php?option=com_content&task=view&id=8&Itemid=1. Diperoleh tanggal 14 September 2009
- Varcarolis, E.M. (2006), *Psychiatric Nursing Clinical Guide; Assesment Tools and Diagnosis* . Philadelphia. W.B Saunders Co
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Videbeck, Sheila. L.(2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta. EGC.
- Woolfolk, Anita. (2009). *Educational Psychology Active Learning Edition*. Tenth Edition. Boston. Allyn and Bacon.
- Woolfolk, Anita. *Educational Psychology Active Learning Edition. Edisi Bahasa Indonesia*. Penerjemah: Soetjipto. Yogyakarta. Pustaka Pelajar

Workshop II Spesialis Keperawatan Jiwa FIK UI tanggal 1 Februari 2008, tidak dipublikasikan

Wiguna. (2003). Seluk beluk Kesulitan Belajar pada Anak. <http://groups.yahoo.com/cfbe/message/5531>. diperoleh tanggal 14 September 2009

Wiguna, Tj. (2010). *Cognitive Behaviour Therapy with Children and Adolescent : An Introduction*. Workshop on CBT. Seminar Nasional Akeswari.



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang menyatakan di bawah ini :

Nama : Wardiyah Daulay

No yang dapat dihubungi : 08126411619

Adalah mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian dengan tema:

”Pengaruh Penerapan Terapi Kognitif Perilaku terhadap Perubahan Pikiran dan Perilaku Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kesulitan Belajar di SDN Kelurahan Pondok Cina”.

Adapun hasil penelitian ini nantinya akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan kesehatan jiwa dalam setting sekolah.

Peneliti menjamin bahwa hasil penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak anak sebagai responden dengan cara: 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian dan 2) Menghargai keinginan anak sebagai responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan singkat mengenai penelitian yang akan saya lakukan. Akhir kata peneliti ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesediaan anak menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Hormat saya,

Wardiyah Daulay

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan mengenai penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan pada peneliti, saya mengerti dan memahami manfaat dan tujuan penelitian yang akan dilakukan ini.

Saya meyakini bahwa peneliti menghargai serta menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas kesehatan jiwa di masyarakat, khususnya di setting sekolah.

Dengan ini, saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Depok, 20 April 2010

Responden,

.....
nama jelas

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN (Kuesioner A)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab sesuai dengan petunjuk di atasnya

A. DATA ANAK

1. Nama anak (inisial) :
2. Usia : tahun
3. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

DATA ORANGTUA

1. Pekerjaan ibu : 1. Bekerja 2. Tidak Bekerja
2. Pendidikan terakhir ibu :
 1. SD 4. Perguruan Tinggi
 2. SLTP 5. Tidak Sekolah
 3. SMU

PIKIRAN SAYA SAAT INI (Kuesioner B)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat anak.
2. Isilah SS jika anak sangat setuju memikirkan hal ini pada saat sekarang.
3. Isilah S jika anak setuju memikirkan hal ini pada saat sekarang.
4. Isilah TS jika anak tidak setuju memikirkan hal ini pada saat sekarang
5. Isilah STS jika anak sangat tidak setuju memikirkan hal ini pada saat sekarang

No	Pernyataan	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
1	Saya melihat ada beberapa teman yang tertawa ketika saya salah menjawab pertanyaan guru.				
2	Teman saya pernah mengatakan saya bodoh ketika melihat nilai saya yang jelek				
3	Raut wajah ibu saya biasa-biasa saja ketika saya mendapat nilai yang bagus.				
4	Saya tidak pernah mendengar pujian dari guru.				
5	Saya sering malu dengan kondisi saya.				
6	Saya memang orang yang tidak berguna				
7	Nilai tidak penting bagi saya				
8	Tidak ada yang dapat dibanggakan dalam diri saya.				

9	Saya tidak pernah bermimpi menjadi orang sukses.				
10	Saya sering berkhayal, andai punya tongkat ajaib, sehingga tidak perlu mengerjakan pekerjaan rumah.				
11	Saya tidak punya cita-cita				
12	Dalam bayangan saya, guru seperti harimau yang bisa menerkam kapan saja				
13	Saya sulit memahami apa yang diajarkan guru				
14	Saya tidak mampu mengingat pelajaran yang sudah dipelajari minggu lalu				
15	Ketika guru mengajar, saya mengerti. Tetapi jika ditanya kembali, saya sering lupa.				
16	Pelajaran menghafal adalah pelajaran yang susah bagi saya.				
17	Saya berpendapat bahwa sekolah tidak menjamin kesuksesan saya di masa depan				
18	Saya berpikir, tidak ada gunanya belajar				
19	Saya menyimpulkan bahwa saya adalah orang yang selalu gagal				
20	Saya merasa tidak ada orang yang peduli apakah saya sukses atau gagal dalam sekolah.				

PERILAKU SAYA SAAT INI (Kuesioner C)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

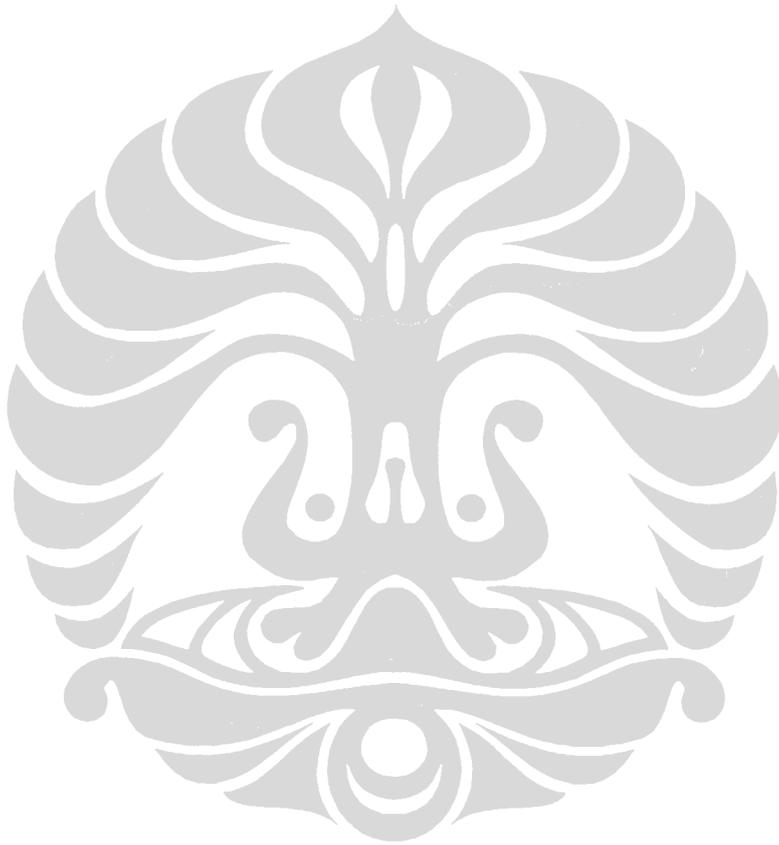
Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat anak.
2. Isilah TP jika anak tidak pernah melakukan hal ini pada saat sekarang.
3. Isilah J jika anak jarang melakukan hal ini pada saat sekarang.
4. Isilah KK jika anak kadang-kadang melakukan hal ini pada saat sekarang
5. Isilah S jika anak sering melakukan hal ini pada saat sekarang

No	Perilaku	Tidak Pernah (TP)	Jarang (J)	Kadang-Kadang (KK)	Sering(S)
1	Membentak orangtua				
2	Marah pada guru				
3	Mengganggu teman				
4	Merusak alat tulis teman				
5	Merobek buku				
6	Mencoret meja				
7	Mencontek				
8	Menyuruh orang lain mengerjakan PR				
9	Membohongi guru				
10	Terlambat masuk kelas				
11	Tidak memakai atribut sekolah				
12	Tertidur waktu belajar				

WAWANCARA GURU WALI KELAS

1. Bagaimana hasil akademik anak pada semester ini?
2. Bagaimana menurut ibu perilaku anak selama ini?
3. Menurut ibu, apa kemungkinan penyebab anak mengalami kesulitan belajar?
4. Usaha apa yang sudah dilakukan pihak sekolah dalam mengatasi kesulitan belajar pada anak?





MODUL PANDUAN
TERAPI KOGNITIF PERILAKU
PADA ANAK USIA SEKOLAH

Oleh :

Wardiyah Daulay, S.Kep, Ns
(Modifikasi dari Draft Terapi Spesialis Keperawatan
Jiwa yang telah diriset (2009))

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2010

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesulitan belajar adalah hambatan/gangguan belajar pada anak dan remaja yang ditandai oleh adanya kesenjangan yang signifikan antara taraf intelegensi dan kemampuan akademik yang seharusnya dicapai. Kesulitan belajar kadang-kadang tidak terdeteksi dan tidak dapat terlihat secara langsung. Setiap individu yang memiliki kesulitan belajar sangatlah unik. Seperti misalnya, seorang anak yang sulit membaca, menulis dan mengeja, tetapi sangat pandai dalam matematika. Umumnya, individu dengan kesulitan belajar memiliki intelegensi rata-rata. Seseorang terlihat normal dan tampak sangat cerdas tetapi sebaliknya ia mengalami hambatan dan menunjukkan tingkat kemampuan yang tidak semestinya dicapai dibandingkan dengan yang seusia dengannya.

Seseorang yang mengalami kesulitan belajar bisa jadi sukses di sekolah, di dunia kerja, dalam hubungan antar individu, dan di dalam masyarakat bila disertai dengan dukungan dan perhatian yang tepat. Dukungan dan perhatian yang dimaksud adalah bagaimana guru dan orang terdekat dapat mendeteksi apa penyebab dari kesulitan belajar yang dialami anak, karena perlu diingat penyebab kesulitan belajar itu dapat berbeda-beda, sehingga pemecahan masalah sangat tergantung pada keberhasilan menentukan penyebab. Misalnya anak yang mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran, pemecahan masalahnya adalah dengan menempatkan mereka pada posisi depan atau memberikan kacamata dan alat bantu. Namun pada anak yang mengalami kesulitan belajar karena rendah diri, selalu membuat ulah, bolos, malas, membenci pelajaran tertentu, pemecahan masalahnya tentu berbeda.

Faktor penyebabnya dapat berasal dari dalam diri anak sendiri dan dapat dari luar. Pada kasus yang pertama, seorang anak mengalami kesulitan belajar yang disebabkan oleh faktor penglihatan yang kurang baik, sedangkan pada

kasus kedua, kesulitan belajar lebih disebabkan oleh faktor psikologis atau kejiwaan pada diri anak tersebut. Faktor psikologis ini merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian khusus, karena faktor psikologis merupakan sesuatu yang mendorong aktifitas belajar atau dengan kata lain hal yang merupakan alasan dilakukannya perbuatan belajar tersebut (Suryabrata,2008).

Kesulitan belajar akibat faktor psikologis tersebut bila tidak ditangani dengan baik dan benar akan menimbulkan berbagai bentuk gangguan emosional yang menyebabkan keseluruhan prestasi anak kurang atau mundur, terutama dalam pelajaran-pelajaran yang membutuhkan *kognisi* atau pikiran seperti pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran sehingga motivasi anak untuk belajarpun akan menurun. Akibat dari pikiran anak tersebut akhirnya akan berdampak buruk pula terhadap perilaku anak. Anak akan mengikuti pikiran-pikirannya tersebut sehingga anak akan kurang bersosialisasi, kurang kooperatif dalam bekerjasama, apatis dan tidak punya inisiatif, malas, sikap dependen, mudah menangis atau sangat kasar terhadap kawan. Ini sejalan dengan Keliat, et al (2000) yang mengatakan bahwa bentuk kegagalan anak bisa berupa tidak mau mengerjakan tugas sekolah atau membangkang pada orangtua, tidak ada kemauan untuk bersaing, terkesan malas, tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok dan memisahkan diri dari sekolah dan teman-teman sepermainan, yang pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap penurunan prestasi belajar anak (Keliat, et al.2000).

Perilaku-perilaku yang ditunjukkan anak ini jika dikelompokkan berdasarkan gejalanya menurut Steiner (2000, dalam Videbeck, 2008) dibagi dalam 4 area yaitu agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan. Hal ini tentu saja akan berdampak buruk bagi perkembangan kualitas hidupnya di kemudian hari.

Dampak-dampak dari kesulitan belajar tersebut dapat diminimalisasi apabila dideteksi sejak dini. Deteksi dini dapat dilakukan sejak anak memasuki usia sekolah karena pada usia inilah anak untuk pertama kalinya menerima

pendidikan formal dan pada masa ini anak telah mengalami perkembangan-perkembangan yang dapat membantu anak untuk dapat menerima bahan yang diajarkan oleh gurunya (Djamarah, 2008). Tahap sekolah dasar termasuk ke dalam tahapan perkembangan usia sekolah yakni usia 7-12 tahun, dimana menurut Erik Erikson (2000, dalam Keliat, 2006) pada tahap ini perkembangan kemampuan psikososial adalah meningkatnya kemampuan interaksi dan prestasi belajar dalam menghasilkan suatu karya berdasarkan kemampuan diri sendiri. Menurut pakar psikologi anak Dr. Kartini Kartono (1995, dalam Nanulaita, 2008, hlm 53) di dalam buku Psikologi Anak, kondisi pikiran anak benar-benar dalam stadium belajar. Pengetahuannya bertambah pesat, kebiasaan dan keterampilan baru akan dikuasai dan anak berhasrat untuk mengetahui realitas benda dan peristiwa di sekelilingnya.

Anak usia sekolah ini perlu diperhatikan karena usia ini sangat menentukan keberhasilan pada jenjang berikutnya, oleh karena itu jika ada masalah seperti kesulitan belajar harus ditangani secara serius. Data yang didapat berdasarkan penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dikatakan bahwa 1,8% dari anak usia sekolah mengalami kesulitan belajar, dengan kesulitan membaca sebagai kesulitan belajar utama. Di Indonesia pada tahun 1996 Pusbang Kurrandik (Pusat Pengembangan Kurikulum dan Sarana Pendidikan) Balitbang Dikbud melakukan penelitian terhadap 4994 siswa sekolah dasar kelas I – IV di provinsi Jabar, Lampung, Kalbar dan Jatim, mendapatkan hasil bahwa 696 dari siswa SD (13,94%) tersebut mengalami kesulitan belajar umum.

Untario (2004) mengatakan bahwa kepekaan orangtua, guru di sekolah serta orang-orang di sekitarnya sangat membantu dalam mendeteksi kesulitan belajar, sehingga anak dapat memperoleh penanganan dari tenaga profesional sedini dan seoptimal mungkin, sebelum menjadi terlambat. Selama ini penanganan yang sudah dilakukan sekolah terkait kesulitan belajar yang dialami anak ini ditanggulangi oleh pihak sekolah dengan *remedial teaching* dan memperoleh latihan-latihan khusus sesuai kelemahan anak, sedangkan

penanganan dari pihak lain seperti kesehatan mental belum menyentuh sekolah.

Program dalam kesehatan mental yang sedang dikembangkan khususnya keperawatan jiwa salah satunya adalah intervensi berupa terapi kognitif perilaku. Menurut Sundberg, Winebarger, dan Taplin (2007) strategi-strategi intervensi yang sesuai untuk menangani masalah perilaku anak adalah terapi kognitif perilaku karena penilaian kognitif anak tentang berbagai kejadian dapat mempengaruhi respons anak terhadap kejadian tersebut. Menurut Oemarjoedi (2003) dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku, maka terapi kognitif perilaku diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, anak diharapkan dapat merubah tingkah lakunya, dari negatif menjadi positif .

Terapi ini terbukti efektif pada anak yang mengalami gangguan. Gangguan-gangguan yang terjadi pada anak dapat dihubungkan dengan kurangnya keterampilan kognitif dan secara spesifik berkaitan dengan kurangnya kontrol diri anak. Melalui kontrol diri ini anak akan lebih mampu mengatasi kesulitan-kesulitan melalui pemecahan masalah sederhana, menunda pemuasan sesaat dan anak akan mampu mengontrol perilakunya sendiri. Penelitian oleh Ronen (1993, dalam Safaria, 2004, hlm. 281) menunjukkan hubungan antara kurangnya kontrol diri anak dengan munculnya gangguan psikis pada anak. Peningkatan keterampilan kognitif secara alamiah selama masa perkembangan ternyata berhubungan dengan kesembuhan pada beberapa anak yang mengalami gangguan.

Gangguan-gangguan seperti phobia, gangguan tingkah laku atau kesulitan belajar dimulai dengan kurangnya keterampilan anak, sedangkan pada

gangguan tingkah laku secara umum dan perilaku antisosial secara khusus dilihat sebagai akibat kurangnya keterampilan generalisasi, kurangnya penalaran sosial, dan adanya interpretasi yang salah dari situasi sosial (Akhtar & Brandley, 1991, dalam Safaria, 2004, hlm. 621). Kendall (1994) dalam penelitian yang mencari peran kognitif dalam gangguan kecemasan menunjukkan gambaran bahwa anak yang mengalami gangguan cemas lebih banyak memunculkan evaluasi diri negatif, pernyataan diri negatif dan kurang mampu menggunakan pikirannya untuk mengendalikan kecemasannya. Pada penelitian tentang kognisi sosial menunjukkan bahwa penyesuaian sosial anak akan meningkat dengan meningkatnya kemampuan kognisi sosial terutama pada kemampuan yang lebih luas yaitu penerimaan peran, penerimaan perspektif dan komunikasi (Crick & Dodge, 1994). Pada gangguan depresi juga menunjukkan peran keterampilan kognitif ini, termasuk di dalamnya pada gangguan hiperaktif, harga diri rendah dan keputusan (Ronen, 1993, dalam Safaria, 2004, hlm. 281).

Berdasarkan hal tersebut di atas, kesulitan belajar termasuk dalam gangguan yang sering muncul pada anak dan dapat diintervensi dengan terapi kognitif perilaku ini. Penanganan masalah kesulitan belajar selama ini menjadi tanggung jawab guru sebagai pendidik di sekolah, untuk itu peneliti ingin mencoba menanganinya dengan pendekatan yang berbeda yakni dari pendekatan kesehatan mental khususnya keperawatan jiwa karena trend keperawatan jiwa saat ini tidak hanya menangani masalah-masalah di rumah sakit tetapi juga mengarah ke komunitas termasuk komunitas sekolah.

B. Tujuan

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat mampu:

1. Melakukan terapi kognitif perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.
2. Melakukan evaluasi terapi kognitif perilaku pada anak usia sekolah yang mengalami kesulitan belajar.
3. Melakukan pendokumentasian

BAB 2

PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF PERILAKU PADA ANAK USIA SEKOLAH

A. Pengertian

Defenisi Reber (1995, dalam Sunberg, Winebarger & Taplin, 2007, hlm. 133-134) mengenai terapi kognitif perilaku mengatakan bahwa terapi tersebut aslinya berdasarkan terapi perilaku dan konsisten dengan prinsip-prinsip dasarnya. Aspek pembaruannya melibatkan perluasan modifikasi dan prosedur *relearning* (mempelajari kembali) menjadi proses-proses, seperti *imagery* (membayangkan), mengkhayalkan, *self image* (gambaran mengenai diri sendiri), dan lain-lain. Para pendukung pendekatan ini memiliki argumentasi yang tegas bahwa apa yang diyakini klien tentang hal-hal yang biasa dilakukannya dan tentang alasan untuk melakukan hal itu sama pentingnya dengan ketika mereka benar-benar melakukannya.

Terapi kognitif perilaku ini seperti yang diungkapkan Reber (1995, dalam Sunberg, Winebarger & Taplin, 2007, hlm. 133-134) adalah modifikasi dari terapi kognitif dan terapi perilaku, sehingga ide-ide *behavioral* masih melekat pada terapi ini yaitu ada elaborasi besar terhadap sifat reinforcement (penguatan), waktu dan variabilitas reward atau konsekuensinya, efek reinforcer negatifnya dan efek hukumannya. Adanya korelasi antara kognitif perilaku dengan struktur otak manusia (neurotransmitter) dijabarkan oleh Oemarjoedi (2003) dalam bukunya. Dia mengatakan proses pembentukan motivasi memperoleh hadiah dalam diri manusia ternyata menstimulasi transmisi neurotransmitter jenis dopamine dalam kandungan nucleus. Efek ini berpengaruh terhadap proses belajar yang berhubungan dengan pembentukan asosiasi terhadap bentuk-bentuk penghargaan (reward). Penghargaan yang sama mungkin akan mengandung nilai yang berbeda pada individu yang berbeda karena proses belajar asosiasi reward ini.

Teori Kognitif perilaku pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon, yang saling berkait dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku, maka terapi kognitif perilaku diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali. Dengan merubah status kognitif dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya, dari negatif menjadi positif. Bagaimana seseorang menilai situasi dan bagaimana cara mereka menginterpretasikan suatu kejadian akan sangat berpengaruh terhadap kondisi reaksi emosional yang kemudian akan mempengaruhi tindakan yang dilakukan (Oemarjoedi, 2003).

B. Tujuan

Target yang ingin dicapai adalah untuk mengubah distorsi kognitif dan cara berpikir yang salah dalam anak merespon suatu peristiwa. Teknik-teknik spesifik ini digunakan dengan variasi penuh dan saling mengisi satu sama lainnya. Menurut Beck, Rush & Emery, 1979 dalam Safaria, 2004), intervensi kognitif mencoba untuk menghasilkan perubahan pada anak melalui pengaruh cara berpikir anak. Teknik-teknik yang diterapkan diciptakan untuk mengidentifikasi, untuk pengujian terhadap kenyataan dan mengkoreksi konsep-konsep yang salah serta keyakinan-keyakinan disfungsi yang mendasari dalam aspek kognitif anak. Dengan mengevaluasi ulang dan mengkoreksi pemikiran anak, anak belajar untuk mengendalikan masalah dan situasi yang sebelumnya tidak dapat diatasi.

Teknik-teknik kognitif perilaku bertujuan untuk menggambarkan dan menguji asumsi-asumsi spesifik yang salah dan negatif. Untuk itu anak

diajarkan untuk memantau pemikiran otomatis negatifnya, untuk memahami hubungan antar kognisi, afeksi dan perilaku, untuk menguji bukti-bukti untuk melawan pemikiran otomatis yang negatif, untuk membimbing klien melakukan interpretasi yang lebih realistis dan untuk membantu klien dalam belajar memahami dan mengubah keyakinan irasionalnya tersebut sebelum menimbulkan pengaruh yang negatif dalam pengalaman anak.

C. Indikasi Terapi Kognitif Perilaku pada Anak

Beberapa masalah di bawah ini akan menjadi pertimbangan dalam menerapkan terapi kognitif perilaku, antara lain :

1. Jika anak menunjukkan gangguan yang harus dihilangkan atau jika akibatnya membutuhkan identifikasi lebih lanjut (Kazdin, 1988 dalam Safaria, 2004).
2. Ketika anak kekurangan keterampilan khusus atau menunjukkan harga diri, evaluasi dan keterampilan sosial yang rendah (Mash & Terdal, 1988 dalam Safaria, 2004).
3. Ketika anak memunculkan frekuensi yang tinggi dari perilaku yang harus dihilangkan (agresivitas) karena akibat buruknya terhadap lingkungan anak (Kazdin, 1988 dalam Safaria, 2004).
4. Ketika anak memunculkan perilaku menghindar yang mengganggu fungsi normal anak (Marks, 1987 dalam Safaria, 2004).
5. Ketika anak masih memunculkan perilaku bermasalah walaupun pengaruh lingkungan telah diupayakan diubah (Ronen, 1993 dalam Safaria, 2004).
6. Ketika anak memunculkan perilaku merusak diri sendiri yang menempatkannya dalam bahaya (sheldon, 1987 dalam Safaria, 2004).
7. Ketika anak berperilaku membahayakan, baik bagi dirinya maupun orang lain (Ronen, 1997 dalam Safaria, 2004)
8. Ketika anak mengalami masalah yang bersumber dari diri anak sendiri, dapat digambarkan seperti anak yang mengalami kesulitan belajar akibat kognitif (pengamatan, tanggapan, fantasi, ingatan dan pemikiran) yang negatif, sehingga dari kognitif itu perilaku anak menjadi negatif yaitu

agresi terhadap orang lain, perusakan, kecurangan dan pelanggaran peraturan (Safaria, 2004).

D. Diagnosa Keperawatan Yang Terkait

Penerapan terapi kognitif perilaku untuk anak-anak melibatkan target preventif yang mempunyai tiga kemungkinan sasaran preventif, yaitu prevensi primer, terapi secara langsung mencegah munculnya masalah pada masa depan anak. Prevensi sekunder, yaitu terapi yang diarahkan langsung untuk mengobati masalah yang muncul dengan fokusnya untuk mencegah dampak buruk di bidang/fungsi lain kehidupan anak dan prevensi tertier, yaitu terapi yang diarahkan untuk menurunkan atau menghilangkan masalah yang muncul yang dalam penelitian ini masalah kesulitan belajar yang dialami anak usia sekolah. Adapun diagnosa keperawatan yang dapat muncul adalah harga diri rendah.

E. Tempat

Terapi kognitif perilaku dilaksanakan di ruang bimbingan sekolah tempat anak bersekolah, suasana tenang, nyaman dan *privacy* terjaga. Dapat juga dilakukan di rumah anak sendiri, rumah dapat memberikan informasi kepada perawat tentang bagaimana interaksi anak yang terjadi dalam keluarga, nilai-nilai yang dianut dalam keluarga dan bagaimana pemahaman keluarga tentang cara belajar.

F. Waktu Pelaksanaan

Terapi Kognitif Perilaku terdiri dari 5 (lima) sesi, dan masing masing sesi dilakukan dalam 1 minggu dengan pelaksanaan 1 kali. Terapi Kognitif Perilaku ini dapat dilaksanakan pagi atau sore hari sesuai kontrak dengan anak. Waktu yang digunakan untuk pelaksanaan 1 (satu) sesi Terapi Kognitif Perilaku lebih kurang 30 menit.

G. Kriteria Terapis

1. Minimal lulus S2 Keperawatan Jiwa
2. Berpengalaman dalam praktek keperawatan jiwa
3. Praktisi pendidikan yang sudah mengikuti pelatihan terapi kognitif perilaku

H. Metode Terapi,

Metode terapi kognitif perilaku dapat dilakukan dengan modifikasi beberapa metode antara lain dengan diskusi atau tanya jawab dan demonstrasi tergantung kebutuhan terapi.

I. Alat Terapi

Format evaluasi proses, format dokumentasi, format jadwal kegiatan harian dan alat tulis

J. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada terapi kognitif perilaku disesuaikan dengan tujuan setiap sesi. Hal yang diharapkan tersebut adalah:

- 1) Anak dapat mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami anak (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku negatif yang dialami
- 2) Anak mampu belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku negatif.
- 3) Anak dapat menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- 4) Anak dapat menyepakati konsekwensi positif dan konsekwensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 5) Anak selalu menerapkan konsekwensi positif dan konsekwensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 6) Mengevaluasi pelaksanaan tindakan perilaku dengan konsekwensi yang telah disepakati.

- 7) Membuat komitmen dengan anak untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi positif secara mandiri dan berkesinambungan yaitu anak sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan.
- 8) Membuat komitmen dengan anak untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

K. Proses Pelaksanaan

1. Persiapan

- 1) Melakukan seleksi anak
- 2) Membuat kontrak waktu, terapi dilaksanakan dalam 5 sesi.

2. Pelaksanaan

Sesi 1 : *Pengkajian dan formulasi masalah*, yaitu melakukan diskusi dengan anak tentang hasil pengkajian yang didapat dari kuesioner pikiran dan perilaku anak, observasi, anamnesa dan analisa gejala untuk menegakkan diagnosa awal mengenai kesulitan yang terjadi, memberikan dukungan dan semangat kepada anak untuk melakukan perubahan, memperoleh komitmen dari anak untuk melakukan terapi dan pemecahan masalah terhadap kesulitan yang dialami dan menjelaskan kepada anak masalah dan situasi kondisi yang dihadapi.

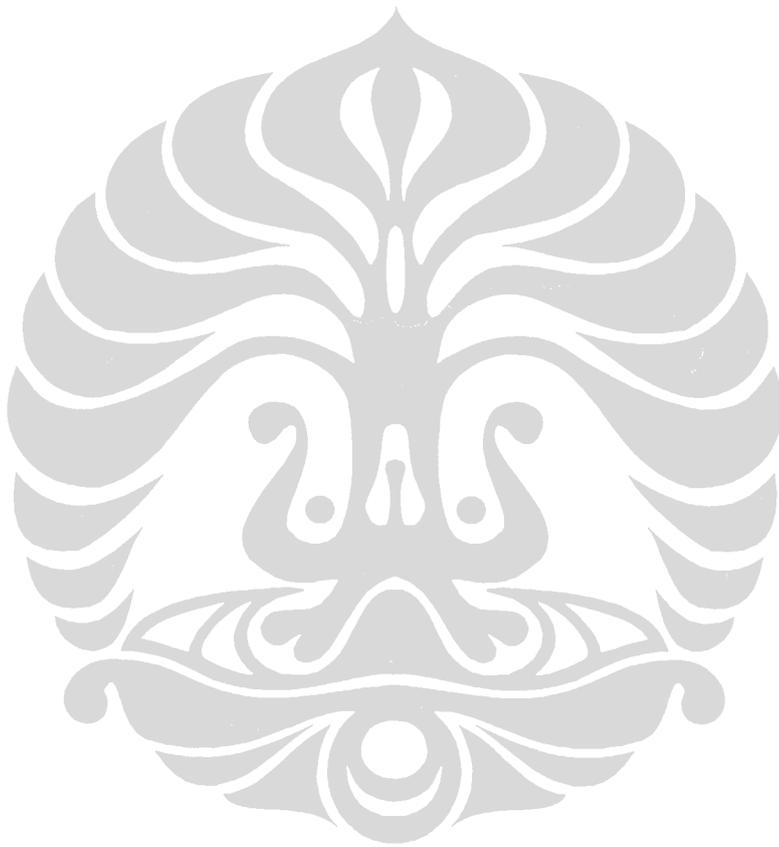
Sesi 2 : *Modifikasi Kognitif*, yaitu mencari pikiran negatif dan keyakinan utama yang berhubungan dengan kesulitan belajar, menolak pikiran negatif secara halus dan menawarkan pikiran positif sebagai alternatif.

Sesi 3 : *Modifikasi Perilaku*, yaitu menyusun rencana intervensi tingkah laku dengan memberikan konsekwensi positif-negatif kepada anak, memantapkan komitmen untuk merubah tingkah laku dan keinginan untuk merubah situasi, menerapkan konsekwensi yang telah disepakati terhadap kemajuan proses belajar anak.

Sesi 4 : *Evaluasi dan intervensi lanjutan*, yaitu memberikan *feedback* atas hasil kemajuan dan perkembangan terapi, mengingatkan fokus

terapi dan mengevaluasi pelaksanaan intervensi tingkah laku dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati.

Sesi 5 : *Mempertahankan keterampilan yang dicapai* yaitu menekankan kembali komitmen anak untuk melanjutkan terapi dengan melakukan metode *self help* secara berkesinambungan dan komitmen klien untuk secara aktif membentuk pikiran-perasaan-perbuatan positif dalam setiap masalah yang dihadapi.



BAB III
PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI
KOGNITIF PERILAKU PADA ANAK

SESI I. TKP: PENGKAJIAN

TUJUAN

1. Anak mampu mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami anak (*assessment*)
2. Anak mampu mengenali pikiran dan perilaku negatif yang dialami

SETTING

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruang bimbingan yang ada di sekolah
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Anak duduk berhadapan dengan terapis

ALAT

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

METODE

1. Diskusi
2. Tanya jawab

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

A. PERSIAPAN

1. Membuat kontrak dengan anak bahwa terapi akan dilaksanakan secara individual dalam 5 (lima) sesi, dimana masing-masing sesi dilakukan 1 kali selama 30 menit. Jika anak berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka anak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak maka anak akan mengulangi sesi tersebut.
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. PELAKSANAAN

1. ORIENTASI

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis
- 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
- 3) Menanyakan nama dan panggilan anak

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan anak saat ini

c. Kontrak

- 1) Menyepakati pertemuan sesi 1
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu:
 - a) membantu anak mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami anak (*assessment*)
 - b) mengenali pikiran dan perilaku negatif yang dialami
- 3) Terapis menjelaskan aturan main sebagai berikut:
 - a) Lama kegiatan 30 menit
 - b) Anak mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - c) Anak berperan aktif dalam mengungkapkan perasaan, pikiran dan perilakunya.

2. FASE KERJA

a. Terapis mendiskusikan tentang :

- 1) perasaan yang dialami anak
- 2) pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri
- 3) pikiran otomatis yang negatif tentang orang lain
- 4) pikiran otomatis yang negatif tentang lingkungan

b. Terapis mendiskusikan perilaku akibat perasaan dan pikiran yang negatif

c. Terapis menganjurkan anak untuk mencatat pikiran negatif dan perilaku negatif.

- d. Menjelaskan hubungan pikiran dan perilaku yang dialami anak dengan masalah usia sekolah dengan kesulitan belajar.
- e. Terapis mendiskusikan dampak negatif akibat perasaan negatif, pikiran negatif dan perilaku negatif yang dialami anak
- f. Terapis membuat kontrak dengan anak untuk melakukan terapi agar dampak negatif dapat dihindari
- g. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat anak.

3. TERMINASI

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan anak setelah percakapan
- 2) Mengevaluasi kemampuan anak mengenali pikiran negatif dan perilaku negatif yang dialami
- 3) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama anak yang baik

b. Tindak lanjut

- 1) Menganjurkan anak mengingat perasaan, pikiran, dan perilaku negatif serta dampaknya yang lain yang belum diceritakan dan menuliskannya pada catatan harian.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu anak mampu mereview perasaan, pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan. Dan belajar cara untuk mengatasinya
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2

C. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi Proses : evaluasi dilakukan saat proses TKP berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 1 adalah kemampuan anak memperkenalkan diri, mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami anak

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki anak saat TKP pada catatan perkembangan anak. Jika anak dianggap mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 1, anak mampu mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami anak serta mampu mengenali pikiran dan perilaku negatif yang dialami. Anak dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika anak dianggap belum mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 1, anak belum mampu mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami anak serta belum mampu mengenali pikiran dan perilaku negatif yang dialami., dianjurkan anak untuk melatih diri di ruangan (buat jadwal).

D. FORMAT EVALUASI PROSES TKP

Sesi 1 TKP

Sesi 1 TKP: Pengkajian

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memperkenalkan diri dengan baik.		
2	Mengungkapkan perasaan negatif		
3	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri		
4	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap orang lain		
5	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap lingkungan		
6	Mengenali perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 4 : anak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : anak harus mengulangi sesi

E. Format dokumentasi TKP

Sesi 1 TKP: Pengkajian

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memperkenalkan diri dengan baik.		
2	Mengungkapkan perasaan negatif		
3	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri		
4	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap orang lain		
5	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap lingkungan		
6	Mengenali perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

3. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
4. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 4 : anak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : anak harus mengulangi sesi

F. Jadwal Kegiatan Harian

JADWAL KEGIATAN HARIAN

Nama : _____

No.Kode : _____

Kelas : _____

Petunjuk : Tulis bagian yang akan dilatih oleh anak

No	Waktu	Kegiatan	Tanggal Pelaksanaan							Ket
1	05 ⁰⁰ -06 ⁰⁰									
2	06 ⁰⁰ -07 ⁰⁰									
3	07 ⁰⁰ -08 ⁰⁰									
4	08 ⁰⁰ -09 ⁰⁰									
5	09 ⁰⁰ -10 ⁰⁰									
6	10 ⁰⁰ -11 ⁰⁰									
7	Dst									

SESI II. TKP: TERAPI KOGNITIF

TUJUAN

1. Anak mampu mereview perasaan, pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan.
2. Anak mampu mendemonstrasikan cara mengatasi perasaan, pikiran, perilaku negatif dengan metoda 3 kolom

SETTING

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruang bimbingan yang ada di sekolah
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Anak duduk berhadapan dengan terapis

ALAT

2. Format evaluasi proses
3. Format dokumentasi
4. Format metode 3 kolom
5. Format jadwal kegiatan harian
6. Alat tulis

METODE

1. Diskusi dan tanya jawab

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

A. PERSIAPAN

1. Mengingatkan kontrak dengan anak
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. PELAKSANAAN

1. ORIENTASI

- a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada anak

- b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan anak saat ini
 - 2) Menanyakan perasaan, pikiran otomatis yang negatif dan perilaku negatif serta akibat negatif yang belum didiskusikan pada sesi 1. Tuliskan dan tambahkan pada catatan yang lalu
- c. Kontrak
 - 1) Menyepakati terapi sesi 2.
 - 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2 yaitu mereview perasaan, pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan. Dan belajar cara mengatasinya dengan metoda tiga kolom.
 - 3) Menyepakati tempat dan waktu

2. FASE KERJA

- a. Terapis mengklasifikasikan perasaan dan pikiran negatif dalam distorsi kognitif
- b. Terapis mendiskusikan perilaku negatif yang muncul sebagai akibat dari perasaan dan pikiran negatif yang muncul
- c. Terapis memberikan pujian terhadap keberhasilan anak mereview perasaan, pikiran dan perilaku negatif.
- d. Terapis menjelaskan hubungan pikiran otomatis yang negatif sangat erat hubungannya dengan emosi dan perilaku
- e. Terapis menjelaskan cara menyelesaikan masalah dengan metode 3 (tiga) kolom
- f. Terapis mendiskusikan cara menggunakan metode 3 (tiga) kolom
- g. Terapis memberikan format metode 3 (tiga) kolom dan membantu anak menggunakannya dengan menulis pikiran otomatis yang negatif pada kolom pertama, dan menulis cara berpikir untuk melawan/menyelesaikannya pada kolom ketiga.
- h. Terapis memotivasi anak untuk menuliskan pikiran otomatis negatif kedua yang dialami serta cara menyelesaikannya
- i. Terapis memberi *reinforcement* positif terhadap keberhasilan anak

3. TERMINASI

a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan anak setelah mereview perasaan, pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan.
- 2) Terapis menanyakan perasaan anak setelah mencoba metoda tiga kolom.
- 3) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan anak

b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan anak untuk melakukan metoda tiga kolom untuk pikiran otomatis negatif yang lain.
- 2) Anjurkan anak untuk melatih menulis metoda tiga kolom secara teratur
- 3) Bantu anak memasukkan latihan metoda tiga kolom dalam jadwal kegiatan harian

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan dengan memberikan konsekwensi positif-konsekwensi negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 3

C. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi Proses : evaluasi dilakukan saat proses TKP berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan anak mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan
2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki anak saat TKP pada catatan perkembangan anak. Jika anak dianggap mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 2, anak mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian

masalah. Anak dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika anak dianggap belum mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 2, anak belum mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan anak untuk melatih diri di rumah /mengulangi sesi 2(buat jadwal).

D. FORMAT EVALUASI PROSES TKP

Sesi 2 TKP: Terapi kognitif

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Mengidentifikasi pikiran negatif yang muncul di buku kerja		
2	Memilih pikiran negatif yang ingin diatasi		
3	Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi perasaan dan pikiran negatif		
4	Menggunakan metode 3 (tiga) kolom untuk mengubah pikiran negatif		
5	Menulis pikiran otomatis dan cara penyelesaian masalahnya		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 4 : anak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : anak harus mengulangi sesi

E. FORMAT DOKUMENTASI :

Sesi 2 TKP: Terapi kognitif

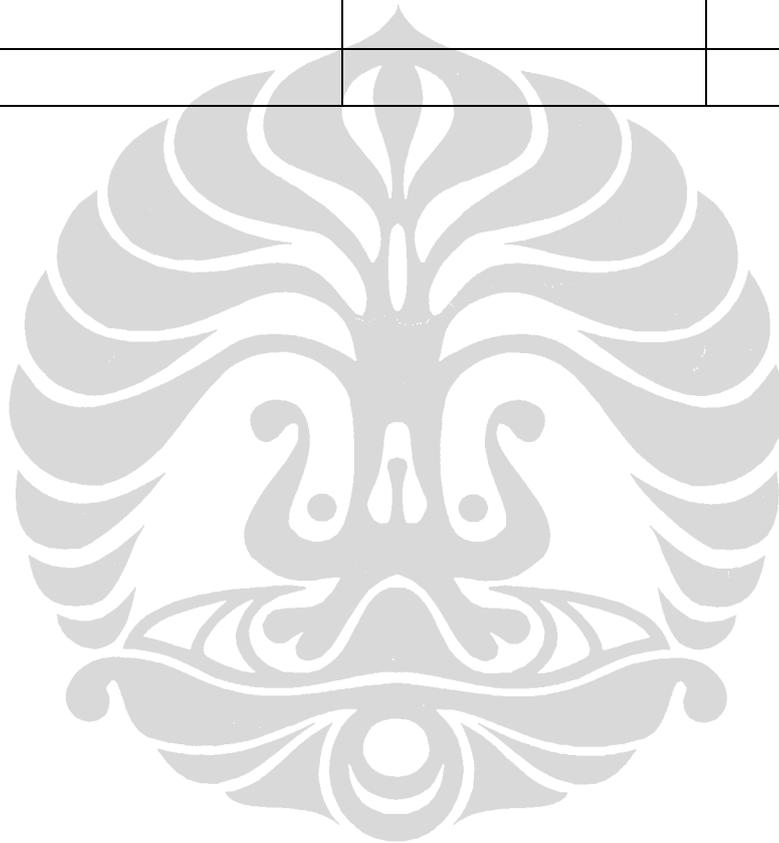
Tanggal:

No	Pikiran –pikiran negatif tentang diri, orang lain dan lingkungan	Cara melawan pikiran-pikiran negatif
1.		
2.		
3.		

F. FORMAT METODE 3 (TIGA) KOLOM

Metode 3 (tiga) kolom dalam TKP

Pikiran otomatis negatif	Distorsi Kognitif	Tanggap rasional



SESI III. TKP: TERAPI PERILAKU

TUJUAN

1. Anak mampu menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif-konsekuensi negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).

SETTING

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruang bimbingan yang ada di sekolah
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Anak duduk berhadapan dengan terapis

ALAT

1. Format Evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

METODE

1. Diskusi dan tanya jawab

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

A. PERSIAPAN

1. Mengingat kontrak dengan anak
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. PELAKSANAAN

1. ORIENTASI

- a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada anak
- b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan anak saat ini

- 2) Menanyakan pada anak tentang kemampuan mereview perasaan, pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan serta cara mengatasi perasaan, pikiran, dan perilaku negatif
- 3) Menanyakan metode 3 kolom yang telah dilakukan anak untuk menyelesaikan masalah yang telah digunakan sesuai kesepakatan pada sesi 2
- 4) Memberikan pujian atas keberhasilan anak dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.

c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 3
- 2) Menjelaskan tujuan sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan dengan memberikan konsekwensi positif-konsekwensi negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).
- 3) Menyepakati tempat dan waktu

2. FASE KERJA

- a. Terapis mendiskusikan dengan anak perilaku yang muncul dari pikiran negatif
- b. Terapi menganjurkan anak untuk mencatat perilaku yang muncul dari pikiran negatif.
- c. Terapis mendiskusikan dengan anak tentang perilaku negatif yang mau dirubah.
- d. Terapis menjelaskan tentang perilaku baru yang akan dipelajari
- e. Terapis menjelaskan pada anak tentang konsekwensi positif dan konsekwensi negatif terhadap perilaku yang dipelajari
- f. Terapis membantu anak untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- g. Terapis bersama anak membuat komitmen tentang bagaimana anak dan terapis menerapkan konsekwensi positif dan negatif

3. TERMINASI

a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan pada anak perilaku baru apa yang akan dilakukannya
- 2) Terapis menanyakan perasaan anak setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari
- 3) Terapis menanyakan kemampuan anak mereview perasaan, pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan.

b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan anak untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- 2) Bantu anak memasukkan kegiatan mempraktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan harian anak yang diberikan.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan anak merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku adaptif dan menerapkan terapi secara konsisten.
- 2) Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekwensi positif-konsekwensi negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).
- 3) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 4

C. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi proses yaitu evaluasi dilakukan saat proses TKP berlangsung, khususnya pada fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan anak menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekwensi positif-konsekwensi

negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki anak saat TKP pada catatan perkembangan anak. Jika anak dianggap mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 3, anak mampu menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif-konsekuensi negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*). Anak dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika anak dianggap belum mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 3, anak belum mampu menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif-konsekuensi negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*). Dianjurkan anak untuk melatih diri di rumah /mengulangi sesi 3(buat jadwal).

D. FORMAT EVALUASI PROSES

Sesi 3. TKP: Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal:	Tanggal
1	Mengidentifikasi pikiran negatif yang sudah dituliskan pada buku kerja		
2	Mengidentifikasi perilaku yang negatif di buku kerja		
3	Memilih satu perilaku yang negatif yang akan dirubah.		
4	Mengidentifikasi kelakuan yang baik untuk merubah kelakuan yang buruk.		
5	Melakukan perilaku yang baik		
6	Menyebutkan hadiah yang diinginkan jika melakukan kelakuan yang baik		
7	Menyebutkan sangsi yang akan didapatkan jika melakukan kelakuan yang buruk		
	Jumlah		

A. Petunjuk:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

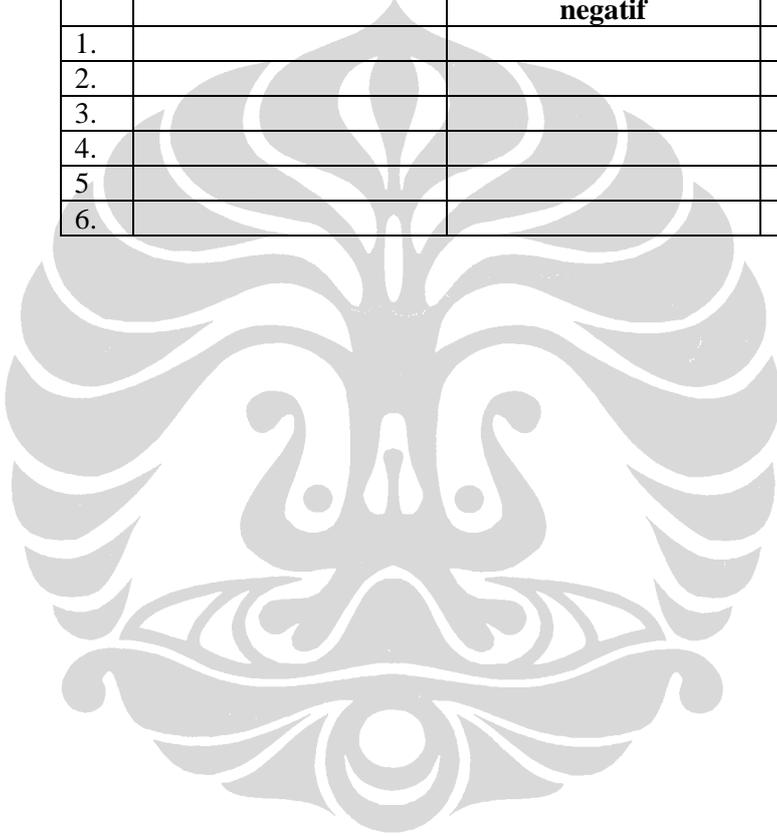
1. Bila nilai ≥ 5 : anak dapat melanjutkan ke Sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 4 : anak harus mengulangi Sesi III

E. FORMAT DOKUMENTASI

Sesi 3. TKP: Terapi Perilaku

Tanggal :

No	Perilaku negatif akibat pikiran negatif	Perilaku positif untuk merubah perilaku negatif	Hadiah	Sanksi
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				



SESI IV.TKP: EVALUASI TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PERILAKU

TUJUAN

1. Anak mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
2. Anak mampu merubah perilaku negatif menjadi perilaku adaptif
3. Anak mampu menerapkan terapi secara konsisten.

SETTING

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruang yang ada di sekolah
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Anak duduk berhadapan dengan terapis

ALAT

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

METODE

1. Diskusi dan tanya jawab

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

A. PERSIAPAN

1. Mengingatnkan kontrak dengan anak
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. PELAKSANAAN

1. ORIENTASI

- a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada anak
- b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan anak saat ini

- 2) Menanyakan pada anak tentang kemampuan menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif-konsekuensi negatif kepada anak dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*)
- 3) Menanyakan metode 3 kolom yang telah dilakukan anak untuk menyelesaikan masalah yang telah digunakan sesuai kesepakatan pada sesi 2
- 4) Memberikan pujian atas keberhasilan anak dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.

c. Kontrak

- 1) Menyepakati pertemuan sesi 4
- 2) Menjelaskan tujuan terapi sesi 4 yaitu mengevaluasi :
 - a) kemampuan anak mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
 - b) kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku adaptif
 - c) kemampuan menerapkan terapi secara konsisten.
- 3) Menyepakati tempat dan waktu pertemuan sesi 4

3. FASE KERJA

- a. Terapis menanyakan perilaku mana yang akan dipraktikkan sebagai contoh.
- b. Terapi memberikan konsekuensi sesuai dengan hasil perilaku yang dicontohkan
- c. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai anak
- d. Terapis memberikan feedback atas kemajuan dan perkembangan terapi.
- e. Terapis mengingatkan anak untuk menerapkan terapi secara konsisten dengan tetap menggunakan metode 3 (tiga) kolom dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktikkan perilaku baru yang adaptif

- f. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati.

3. TERMINASI

a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan anak setelah melaksanakan perilaku baru yang dipelajari
- 2) Terapis menanyakan pada anak pikiran positif yang muncul saat ini.
- 3) Terapis menanyakan pada anak perilaku baru apa yang akan dilakukan
- 4) Berikan pujian untuk jawaban anak

b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan anak untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berfikir secara positif
- 2) Anjurkan anak untuk tetap menerapkan perilaku baru yang disepakati
- 3) Anjurkan anak untuk tetap menerapkan terapi secara konsisten dengan menerapkan metode 3 (tiga) kolom dan melaksanakan perilaku baru yang positif
- 4) Masukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian anak.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan sesi 5 yaitu membantu anak untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan kelima

C. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi proses yaitu evaluasi dilakukan saat proses TKP berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan anak mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku adaptif,

kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati.

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki anak saat TKP pada catatan perkembangan anak. Jika anak dianggap mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 4, anak mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku adaptif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati. Anak dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 5. Jika anak dianggap belum mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP sesi 4, anak belum mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku adaptif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati. Anak dianjurkan untuk melatih diri di rumah /mengulangi sesi 4(buat jadwal).

D. FORMAT EVALUASI PROSES TKP

Sesi 4. TKP: Evaluasi Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal:	Tanggal:
1	Menuliskan pikiran positif yang dirasakan saat ini		
2	Mempraktekkan perilaku baru yang disepakati		
3	Menuliskan hadiah yang diperoleh		
4	Menuliskan sangsi yang diperoleh		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

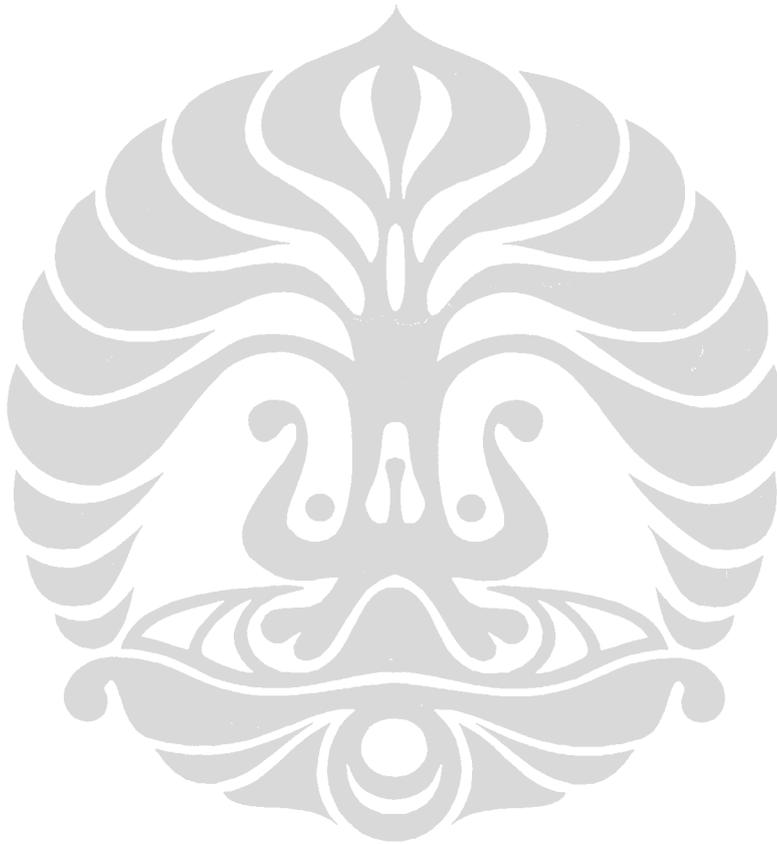
1. Bila nilai ≥ 3 : anak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 2 : anak harus mengulangi sesi

E. FORMAT DOKUMENTASI

Sesi 4. TKP: Evaluasi Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku

Tanggal :

No	Pikiran-pikiran positif tentang diri, orang lain dan lingkungan	Perilaku positif akibat pikiran positif	Hadiah
1			
2			
3			
4			



SESI V. TKP: MEMPERTAHANKAN KETERAMPILAN YANG DICAPAI

TUJUAN

1. Anak mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.
2. Anak mampu mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

SETTING

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruang bimbingan yang ada di sekolah
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Anak duduk berhadapan dengan terapis

ALAT

2. Format evaluasi proses
3. Format dokumentasi
4. Format jadwal kegiatan harian
5. Alat tulis

METODE

1. Diskusi dan tanya jawab

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

A. PERSIAPAN

1. Mengingatkan kontrak dengan anak
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. PELAKSANAAN

1. ORIENTASI

- a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada anak
 - 2) Panggil anak sesuai nama panggilan

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan tentang kemampuan anak dalam mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku adaptif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati.
- 2) Menanyakan apakah metode 3 kolom tetap diterapkan dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku negatif yang masih muncul.
- 3) Jika sudah, berikan konsekwensi positif dan jika belum, berikan konsekwensi negatif yang disepakati

c. Kontrak

d. Menyepakati pertemuan kelima

e. Menjelaskan topik percakapan sesi V yaitu

- 1) membantu anak untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi
- 2) membantu anak memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping TKP untuk mencegah kekambuhan
- 3) melakukan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan

f. Menyepakati tempat dan waktu

2. FASE KERJA

- a. Terapis menganjurkan anak untuk tetap meningkatkan kemampuan untuk menggunakan pikiran positif tentang diri dan berperilaku adaptif yang telah disepakati
- b. Terapis memberikan konsekwensi positif terhadap pikiran positif dan perilaku adaptif.
- c. Terapis mendiskusikan apa yang akan dilakukan anak sendiri.
- d. Terapis menganjurkan anak untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri
- e. Terapis menyepakati dengan anak untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan

- f. Terapis bersama anak menyimpulkan untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.

3. TERMINASI

a. Evaluasi

- 1) Terapis mengevaluasi kemampuan anak untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
- 2) Terapi menanyakan perasaan anak setelah menyepakati untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan
- 3) Berikan pujian atas keberhasilan anak

b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan anak untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan dan aktif membentuk pikiran dan perasaan positif serta berperilaku adaptif.
- 2) Kerjasama dengan guru wali kelas untuk memonitor pikiran dan perilaku yang ditampilkan anak dan melanjutkan kesepakatan untuk memberikan konsekwensi positif terhadap perilaku yang di adaptif dan konsekwensi negatif terhadap perilaku negatif.
- 3) Catat kegiatan yang dilakukan dalam jadwal kegiatan harian anak.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Mengakhiri pertemuan untuk TKP usia sekolah dengan kesulitan belajar dan disepakati jika anak perlu terapi modalitas lainnya.

C. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi proses yaitu dilakukan saat proses TKP berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan anak untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam

setiap masalah yang dihadapi, mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki anak saat TKP pada catatan perkembangan anak. Jika anak dianggap mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP Sesi 5, anak mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi untuk mencegah kekambuhan, anak mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan. Jika anak dianggap belum mampu, maka catatan perkembangan adalah anak mengikuti TKP Sesi 5, anak belum mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan, dianjurkan anak untuk melatih diri di rumah /mengulangi sesi 5(buat jadwal).

D. FORMAT EVALUASI

Sesi 5. TKP : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku negatif

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
1	Menggunakan pikiran positif dalam menyelesaikan masalah		
2	Menggunakan perilaku positif dalam menyelesaikan masalah		
3	Menyebutkan keuntungan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan		
4	Menyebutkan akibat tidak mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 4 : anak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : anak harus mengulangi sesi

E. FORMAT DOKUMENTASI

Sesi 5. TKP : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku negatif untuk mencegah kekambuhan

Tanggal:

No	Menyebutkan keuntungan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan	Menyebutkan akibat tidak mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
1		
2		
3		
4		
5		

