

PRAKTIK PSIKOLOGI KLINIS ANAK DAN REMAJA

Yuspendi, Medina Hafizha Iredifa, Alviola Fiesta Gabriella, Anik Dwi Hiremawati, Sati Lastari, Dhiya Dzahabiyah, Larasati Ajeng Lestari, Tamara Yosephine Loudoe, Jasmine Amany Mahardhika Paulus, Hannah Win Hutabarat, Annisa Rizky Apriliani, Natasha Indira Ariandina, Nyi Rd Ghupti Raina Putri, Tifani Meilianawati, Zulfa Hidayana, Regine Larasati Trioni Puteri, Yulita Anggelia, Ira Adelina

PRAKTIK PSIKOLOGI KLINIS ANAK DAN REMAJA

Penulis

Yuspendi, Medina Hafizha Iredifa, Alviola Fiesta Gabriella, Anik Dwi Hiremawati, Sati Lastari, Dhiya Dzahabiyah, Larasati Ajeng Lestari, Tamara Yosephine Loudoe, Jasmine Amany Mahardhika Paulus, Hannah Win Hutabarat, Annisa Rizky Apriliani, Natasha Indira Ariandina, Nyi Rd Ghupti Raina Putri, Tifani Meilianawati, Zulfa Hidayana, Regine Larasati Trioni Puteri, Yulita Anggelia, Ira Adelina

Editor:

Yuspendi

Tata Letak

Arypena

Desain Sampul

Indy

15.5 x 23 cm, vi + 193 hlm.

Cetakan I, September 2023

ISBN:

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,

Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571

e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta

No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa karena dengan Rahmat-Nya, kami dapat menyelesaikan penulisan bunga rampai ini. Tujuan penulisan bunga rampai ini untuk memberikan edukasi bagi para orang tua, guru dan sesama praktisi psikologi agar dapat lebih memahami permasalahan yang terjadi pada anak dan remaja mulai dari penyebab, gejala-gejala hingga upaya penanganannya secara praktis.

Dalam proses penulisan bunga rampai ini, kami mengucapkan terima kasih atas bantuan dari Anik Dwi Heremawati dan Yulita Anggelia yang telah membantu membaca dan memberikan masukan pada artikel sebelum diterbitkan agar hasil lebih optimal. Selain itu, membantu mendampingi selama belajar maupun praktek psikologi di lapangan.

Akhir kata, tidak lupa saya ucapkan terima kasih kepada Evany Victoriana selaku Kaprodi Magister Psikologi Profesi yang memberikan dukungan dana penerbitan bunga rampai yang sangat berguna bagi kita semua dan Rosida Tiur Manurung yang telah membantu dalam proses penerbitan sehingga dapat memberikan manfaat bagi kita semua dalam mengedukasi masyarakat terkait permasalahan psikologis pada anak dan remaja dalam kehidupan sehari-hari.

Bandung, 15 Desember 2023

Yuspendi

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
PERMASALAHAN PSIKOLOGIS PADA ANAK DAN REMAJA DALAM KEHIDUPAN SEHARI-HARI <i>Yuspendi</i>	1
ANAK-ANAK DENGAN ANXIOUS—WORRIER PADA MASA PANDEMI COVID-19 <i>Chusnul Rizka Febrianti</i>	7
LEMAHNYA MOTIVASI BELAJAR ANAK DI SEKOLAH: PENYEBAB, PENCEGAHAN, DAN CARA MENANGANINYA <i>Medina Hafizha Iredifa</i>	16
TIGA CARA MENCEGAH DAN MENANGANI OBESITAS PADA ANAK DAN REMAJA <i>Alviola Fiesta Gabriella, Yuspendi</i>	27
PROSES KOGNITIF PADA <i>SPECIFIC LEARNING DISORDER</i> : TINJAUAN NEUROPSIKOLOGI <i>Anik Dwi Hiremawati</i>	38
TIPS BAGI ORANG TUA UNTUK MENDAMPINGI ANAK HIPERAKTIF <i>Sati Lastari</i>	54
GAMBARAN PERILAKU AGRESIVITAS PADA REMAJA <i>Dhiya Dzahabiyah, Yuspendi</i>	66
CARA MENURUNKAN GEJALA <i>SHORT ATTENTION SPAN DISTRACTIBLE</i> PADA SISWA SEKOLAH DASAR <i>Larasati Ajeng Lestari</i>	75
PERILAKU SEKSUAL PADA REMAJA DENGAN AUTISM SPECTRUM DISORDER <i>Tamara Yosephine Loudoe, Yuspendi</i>	85

FAKTOR YANG MEMENGARUHI <i>AUTISM SPECTRUM DISORDER</i> PADA ANAK <i>Jasmine Amany Mahardhika Paulus, Yuspendi</i>	96
MENGENAL CARA MENANGANI ANAK YANG PEMALU <i>Hannah Win Hutabarat, Yuspendi</i>	110
TEKNIK <i>COGNITIVE BEHAVIOR MODIFICATION</i> UNTUK MENGATASI <i>TEMPER TANTRUM</i> PADA ANAK USIA DINI <i>Annisa Rizky Apriliani</i>	120
GAMBARAN DEPRESI DAN <i>SELF-INJURIOUS</i> PADA REMAJA DI ERA COVID-19 Natasha Indira Ariandina	131
PERMASALAHAN ANAK DENGAN ISOLASI SOSIAL <i>Nyi Rd Ghupti Raina Putri</i>	141
<i>EXPOSURE THERAPY</i> UNTUK MENANGANI <i>SPECIFIC PHOBIA</i> <i>Tifani Meilianawati</i>	149
<i>DRUG ADDICTION</i> PADA REMAJA <i>Zulfa Hidayana</i>	159
PERMASALAHAN PERSAINGAN SAUDARA KANDUNG (<i>SIBLING RIVALRY</i>) PADA ANAK <i>Regine Larasati Trioni Puteri</i>	168
KEMAMPUAN INTERAKSI SOSIAL ANAK DENGAN <i>AUTISM SPECTRUM DISORDER</i> , BISA KAH BERKEMBANG? Yulita Anggela, Ira Adelina.....	179

PERMASALAHAN PSIKOLOGIS PADA ANAK DAN REMAJA DALAM KEHIDUPAN SEHARI-HARI

Yuspendi

Magister Psikologi Profesi Universitas Kristen Maranatha
yuspendi@psy.maranatha.edu

PENDAHULUAN

Permasalahan psikologis pada anak dan remaja semakin hari semakin banyak dan kompleks. Penyebabnya mulai dari faktor resiko kelahiran, kondisi lingkungan yang beresiko, kurangnya stimulasi dari lingkungan hingga faktor kerusakan pada sistem syarat maupun faktor genetika/bawaan. Faktor-faktor penyebab ini pada dasarnya terbagi menjadi 2 yaitu faktor lingkungan dan bawaan. Kombinasi kedua faktor yang akan menentukan ringan dan beratnya permasalahan yang dihadapi anak. Contohnya anak yang mengalami kesulitan belajar karena faktor bawaan akan menjadi lebih ringan bila lingkungan memberikan stimulasi dan dukungan pada anak dibandingkan bila anak tidak mendapatkan stimulasi dan dukungan orang tua dan guru di sekolah. Selain itu, semakin bertambah usia bila tidak mendapatkan intervensi yang tepat maka akan semakin berat permasalahan yang dihadapi anak.

Pentingnya merawat anak sejak masa kehamilan untuk mengurangi resiko yang terjadi pada saat melahirkan. Perawatan sejak masa kehamilan dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti menghindari minuman beralkohol, merokok, makan-makanan yang gizi, pemeriksaan rutin selama kehamilan, menjaga kondisi emosi agar tetap stabil, dan minum obat-obatan yang sesuai dengan ajuran dokter. Jika orang tua melakukan hal tersebut paling tidak orang tua sudah mengurangi resiko kelahiran pada anak.

Penyebab permasalahan psikologis anak dan remaja lainnya adalah kondisi lingkungan yang beresiko seperti tinggi polusi baik udara dan air yang mengandung timbal berat, banyak mengonsumsi makanan yang mengandung pengawet maupun zat yang berbahaya seperti obat-obatan yang tidak diajarkan oleh dokter. Hal ini berakibat pada permasalahan fisik maupun psikologis karena terganggu perkembangan anak dikemudian hari.

Permasalahan anak dan remaja karena kurangnya stimulasi baik dari orang tua di rumah dan guru di sekolah. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan pada perkembangan anak dan remaja, terutama anak yang bermasalah. Kondisi ini seringkali terjadi pada keluarga yang memiliki ekonomi terbatas, keluarga yang sibuk bekerja sehingga mengabaikan anak serta kurangnya pengetahuan orang tua mengenai pentingnya stimulasi dini pada anak. Stimulasi sangat penting diberikan sejak kehamilan hingga anak tersebut lahir dengan melihat usia perkembangan anak dan remaja.

Selain faktor eksternal diatas, adanya juga faktor internal yang bersifat bawaan karena ada kelainan genetika maupu kelainan bawaan. Hal ini berarti adanya permasalahan psikologis anak dan remaja yang diturunkan dari orang tua dan terjadi pada salah satu anggota dalam keluarga besar baik suami atau istri.

Penyebab lainnya adalah penyakit maupun kecelakaan yang menyerang perkembangan syarat pusat anak sehingga tidak dapat berkembang secara optimal. Contohnya kejang karena demam maupun epilepsi yang dapat menyerang syarat motorik maupun bahasa anak sehingga mengalami motor atau *speech delay* pada anak. Selain itu, kecelakaan pada bagian kepala juga akan menyebabkan rusaknya bagian syaraf pusat (*brain injure*) sehingga berdampak pada perilaku anak dan remaja.

Kondisi ini perlu dipahami dengan baik terkait 3 hal dalam menangani permasalahan anak dan remaja yaitu kita perlu mengetahui penyebab permasalahan tersebut muncul, cara melakukan pengukuran dan menentukan diagnosa yang tepat dan melakukan intervensi dini agar masalah anak dan remaja tidak berkembang menjadi lebih parah lagi.

PEMBAHASAN

Berdasarkan etiologi atau studi tentang penyebab atau sumber suatu penyakit atau kelainan psikologis seperti yang dijelaskan diatas maka dapat dikelompokkan permasalahan psikologi anak dan remaja sebagai berikut :

Permasalahan yang disebabkan oleh faktor resiko kelahiran ada 2 jenis terkait kondisi fisik dan psikologis ibu saat mengandung anaknya pada trimester tertentu. Misalnya Ibu yang saat hamil minum alkohol dengan dosis yang berlebihan akan menyebabkan terhambatnya perkembangan otak anak, bayi lahir premature bahkan sampai keguguran. Kondisi ini dapat menempatkan pada *fetal alcohol syndrome (FAS)* yang bisa menyebabkan kelainan fisik maupun mental. FAS atau sindrom alkohol janin adalah suatu kondisi pada anak yang dihasilkan dari paparan alkohol selama kehamilan yang menyebabkan kerusakan otak dan masalah pertumbuhan (Kompas.com, 2021)

Selain itu, ibu yang sedang hamil perlu rutin untuk memantau perkembangan janin dan kesehatan agar bayi yang lahir dalam kondisi yang sehat. Pola makan ibu juga perlu diperhatikan dengan menghindari makanan yang banyak mengandung bahan pengawet makan maupun fastfood. Hal ini untuk mencegah agar bayi tidak mengalami kurang gizi sehingga perkembangan kecerdasannya menjadi terhambat atau *stunting* terkait terhambatnya perkembangan fisik pada anak. Cara untuk mengatasi *stunting* pada anak adalah diperbaiki sebelum usia 2 tahun, memberikan ASI, memberikan makanan olah protein hewani yang bergizi, imunisasi rutin, selalu memantau perkembangan anak, dan perilaku hidup sehat (genbest.id, 2023)

Resiko kelahiran karena faktor psikologis yang dialami ibu saat hamil seperti mengalami stress ataupun terjadinya konflik dengan pasangan dapat meningkatkan hormon kortisol berperan dalam meningkatkan stress. Kondisi ini dapat mempengaruhi perkembangan hormon kortisol pada janin sehingga anak saat lahir akan memiliki toleransi stress yang rendah dan mudah mengalami stres.

Kondisi lingkungan yang beresiko karena polusi udara dan air yang mengandung timbal berat/plumbism sehingga dapat menyebabkan keracunan pada janin yang merusak fungsi organ dan sistem tubuh manusia. Hal ini merupakan salah satu penyebab anak mengalami autisme pada anak dan remaja karena keracunan timbal berat. Menurut NCBI bahwa penyebab autisme adalah faktor genetic, gangguan neurologis dan faktor lingkungan karena keracunan (toksin) logam berat (westerindo.com, 2023). Selain itu, makan-makanan yang banyak mengandung zat pengawet akan mempengaruhi kesehatan dan perkembangan anak ke depannya.

Penyebab kurangnya stimulasi dari lingkungan karena kesibukan orang tua dalam bekerja atau adanya keterbatasan pemahaman orang tua dalam mendidik anak. Kondisi ini dapat menghambat satu atau semua perkembangan anak sehingga anak akan mengalami kesulitan dalam mengikuti pelajaran tertentu. Selain itu, ini dapat memperparah keadaan anak bila lama tidak diberikan stimulasi yang tepat dari orang tuanya.

Kerusakan pada sistem syaraf pusat karena penyakit, kecelakaan atau faktor genetika/bawaan merupakan salah satu penyebab yang cenderung bersifat permanen dan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mengalami pemulihan. Hal ini karena terkait dengan rusak bagian otak (*brain injure*) atau tubuh lainnya yang membuat anak mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas tertentu dalam belajar. Misalnya anak dengan disabilitas kecerdasan (ID) karena faktor penyakit, kecelakaan atau bawaan dapat membuat anak mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri di lingkungan serta lamban dalam mengolah informasi yang diterima dari lingkungannya.

Faktor penyebab permasalahan psikologi dapat menimbulkan gangguan ringan hingga berat seperti yang bersifat sehari-hari (*common problems*) maupun hingga membutuhkan diagnosa dan intervensi yang khusus. Kondisi ini yang akan dijelaskan pada bagian-bagian berikutnya secara spesifik.

PENUTUP

Berdasarkan uraian diatas maka sangat penting untuk mengetahui penyebab permasalahan psikologis anak dan remaja sejak dini. Hal ini dapat membantu psikolog dalam menentukan diagnosa dan intervensi dini yang tepat sehingga dapat mengurangi dan mencegah resiko yang lebih berat dan lebih lama dalam penanganannya.

Penyebab yang sama dapat menimbulkan permasalahan psikologis yang berbeda-beda dan permasalahan psikologis yang sama dapat disebabkan oleh faktor yang berbeda. Oleh karena itu, kita harus dapat memahami dengan baik bahwa permasalahan psikologis pada anak dan remaja tidak hanya disebabkan oleh faktor tunggal tapi oleh beberapa faktor yang dapat memperkuat dan memperlemahkan permasalahan psikologis anak dan remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Genbest.id. 2023. 10 Cara mengatasi stunting pada anak, orang tua wajib tahu. <https://genbest.id/articles/cara-mengatasi-stunting-pada-anak-orang-tua-wajib-tahu> diakses pada tanggal 8 September 2021.
- Kompas.com, 2021. Fetal alcohol syndrome (fas) atau sindrom alcohol janin. <http://health.kompas.com/penyakit/read/2021/11/19/170000968/fetal-alcohol-syndrome-fas-atau-sindrom-alkohol-janin> diakses tanggal 10 September 2023.
- Westerindo.com. 2023. Pentingnya tes timbal untuk autism. <https://westerindo.com/pentingnya-tes-timbal-untuk-autisme> diakses pada tanggal 10 September 2023.

PROFIL SINGKAT

Yuspendi lahir di Tanjungkarang, Bandar Lampung pada tahun 1975 dan menyelesaikan Studi S1 di Fakultas Psikologi Universitas Kristen Maranatha (UKM) tahun 1997, melanjutkan ke Profesi Psikologi UKM tahun 1999, Magister Psikologi Profesi Unpad tahun 2004, Magister Pendidikan Anak Usia Dini UPI tahun 2010 dan Program

Doktoral UI tahun 2012. Saat ini sebagai dosen di Magister Psikologi sejak tahun 1999 sampai sekarang. Selain itu, juga menjabat sebagai Dekan Fakultas Psikologi UKM, Sekretaris Asosiasi Penyelenggara Pegruruan Tinggi Psikologi Indonesia (AP2TPI) dan Ketua Konsorsium Fakultas Psikologi Kristen di Indonesia.

ANAK-ANAK DENGAN ANXIOUS—WORRIER PADA MASA PANDEMI COVID-19

Chusnul Rizka Febrianti

Magister Profesi Psikologi Universitas Kristen Maranatha
chusnulr025@gmail.com

PENDAHULUAN

COVID-19—atau yang merupakan singkatan dari *Coronavirus disease 2019*, adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2, yang mana kasus pertama ditemukan di Wuhan, Cina, pada Desember 2019—yang lantas menyebar ke seluruh dunia dan mengakibatkan wabah pandemi. Penyakit ini disebarkan melalui partikel cairan tubuh orang yang terinfeksi ketika mereka batuk, bersin, berbicara, bahkan bernafas.

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), gejala umum dari penyakit ini adalah demam, batuk-batuk, kelelahan, dan kehilangan sensasi indera pengecap dan pembau. Gejala lainnya juga meliputi tenggorokan yang sakit, pusing, diare, juga mata merah beriritasi. Sementara gejala yang lebih serius antara lain kesulitan bernafas serta sakit di dada.

WHO sendiri menghimbau beberapa Langkah di bawah ini sebagai tindakan pencegahan penyebaran infeksi COVID-19 di laman resminya:

1. Dengan segera mendapatkan vaksin begitu vaksin bisa diakses
2. Menjaga jarak setidaknya satu meter dengan orang lain—meski mereka tidak terlihat sakit
3. Mengenakan masker yang ketat dengan benar ketika tidak memungkinkan untuk melakukan *physical distancing* atau ketika berada di ruangan dengan ventilasi yang kurang memadai
4. Pilihlah ruangan yang memiliki ventilasi udara yang bagus, buka jendela ketika berada di dalam ruangan

5. Tutup mulut ketika batuk atau bersin
6. Jika merasa tidak enak badan, diam di rumah dan istirahat.

Sejauh ini, terdapat 767.364.883 kasus yang sudah terkonfirmasi di seluruh dunia, dengan lebih dari 6 juta kasus kematian akibat COVID-19. Benua dengan laporan kasus terkonfirmasi terbanyak untuk sekarang adalah Eropa dengan 200 juta kasus, yang mana paling melonjak jumlahnya pada Desember 2021 hingga Maret 2022.

Di Indonesia sendiri, terdapat lebih dari 6 juta kasus terkonfirmasi COVID-19 dimana 11 ribu di antaranya masih merupakan kasus aktif—yang berarti penderitanya dinyatakan masih belum sembuh dari COVID-19, dan lebih dari 100 ribu kasus kematian. Kasus COVID-19 di Indonesia meningkat tajam pada Februari 2022.

Selama masa pandemi ini juga interaksi langsung selama kegiatan belajar mengajar juga sangat dibatasi—ada sekolah yang menetapkan jadwal kelas pagi-sore, ada pula yang menetapkan jadwal kelas daring melalui aplikasi ZOOM dan sejenisnya—mengakibatkan anak-anak jadi lebih sering berada di rumah, terlebih lagi himbuan dari pemerintah untuk tidak keluar dari rumah kecuali pada saat mendesak.

Selama masa-masa itu, tidak dapat dipungkiri akan munculnya perasaan kesepian dikarenakan tidak dapat bertemu secara langsung dengan teman-teman—dan hubungan dari rasa kesepian dan kesehatan mental sudah banyak diteliti. Salah satunya penelitian oleh Loades yang menyatakan bahwa rasa kecemasan sosial lebih berbuhungan dengan durasi dari rasa kesepian, bukan dari intensitasnya.

Social distancing dapat mencegah munculnya perasaan cemas dan khawatir pada mereka yang melakukannya atas kemauannya sendiri, akan tetapi hal ini dapat menjadi salah satu sumber rasa cemas dan khawatir pada mereka yang tidak termotivasi secara internal (C Fong and Iarocci, 2020).

Kecemasan di masa pandemi memberikan efek negatif. Kecemasan dan kesusahan terkait dengan risiko kesehatan fisik.

Terdapat dampak negatif muncul di kemudian hari, adapun yang muncul lebih awal. Stres dapat muncul pada anak-anak sebagai keluhan somatik, insomnia, mengompol, dan perubahan emosi seperti marah, menarik diri, menjadi lengket, atau takut sendirian.

Selain itu, kecemasan selama pandemi berdampak negatif pada tidur. Sebuah penelitian menemukan bahwa 41,5% orang tua menyatakan berat badan anak mereka bertambah, 34,2% mencatat peningkatan kecenderungan untuk tidur, dan 69,3% mencatat peningkatan penggunaan internet.

Berdasarkan paparan di atas, peneliti ingin menjelaskan lebih jauh fenomena anak-anak dengan kecemasan dalam masa pandemi COVID-19 ini.

PEMBAHASAN

Kecemasan dan kekhawatiran—menurut Charles dan Howard dalam *“How to Help Children with Common Problems”* berarti perasaan tertekan, merenung, ketakutan, dan rasa gelisah mengenai permasalahan atau rasa sakit yang dirasa akan datang atau diantisipasi. Anak-anak dengan kecemasan dan kekhawatiran mudah merasa takut dan akan “mencari” hal-hal yang perlu dikhawatirkan—selain itu, mereka juga sering merasa tidak nyaman dengan situasi sehari-hari yang menurut orang lain tidak signifikan hingga harus dikhawatirkan.

Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal, yang merupakan penyebab utama dari kecemasan dan kekhawatiran pada anak-anak adalah perasaan gelisah. Perasaan gelisah ini sendiri diakibatkan oleh:

1. Ketidak-konsistenan orang tua atau guru. Hal ini terjadi ketika salah seorang orang tua atau guru mengatakan atau mengharapkan suatu hal tertentu dari anak sementara yang lainnya mengatakan atau mengharapkan sebaliknya. Ketidak-konsistenan ini dapat membuat anak kebingungan dan cemas—membuat mereka menganggap kehidupan sebagai hal yang tidak bisa diprediksi dan menakutkan

2. Ekspektasi dari orang dewasa terhadap kesempurnaan—atau perfeksionism, dapat juga menyebabkan reaksi kecemasan pada sejumlah besar anak-anak. Anak akan merasa tertekan dan khawatir apabila mereka tidak cukup berprestasi sesuai dengan ekspektasi dari orang dewasa
3. Anak-anak yang tidak diberikan batasan oleh orang dewasa—baik karena sifat permisif dari mereka atau kecenderungan mengabaikan apapun yang dilakukan anak oleh orang dewasa juga dapat membuat anak merasa gelisah hingga mereka akan bertindak seolah-olah ingin dihukum sebagai cara untuk menemukan reaksi yang jelas dari orang dewasa yang akan digunakan sebagai “batasan”
4. Kritik dari orang dewasa atau teman sebaya juga dapat menyebabkan ketegangan dan tekanan pada beberapa anak. Mereka cenderung merasa ragu terhadap dirinya sneidir dan mulai mengantisipasi kritikan dari orang lain.
5. Tidak jarang beberapa orang dewasa mencurahkan permasalahan mereka kepada anak-anak—memperlakukan mereka seolah-olah mereka orang dewasa yang bisa menerima curhatan, tanpa mengetahui pembebanan yang terlalu dini pada anak-anak dapat mengakibatkan kecemasan

Selain perasaan gelisah, adapun hal-hal lain yang dapat mendorong munculnya kecemasan dan kekhawatiran pada anak-anak, antara lain:

1. *Guilt*, dimana anak sering merasa cemas ketika menganggap dirinya telah melakukan sesuatu yang buruk. Pada usia 2 hingga 6 tahun, daya imajinasi anak-anak sangat kuat—namun kemampuan mereka untuk membedakan fantasi dan kenyataan masih lemah. Pada masa itu, anak-anak mungkin merasa khawatir dan mengantisipasi hukuman ketika mereka melakukan atau memikirkan sesuatu yang buruk.
2. *Parent modeling*, dimana anak-anak dari orang tua yang mudah khawatir dan merupakan pencemas sering kali menjadi mudah khawatir dan pencemas juga. Hal ini terjadi karena anak-anak

akan mengobservasi cara orang tua mereka menghadapi masalah dengan tegangan dan kekhawatiran.

3. *Excessive frustration*. Frustrasi dapat muncul ketika anak tidak mampu untuk mengemspresikan kemarahannya—atau ketika tujuan yang ditetapkan terlalu tinggi dan anak tidak melakukannya dengan cukup baik, seperti tidak mendapatkan nilai yang memuaskan di sekolah, permasalahan dalam lingkup pertemanan atau kesulitan mendapatkan teman, permasalahan antar saudara atau bahkan orang dewasa.

Selain alasan-alasan di atas, masih banyak alasan-alasan lain yang dapat menumbuhkan perasaan khawatir atau kecemasan pada anak. Terutama pada masa pandemi COVID-19. Menurut sebuah penelitian diketahui bahwa beberapa stressor atau faktor yang menyebabkan perasaan kecemasan dan kekhawatiran pada masa pandemi adalah penyakit yang diderita orang tua, kesulitan finansial, masalah dalam keluarga, dan kecenderungan orang tua untuk mengonsumsi alkohol (Palacio-Ortiz et al., 2020). Selain itu, penelitian terkini juga menyatakan bahwa mereka yang tinggal di pedesaan memiliki resiko lebih tinggi untuk merasakan kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan (Chtourou et al., 2020; Marques de Miranda et al., 2020; C Fong and Iarocci, 2020).

Peraturan masa karantina dimana orang-orang tidak diperbolehkan untuk keluar rumah—seperti yang sudah dibahas sebelumnya, dapat mengakibatkan perasaan kesepian pada sejumlah orang. *Social distancing* dapat melindungi seseorang dari perasaan kecemasan dan kekhawatiran bagi mereka yang secara sadar dan atas kemauannya sendiri melakukannya, akan tetapi dapat juga menjadi sumber dari perasaan khawatir dan cemas tersebut pada orang yang tidak termotivasi secara internal—sebagai contoh, untuk menghindari penilaian orang lain (C Fong and Iarocci, 2020). Pada penelitian yang dilakukan oleh Ratih Ikhtiarini dan Abdul Wakhid, dari 60 orang responden berusia sekolah dasar, ditemukan 35% di antaranya merasakan kecemasan tingkat sedang, sementara 10% lainnya merasakan kecemasan tingkat berat. Selain

itu, penelitian-penelitian lain (contoh: penelitian oleh Spinelli, Pastore, Fasolo (2020) dengan judul "*Parents Stress and Children Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy*", penelitian oleh Ratna Wulan (2020) dengan judul "*Motivasi Belajar Single Mother terhadap Anak di masa Pandemi di Dusun Bukit Teungku*", dll.) menunjukkan bahwa orang tua juga anak-anak yang masih menempu Pendidikan sekolah juga merasakan kecemasan dan kekhawatiran. Berdasarkan pemaparan sebelumnya, kecemasan dan kekhawatiran orang tua yang terlihat oleh anak juga dapat membuat anak merasakan perasaan yang sama.

Beberapa tindakan dapat diambil dan dilakukan oleh orang tua untuk mencegah anak-anak mengembangkan perasaan cemas dan khawatir yang berlebihan, diantaranya:

1. Mengajarkan pemahaman dan cara memecahkan masalah— termasuk cara memahami diri sendiri, orang lain, dan berbagai hal dapat mencegah kecemasan.
2. Mendukung rasa aman dan kepercayaan diri pada anak. Kepercayaan diri dapat diperkuat oleh pengalaman keberhasilan dalam menyelesaikan suatu hal tertentu. Orang tua dapat menyusun permainan atau tugas sedemikian rupa dengan baik sehingga anak-anak dapat menyelesaikannya dan merasakan pengalaman berhasil tersebut.
3. Terima dan pahami fantasi anak. Tidak jarang anak-anak merasa takut akan fantasinya sendiri mengenai kematian, monster, dan kejadian-kejadian aneh, sehingga untuk mencegah kecemasan dan kekhawatiran berdasarkan fantasi-fantasi itu, orang tua harus menjelaskan bahwa semua fantasi itu wajar.

Kemudian, apa yang harus dilakukan ketika anak sudah mencapai tahap diman mereka merasakan kecemasan dan kekhawatiran berlebih seperti ini? Hal pertama yang bisa dilakukan adalah tenang jika anak sedang berteriak, menangis, mondar-mandir, atau panik. Orang tua harus menunjukkan penerimaan, rasa aman, dan optimisme bahwa apapun yang dirasakan oleh anak akan dapat diatasi dan akan berlalu.

Selain itu, anak dapat diajarkan cara untuk merelaksasikan diri mereka dengan menarik nafas dalam-dalam dan merengangkan otot. Selain itu, anak dapat diajarkan untuk melakukan komentar diri yang positif, dan belajar untuk mengungkapkan perasaan mereka agar terhindar dari frustrasi berlebihan. Apabila kecemasan dan kekhawatiran anak sudah sangat intens dan berkepanjangan, maka orang tua harus mencari bantuan profesional.

Adapun dalam masa pandemi, beberapa langkah berikut diketahui efektif untuk menekan rasa cemas dan khawatir pada anak:

1. Kegiatan bermain video game mungkin efektif untuk mengurangi kecemasan, terutama jika dipasangkan dengan musik, yang juga dapat mengurangi kecemasan
2. Motivasi untuk *social distancing*, menumbuhkan perasaan optimis mengenai pandemi, reaktivitas emosional, pemahaman mengenai cara menghindari, dan pengetahuan tentang COVID-19
3. Mencari manfaat (efek positif yang dihasilkan dari peristiwa traumatis) dan diskusi orang tua dan anak tentang pandemi

PENUTUP

Berdasarkan dari paparan di atas, dapat diketahui bahwa kecemasan dan kekhawatiran pada anak disebabkan oleh banyak hal—antara lain, perasaan gelisah, perasaan bersalah, contoh dari orang tua, dan rasa frustrasi yang berlebihan. Selain itu, pada masa pandemi COVID-19, rasa kesepian dan kecemasan yang dirasakan oleh orang tua juga dapat menjadi stressor yang mendorong rasa cemas dan khawatir pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Page J, Hinshaw D, McKay B (26 February 2021). *"In Hunt for Covid-19 Origin, Patient Zero Points to Second Wuhan Market – The man with the first confirmed infection of the new coronavirus told the WHO team that his parents had shopped there"*. *The Wall Street Journal*.
- Kılınçel Ş, Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Usta MB. Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia Pac. Psychiatr.* Published online August 11, 2020.
- Fitria, Linda, Neviyarni, Netrawati, and Yeti Karneli. 2020. "Cognitive Behavior Therapy Counseling Untuk Mengatasi Anxiety Dalam Masa Pandemi Covid19." *Jurnal Pendidikan Dan Konseling* 10(1):23–29.
- Palacio-Ortiz J.D., Londoño-Herrera J.P., Nanclares-Márquez A., Robledo-Rengifo P., Quintero-Cadavid C.P. Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic.
- Marques de Miranda D., da Silva Athanasio B., xie xna Oliveira A.C., Simoes-E-Silva A.C. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct.* 2020;51:101845.d
- C Fong V., Iarocci G. Child and family outcomes following pandemics: a systematic review and recommendations on COVID-19 policies. *J. Pediatr. Psychol.* 2020;45(10):1124–1143.
- Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's. Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol* 2020;11:1713(1-7)
- Wulan R. Motivasi Belajar Single Mother terhadap anak di masa Pandemi di Dusun Bukit Teungku. *Jurnal Review Pendidikan Dasar* 2020;6(2):
- Tang S., Xiang M., Cheung T., Xiang Y.-T. Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19

school closure: the importance of parent-child discussion. *J. Affect. Disord.* 2021;279:353–360.

Xue Q., Xie X., Liu Q., et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among primary school students in Hubei Province, China. *Child. Youth Serv. Rev.* 2020

Chtourou H., Trabelsi K., H'mida C., et al. Staying physically active during the quarantine and self-isolation period for controlling and mitigating the COVID-19 pandemic: a systematic overview of the literature. *Front. Psychol.* 2020;11:1708. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01708.

Adıbelli D., Sümen A. The effect of the coronavirus (COVID-19) pandemic on health-related quality of life in children. *Child. Youth Serv. Rev.* 2020;119:105595.

DAFTAR RUJUKAN

<https://www.who.int/health-topics/coronavirus> dikases pada 04/05/2023 21:03

<https://infeksiemerging.kemkes.go.id/dashboard/covid-19> diakes pada 04/05/2023 21:11

PROFIL SINGKAT

Chusnul Rizka Febrianti lahir di Sidoarjo 6 Februari 2000, merupakan anak tunggal dan memiliki ketertarikan di bidang Psikologi sehingga memutuskan untuk melanjutkan S2 pada tahun 2021 di Universitas Kristen Maranatha Bandung setelah sebelumnya menyelesaikan Pendidikan S1 di Universitas Jendral Achmad Yani Cimahi.

LEMAHNYA MOTIVASI BELAJAR ANAK DI SEKOLAH: PENYEBAB, PENCEGAHAN, DAN CARA MENANGANINYA

Medina Hafizha Iredifa

Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dan Remaja

Universitas Kristen Maranatha

medinairedifa@gmail.com

PENDAHULUAN

Motivasi dapat mempengaruhi bagaimana anak melihat proses pembelajaran di sekolah secara umum, bagaimana anak dapat merasa terhubung dengan pengajarnya, seberapa banyak waktu dan usaha yang dikerahkan anak untuk belajar, seberapa banyak bantuan yang anak coba dapatkan ketika sedang menghadapi kesulitan terkait sekolahnya, bagaimana kinerja anak selama ujian, dan banyak aspek-aspek lain yang berhubungan dengan proses pembelajaran anak di sekolah. Jika anak tidak termotivasi maka akan sulit untuk meningkatkan pencapaian belajar anak, tidak peduli seberapa baik cara gurunya mengajar, atau sebaik apa kurikulum di sekolah. Anak dengan motivasi lemah di sekolah dapat mempengaruhi motivasi anak lain di kelas, yang mana dapat mempengaruhi keseluruhan lingkungan kelas maupun sekolah.

Tingginya motivasi belajar anak tidak hanya berhubungan dengan performa akademik yang meningkat, namun juga berhubungan dengan pengertian konseptual yang lebih baik, kepuasaan pada sekolah, kepercayaan diri dan penyesuaian sosial yang tinggi. Motivasi biasanya berkurang ketika anak mulai menginjak sekolah menengah atas. Lebih dari 40% siswa sekolah menengah atas mulai menunjukkan ketidak tertarikannya untuk belajar, kurang memperhatikan, menunjukkan upaya yang sedikit untuk mengerjakan tugas sekolah, dan dilaporkan terlihat bosan

di kelas. Contohnya, 70% anak-anak yang keluar di jenjang sekolah menengah atas mengatakan bahwa alasannya keluar adalah karena kurangnya motivasi untuk meneruskan sekolah (Bridgeland, Dilulio & Morison, 2006).

Motivasi sulit untuk diartikan dan diukur, namun peneliti secara umum membedakan dua jenis motivasi: intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi intrinsik adalah keinginan untuk melakukan atau mencapai sesuatu karena individu tersebut benar-benar menginginkannya dan menikmati proses pencapaiannya. Sedangkan motivasi ekstrinsik adalah keinginan untuk melakukan atau mencapai sesuatu bukan karena menikmati proses pencapaiannya untuk diri sendiri, namun karena akan menghasilkan suatu dampak tertentu. Perbedaan diantara keduanya adalah lebih seperti spektrum dibandingkan dengan suatu pemisah diantara dua hal berbeda; semua tindakan dapat dimotivasi oleh kombinasi dari faktor instrinsik dan ekstrinsik, dan individu yang sama mungkin termotivasi oleh hal yang berbeda juga dalam konteks yang berbeda. Kepercayaan anak dapat mempengaruhi motivasi mereka. Contohnya, anak-anak yang percaya bahwa mereka memiliki kapasitas untuk belajar yang terbatas atau merasa bahwa mereka tidak akan mencapai kesuksesan seringkali memiliki masalah motivasi.

Peneliti setuju bahwa terdapat empat dimensi yang berkontribusi pada motivasi anak, yaitu kompetensi, autonomi, ketertarikan, dan keterkaitan. Setidaknya satu dari empat dimensi tersebut harus terpenuhi agar anak bisa termotivasi. Semakin banyak dimensi yang terpenuhi maka semakin tinggi motivasi anak. Keterkaitan keempat dimensi tersebut—bersama dengan hal lain seperti kondisi sekolah dan kondisi rumah—merupakan suatu hal yang kompleks dan bervariasi bukan hanya antar anak namun juga pada anak yang sama dengan kombinasi keadaan yang berbeda.

PEMBAHASAN

Motif merupakan suatu dorongan yang membuat seseorang untuk bertindak. Motif merupakan suatu dorongan dari dalam yang

menjadi sebab suatu perilaku. Semua kegiatan terinisiasi dan terus dilakukan karena adanya motivasi dalam diri individu. Anak-anak termotivasi untuk mendapatkan hadiah dan menjauhi hukuman. Awalnya anak-anak bergantung pada orang tua mereka untuk mendapatkan kasih sayang atau bentuk hadiah lainnya. Anak-anak mencari perhatian dan pujian untuk setiap pencapaian mereka. Lalu, evaluasi diri (kemandirian) digunakan untuk menilai pencapaian mereka. Anak-anak menilai performa mereka berdasarkan pada standar atau harapan dari orang lain, dan merasa sukses atau tidak sukses. Pendidikan bisa dilihat sebagai sesuatu yang amat penting karena merupakan suatu hal yang menyenangkan untuk mendapat pengetahuan baru, dengan bersekolah kita bisa mendapat banyak pengetahuan yang dapat membantu untuk menjalani hidup, sekolah diperlukan untuk mendapatkan pekerjaan yang layak, dan lain-lain. Motif umum adalah untuk menyenangkan orang tua dan guru. Tingkah laku mengikuti motivasi yang dipercayai oleh anak. "Aku ingin membuat orang tua ku senang. Aku suka ketika mendapat nilai bagus di sekolah. Maka dari itu, aku akan bekerja keras di sekolah."

Mengikuti keinginan untuk belajar adalah perasaan mampu untuk mempelajari suatu hal. Terdapat harapan bahwa dengan belajar kita dapat melakukan sesuatu seperti membaca, menghitung, atau menulis. Jika anak merasa bahwa usahanya dalam belajar menghasilkan hasil yang sepadan, maka mereka akan merasa bertanggung jawab atas hasil tersebut. Kecenderungan anak untuk menjadi individu yang penasaran, ingin tahu banyak hal, dan ingin melakukan hal baru akan meningkat.

Anak-anak akan menjadi lebih bersemangat untuk belajar dan meraih suatu pencapaian. Keinginan untuk melakukan beragam hal dengan baik disebut "*achievement motivation*" atau motivasi pencapaian (McClelland, 1971). Individu dengan pencapaian yang tinggi membutuhkan kepercayaan bahwa sukses dihasilkan atau kerja keras dan kegagalan adalah hasil dari kurangnya keinginan untuk bekerja. Orang-orang yang memiliki motivasi tinggi menetapkan target yang cukup tinggi—menantang namun masih masuk akal. Mereka mendapatkan kepuasan dengan

mencapai target-target jangka pendek. Keinginan untuk sukses sering menyebabkan keinginan untuk menghindari kegagalan. Rendahnya motivasi menyebabkan rendahnya pencapaian. Anak-anak yang tidak termotivasi sehingga mereka tidak berusaha untuk mencapai kemampuan potensialnya. Estimasi kurangnya pencapaian anak berkisar antara 15 hingga 40%. Anak laki-laki memiliki kecenderungan lebih tinggi dibandingkan anak perempuan untuk memiliki motivasi yang rendah (Asbury, 1974). Waktu yang signifikan adalah ketika anak berusia kurang lebih 6 tahun. Mereka mulai terlibat dalam persaingan dengan teman-teman sebayanya yang dapat mematahkan semangatnya dan menjadi kurang bahkan tidak termotivasi. Pencapaian yang rendah di sekolah muncul sejak dini dan dapat berangsur memburuk jika tidak segera ditangani. Saat SMA, banyak remaja dengan pencapaian rendah yang tidak bertanggung jawab, bolos, mengumpulkan tugas terlambat, atau sama sekali tidak mengumpulkan tugas. Perasaan frustrasi mereka atau konflik yang mereka rasakan tidak menyebabkan munculkan perasaan positif untuk menyelesaikan masalah, tapi menyebabkan berkurangnya motivasi untuk menyelesaikan masalah.

Banyak anak-anak menghiraukan kegiatan-kegiatan di sekolah biasanya merupakan anak-anak yang berasal dari latar belakang yang rentan untuk mengalami kurangnya motivasi di sekolah. Banyak anak-anak yang tidak termotivasi karena kebutuhan mereka di sekolah tidak terpenuhi. Guru-guru mendeskripsikan anak-anak yang tidak termotivasi sebagai anak-anak yang tidak tertarik dengan kegiatan yang berhubungan dengan sekolah dan mudah putus asa.

FAKTOR PENYEBAB

Berikut terdapat faktor penyebab anak mengalami gangguan lemahnya motivasi di sekolah (Schaefer & Millman, 1981):

1. Reaksi Terhadap Tingkah Laku Orang Tua
 - a. Harapan yang terlalu rendah atau terlalu tinggi

Ketika orang tua berharap terlalu tinggi, anak biasanya akan merasa takut akan kegagalan dan rendahnya motivasi.

Penelitian menunjukkan bahwa anak dapat mengalami rendahnya motivasi untuk belajar membaca sebagai hasil dari tingginya tekanan orang tua kepada anak untuk berprestasi (Goldman, Margaret, & Barclay, 1974). Hal ini benar terjadi khususnya ketika orang tua menerapkan pola asuh yang keras, otoriter, dan sangat mengendalikan anak. Ketika orang tua mengharapkan kesempurnaan, biasanya anak bereaksi dengan menyerah. Sejak anak tidak bisa secara konsisten menunjukkan kinerja yang cukup baik untuk menyenangkan orang tua mereka, anak akan cenderung untuk berhenti mencoba.

b. Harapan yang terlalu rendah

Orang tua mungkin sangat meremehkan kemampuan anak mereka. Anak akan belajar bahwa orang tua tidak mengharapkan banyak dari mereka, sehingga begitu lah sikap anak. Tidak ada bantuan ketika anak akan ujian, orang tua tidak memberikan semangat, atau menunjang kegiatan akademis anak lainnya karena orang tua merasa bahwa anak tidak mampu untuk menghasilkan nilai yang baik.

c. Ketidaktertarikan

Orang tua mungkin menjadi begitu terfokus pada masalah dan kehidupan pribadinya hingga tidak menunjukkan ketertarikan pada kehidupan akademis anak. Orang tua seakan memberi isyarat bahwa perihal terkait kehidupan akademis anak bukan lah suatu hal yang penting. Sejak usia muda, orang tua mungkin kurang memberikan stimulus verbal kepada anak. Sehingga komunikasi diantara anak dan orang tua begitu terbatas. Beberapa orang tua mungkin tertarik dengan pencapaian anak namun tidak dengan proses hingga anak bisa meraih pencapaian tersebut. Anak-anak yang kurang berprestasi tidak mau menyenangkan orang tua mereka yang tidak tertarik atau tidak menunjukkan rasa bangga pada pencapaiannya di sekolah.

d. Permisif

Orang tua yang permisif tidak menentukan batasan bagi anaknya. Anak-anak dibiarkan sendiri. Pendisiplinan bukan lah bagian dari kehidupan sehari-hari. Beberapa orang tua percaya bahwa dengan bersikap permisif akan menghasilkan anak yang mandiri dan termotivasi. Namun, dengan bersikap permisif biasanya akan menghasilkan anak yang merasa tidak aman dengan motivasi yang rendah untuk berprestasi. Anak-anak tidak belajar disiplin untuk melakukan kesehariannya atau dalam melakukan tugas akademik. Hasil paling umum yang muncul adalah anak-anak yang tidak belajar bagaimana cara bekerja keras atau cara bekerja secara efektif di bawah tekanan.

e. Konflik keluarga yang serius atau berat

Masalah keluarga dapat menyita pikiran anak dan menghasilkan keinginan rendah untuk berprestasi di sekolah. Bagaimana sekolah bisa menjadi hal yang penting ketika ada yang mengancam keamanan mereka di rumah? Cekcok yang terus menerus atau keadaan bersitegang yang tinggi dapat menghasilkan anak yang depresi yang juga tidak bisa tergerak untuk mengerjakan atau tidak memiliki ketertarikan untuk mengerjakan tugas sekolahnya. Kemungkinan juga anak akan memiliki motivasi yang rendah untuk berprestasi demi menyenangkan orang tuanya.

f. Penolakan atau kritik yang terus menerus

Anak yang mengalami penolakan dapat merasa tidak berdaya atau marah. Tidak berprestasi di sekolah atau bahkan menunjukkan nilai yang buruk di sekolah adalah salah satu cara anak untuk membalaskan dendam kepada orang tua yang tidak menghiraukan mereka. Kritik yang terlalu berlebihan juga dapat memantik reaksi serupa. Anak yang terus menerus di kritik juga dapat merasa ditolak

ketika orang tua percaya bahwa mereka sebenarnya menerima anak dengan apa adanya.

g. Terlalu protektif

Banyak orang tua yang terlalu protektif kepada anaknya karena beragam alasan. Alasan umum adalah karena ketakutan akan keselamatan anak dan menginginkan anak untuk menjadi individu yang lebih baik dari orang tua. Banyak orang tua merasa bersalah karena mereka tidak menginginkan anak mereka atau merasa kemarahan yang teramat karena anak mereka dirasa menghancurkan hidup mereka.

2. Rendahnya Kepercayaan Diri

Kepercayaan diri yang rendah dapat menyebabkan motivasi akademik yang rendah. Rendahnya kepercayaan diri dapat disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya adalah sikap-sikap orang tua yang sudah disebutkan sebelumnya. Penting untuk digaris bawahi bahwa perasaan tidak berharga adalah faktor terbesar dalam rendahnya motivasi. Anak-anak yang merasa demikian melihat diri mereka sebagai seseorang yang tidak berdaya dan tidak dapat menggampai kesuksesan.

3. Situasi Sekolah yang Kurang Mendukung

Orang tua harus hati-hati terhadap situasi pembelajaran di sekolah dan khususnya kelas yang dapat menyebabkan anak tidak termotivasi di sekolah. Hal ini merupakan kombinasi dari administrasi sekolah dan para guru.

4. Masalah Perkembangan

Anak-anak dapat berkembang lebih lambat dibanding teman sebayanya, dengan kata lain, kurang termotivasi. Karenanya, anak melihat dirinya sendiri sebagai seorang siswa dengan kemampuan 2 atau 3 tahun di bawah usia kronologisnya. Anak akan bertingkah dan melihat dirinya sendiri sebagai seseorang yang tidak mampu, meskipun sebenarnya secara intelegensi anak mungkin berada ditaraf rata-rata atau di atas rata-rata.

CARA PENCEGAHAN

Berikut terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan sebagai bentuk pencegahan agar anak tidak mengalami lemahnya motivasi di sekolah (Schaefer & Millman, 1981):

1. Terima dan Semangati Anak

Kuncinya adalah untuk terus menyemangati anak bahwa mereka bisa dan mampu melakukan sesuatu. Dari usia muda, anak harus terus disemangati untuk mau mencoba, melakukan yang terbaik, dan kemampuan untuk mentoleransi perasaan frustrasi.

2. Tetapkan Target yang Realistis

Sangat sulit untuk "menerima" anak yang terus menerus gagal untuk meraih target yang telah ditetapkan. Orang tua (dan anak-anak) mulai melihat individu sebagai seseorang yang gagal ketika tidak bisa menyelesaikan suatu tugas. Karenanya orang tua harus bisa menetapkan target yang sesuai dengan kemampuan dan usia anak.

3. Ajarkan dan Contohkan Pembelajaran Aktif dan Pemecahan Masalah

Orang tua bisa menunjukkan anak bagaimana kita bisa memuaskan rasa penasaran kita. Rasa penasaran orang tua bisa diverbalisasi, dan orang tua dapat membagikan penemuan kepada anak dan bagaimana penemuan tersebut bekerja.

4. Beri Hadiah untuk Ketertarikan Anak dalam Belajar dan Pencapaian Akademis

Orang tua dapat memuji dan memberi hadiah kepada anak baik secara terbuka maupun secara halus. Bagaimana anak menilai pendidikan dan bagaimana cara anak untuk memenuhi pencapaian akademisnya dapat terus didorong agar bisa terus meningkat.

CARA PENANGANAN

Berikut terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan sebagai bentuk penanganan dalam menghadapi anak dengan gangguan lemahnya motivasi anak disekolah (Schaefer & Millman, 1981):

1. Gunakan Sistem Insentif yang Kuat

Untuk anak yang tidak termotivasi hadiah yang diberikan orang tua untuk performa akan sangat berpengaruh bagi anak. Bahkan, perhatian yang diberikan orang tua maupun guru dapat menjadi suatu hal yang berpengaruh jika digunakan dengan sesuai, bahkan bisa menjadi motivator yang baik.

2. Ajarkan Strategi Memotivasi yang Efektif

Setelah menyelesaikan tugas dengan jumlah yang banyak, anak mungkin menginginkan hadiah seperti makanan ringan, menonton TV, atau pergi bermain. Namun perlu ditekankan bahwa orang tua atau guru harus menentukan kesepakatan pemberian hadiah yang harus sama-sama ditaati oleh kedua belah pihak.

3. Pengaruhi Sekolah untuk Jadi Lebih Memotivasi

Orang tua harus berusaha untuk mendukung sekolah menjadi tempat belajar yang lebih baik lagi bagi anak. Mungkin dengan berpartisipasi di hari guru agar guru merasa lebih dihargai dan meningkatkan kinerja guru atau orang tua memberikan sumbangan untuk kemajuan sarana dan prasarana orang tua.

4. Pikirkan dan Jika Harus Ubah Harapan Orang Tua

Orang tua harus terbuka dengan kemungkinan bahwa target yang sudah ditetapkan bersama anak mungkin tidak bisa dicapai anak. Dalam hal ini orang tua harus terbuka untuk mengevaluasi apa yang salah dengan target yang telah ditetapkan atau bahkan merubah total harapan yang sudah ditetapkan sebelumnya.

PENUTUP

Rendahnya motivasi anak di sekolah merupakan suatu yang harus segera ditindak lanjuti sedini mungkin agar tidak terus berkelanjutan seiring dengan kenaikan jenjang sekolah anak. Adapun beberapa faktor yang harus dihindari baik orang tua maupun guru agar anak tidak mengalami rendahnya motivasi di sekolah yaitu harapan orang tua yang terlalu rendah atau terlalu tinggi, ketidaktertarikan orang tua, orang tua yang permisif, konflik keluarga yang berat, penolakan terhadap anak, kritik berlebihan, terlalu protektif, rendahnya kepercayaan diri anak, lingkungan sekolah yang tidak kondusif, dan permasalahan perkembangan. Selain itu terdapat beberapa cara untuk mencegah terjadinya rendahnya motivasi di sekolah diantaranya adalah jadilah guru maupun orang tua yang bisa menerima anak dan terus mendorong anak, tentukan target yang realistis, ajarkan model pembelajaran aktif dan pemecahan masalah, beri hadiah dan puji anak atas pencapaian yang diraihinya. Namun, jika anak telah mengalami rendahnya motivasi di sekolah, maka dapat kita lakukan beberapa cara yaitu gunakan sistem insentif yang kuat, ajarkan strategi memotivasi yang efektif, pengaruhi sekolah untuk menjadi tempat yang lebih memotivasi anak, dan tinjau ulang atau ubah harapan kepada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Asbury, C. A. (1974). Selected factors influencing over- and underachievement in young school-age children. *Review of Educational Research* 44:409-428.
- Bridgeland, J. M., Dilulio, J. J., & Morison, K. B. (2006). *The silent epidemic: Perspectives of high school dropouts*. Washington, DC: Civic Enterprise.
- Goldman, Margaret, dan Barclay, Allan. (1974). Influence of maternal attitudes on children with reading disabilities. *Perceptual and Motor Skills* 38:303-307.
- McClelland, D. C. (1971). *Motivational Trends in Society*. New York: General Learning Press.

Schaefer, C., & Millman, H. L. (1981). *How to Help Children with Common Problems*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

PROFIL SINGKAT



Medina Hafizha Iredifa lahir di Brebes pada tanggal 5 September 1999. Medina merupakan anak ke pertama dari dua bersaudara dan memiliki ketertarikan di bidang psikologi, khususnya psikologi anak dan remaja, sehingga memutuskan untuk melanjutkan S2 pada tahun 2022 di Universitas Kristen Maranatha. Medina menyelesaikan studi S1 nya di Universitas Pendidikan Indonesia. Selain berkuliah, saat ini Medina juga merupakan guru les bidang Bahasa Inggris dan aktif di berbagai keorganisasian serta yayasan non-profit.

TIGA CARA MENCEGAH DAN MENANGANI OBESITAS PADA ANAK DAN REMAJA

Alviola Fiesta Gabriella S.Psi¹

Dr. Yuspendi, M.Psi., Psikolog, M.Pd²

Universitas Kristen Maranatha

alviolafiesta14@gmail.com¹yuspendi@psy.maranatha.edu²

PENDAHULUAN

Masalah makan yang paling sering dijumpai pada anak-anak dan remaja adalah konsumsi jumlah dan jenis makanan yang berlebihan sehingga menyebabkan obesitas. Obesitas atau kegemukan adalah adanya lemak tubuh yang berlebih didalam tubuh individu. Juga dapat didefinisikan sebagai berat badan 20% atau lebih di atas berat badan rata-rata (Schaefer & Howard, 1981). Berdasarkan data riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, jumlah kasus obesitas di Indonesia meningkat hingga 35,4% dan angka ini terus meningkat dibandingkan dengan data pada Riskesdas 2007 sebesar 19,1% (Teniwut, 2023). Terdapat prevalensi bahwa obesitas meningkat pada anak-anak dan remaja di negara berkembang, mulai dari 8,1% menjadi 12,9% pada anak laki-laki dan 8,4% menjadi 13,4% pada anak perempuan pada tahun 2013 (Ng, *et al*, 2014). Dikatakan juga bahwa, obesitas lebih tinggi pada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan. Namun, pada jenjang remaja, remaja perempuan memiliki prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan remaja laki-laki (Rachmi, Li, & Alison, 2017).

Dilansir dari UNICEF pada tahun 2022, terdapat satu dari lima anak berusia 5-12 tahun dan satu dari tujuh remaja berusia 13-18 tahun di Indonesia yang mengalami kelebihan berat badan atau obesitas. Hal ini diperparah oleh adanya pandemi *covid-19* yang berlangsung selama kurang lebih dua tahun. Dimana pemberlakuan pembatasan kegiatan pada masyarakat menyulitkan akses anak dan remaja untuk makan dengan sehat, ataupun untuk tetap aktif secara

fisik (UNICEF, 2022). Tidak dipungkiri juga, bahwa terdapat banyak sekali jajanan yang diperkenalkan kepada anak, baik itu makanan ataupun minuman yang mengandung tinggi gula dan tinggi tepung. Ketua Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Pimprim Yanuarso mengatakan bahwa, iklan makanan dan minuman manis sangat luar biasa saat ini dan itu yang menjadi godaan terbesar bagi anak-anak maupun remaja untuk mengonsumsinya. Iklan makanan dan minuman yang ditayangkan di televisi dapat berkontribusi pada prevalensi obesitas anak dan remaja. Tinjauan yang dilakukan oleh *United States Institute of Medicine* menemukan bukti kuat bahwa pilihan dari permintaan pembelian makanan dan minuman pada anak-anak dan remaja (2-11 tahun) dipengaruhi oleh iklan makanan dan minuman di televisi (Nurwanti, Hamam, & Madarina, 2013). Bila anak-anak dan remaja sudah menyukai untuk mengonsumsi makanan ataupun minuman dengan tinggi gula, ditambah lagi mereka malas bergerak, ini akan sangat rentan membuat mereka menjadi obesitas (Teniwut, 2023).

Obesitas dapat memiliki dampak terhadap tumbuh kembang anak, begitu juga dengan aspek perkembangan psikososialnya (Yankes Kemkes, 2022). Obesitas merupakan penyakit kronis yang dapat membahayakan kesehatan fisik dan mental anak-anak di seluruh dunia (Tully, *et al*, 2022). Dampak fisik yang sering terjadi karena obesitas adalah ortopedik, termasuk nyeri punggung bagian bawah, dan memperburuk osteoarthritis, terutama di daerah pinggul, lutut, dan pergelangan kaki. Obesitas juga meningkatkan resiko terjadinya sejumlah penyakit menahun, seperti diabetes tipe II yang dapat timbul pada masa remaja, tekanan darah tinggi sehingga berpengaruh pada denyut jantung (sekitar 20-30% anak yang obesitas menderita hipertensi), *stroke*, penyakit jantung, nafas berhenti saat tidur (*sleep apnue*), penyakit asma dan hati, kanker (misalnya, kanker prostat dan kanker usus besar), batu kandung empedu dan batu kandung kemih (Sajawandi, 2015; Yankes Kemkes, 2022). Sementara, dampak psikososial yang dirasakan oleh anak obesitas antara lain, gerakan pada tubuh akan menjadi lamban sehingga dapat menyebabkan penurunan aktivitas sehingga

biasanya mereka tidak berpartisipasi dalam permainan yang aktif, rasa percaya diri yang kurang, penampilan yang kurang menarik, dan menjadi bahan ejekan atau seringkali tidak disukai oleh teman sebayanya (Promkes Kemkes, 2022; Schaefer & Howard, 1981).

Terdapat alasan yang kuat mengapa obesitas harus dicegah, bukan hanya diatasi dengan diet seumur hidup. Memang terdapat hasil jangka pendek yang cukup baik dengan melakukan diet, konseling, program olahraga, dan terapi perilaku. Namun, penurunan berat badan yang signifikan dan dapat dipertahankan masih jarang terjadi. Kebiasaan orang tua secara langsung mempengaruhi berat badan anak. Orang tua sering kali memiliki berat badan yang sangat mirip dengan anak mereka, baik itu gemuk ataupun kurus. Hal itu dikarenakan, orang tua cenderung memiliki sikap yang sama, misalnya terhadap asupan makanan yang dimakan oleh anak (Schaefer & Howard, 1981).

Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin menjelaskan cara yang dapat dilakukan dalam mencegah dan menangani masalah obesitas pada anak dan remaja di Indonesia. Serta, bagaimana cara-cara tersebut dapat dipilih oleh orang tua atau orang dewasa lainnya, yang memiliki anak atau remaja obesitas maupun yang akan memiliki anak untuk mencegah obesitas dimasa mendatang.

PEMBAHASAN

Sebelum mencegah obesitas pada anak dan remaja, kita perlu mengetahui apa saja yang dapat menjadi faktor dari obesitas tersebut. Alkautsar (2022) mengatakan bahwa, penyebab obesitas pada anak dan remaja bersifat kompleks. Kelebihan berat badan dapat disebabkan oleh asupan kalori yang berlebihan dan/atau aktivitas fisik yang kurang (Schaefer & Howard, 1981). Jika anak atau remaja mengkonsumsi kalori yang berlebih tetapi tidak sebanding dengan aktivitas fisik yang dilakukan, hal itu dapat mengakibatkan peningkatan berat badan dan lemak badan (Alkautsar, 2022). Faktor lain dari obesitas juga dapat disebabkan oleh orang tua yang cemas bila anaknya makan terlalu sedikit sehingga memberi anak makan

secara berlebihan karena itu dapat meredakan kecemasan mereka. Karena beberapa orang tua percaya bahwa anak yang gemuk lebih sehat dan/atau bahagia. Selain itu, anak juga dapat mengadopsi gaya hidup dari orang tuanya, karena orang tua berfungsi sebagai model yang kuat untuk anak. Orang tua yang obesitas akan memiliki anak yang obesitas juga, yang telah mengadopsi gaya hidup yang mengarah pada obesitas, seperti mengonsumsi jenis makan yang salah dan berlebihan (Schaefer & Howard, 1981). Faktanya, 60-85% anak yang gemuk, akan tetap gemuk sampai mereka dewasa. Obesitas juga dikatakan dapat diturunkan dari keluarga. Jadi, ketika satu orang tua mengalami obesitas, 40-50% kemungkinan seorang anak dapat menjadi obesitas dimasa dewasa. Lalu, bila kedua orang tua mengalami obesitas, 80% kemungkinan seorang anak menjadi obesitas dimasa dewasa (Schaefer & Howard, 1981).

Dalam bukunya, Schaefer dan Howard (1981) menjelaskan tiga cara yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya obesitas pada anak dan remaja:

1. Jangan jadikan makanan sebagai sarana untuk mendapatkan kepuasan secara psikologis.

Maksudnya disini, makanan merupakan salah satu hal yang dapat memuaskan diri, dimana makanan sering sekali dikaitkan dengan "dapat menghilangkan rasa bosan atau mengurangi kecemasan." Sejak usia dini, makanan tidak boleh digunakan sebagai "obat penenang". Bayi dan balita dapat mengembangkan kebiasaan makan yang sangat kuat ketika mereka mengalami stres dimasa dewasa. Orang tua harus berhati-hati dalam menghindari pola yang sering terjadi ini. Seperti, memberikan permen atau makanan penutup (*dessert*) kepada anak ketika anak mengalami suasana hati yang buruk sehingga makanan manis tersebut dijadikan sebagai pengalaman yang bermanfaat dan dapat memuaskan perasaan si anak. Orang tua harus berhati-hati dengan logika, "makanlah, kamu akan merasa lebih baik", karena makanan manis dikemudian hari dapat dicari sebagai sumber perasaan senang bagi anak.

Banyak remaja telah mengkaitkan antara, mengalami perasaan yang baik dengan makan berlebihan bersama dengan teman-temannya. Pada beberapa kelompok etnis, konsumsi makanan dalam jumlah yang besar merupakan tradisi yang penting dan menyenangkan.

Intinya, obesitas dapat dicegah dengan mengubah cara mengonsumsi makanan. Makan dapat menjadi hal yang cukup menyenangkan, tetapi bukan merupakan sumber kepuasan utama.

2. Berikan contoh dan ajarkan pola makan yang seimbang, serta olahraga yang cukup.

Anak-anak yang mengalami obesitas akan mengalami peningkatan jumlah sel lemak, yang menyebabkan mereka membutuhkan diet seumur hidup. Berat badan yang sesuai harus dicapai sebelum usia 6 tahun. Ada beberapa bukti bahwa pola makan sudah terbentuk pada usia 2 tahun dan bayi tidak boleh dibiarkan menjadi gemuk. Oleh karena itu, pencegahan terbaik untuk obesitas adalah dengan menghindari perkembangan lemak berlebih sejak lahir. Sebagian besar orang dewasa yang mengalami obesitas saat kecil tidak dapat mempertahankan penurunan berat badan.

Orang tua yang obesitas memiliki anak yang obesitas. Orang tua tersebut tidak hanya berfungsi sebagai model gemuk bagi anaknya, tetapi gaya hidup mereka juga dipelajari oleh anak-anak mereka. Orang tua harus menjadi model yang tidak gemuk dan aktif. Maksudnya adalah makanan yang dipilih dan dimakan haruslah makanan yang nikmat, dapat dimakan perlahan-lahan tanpa tergesa-gesa, bergizi seimbang, dan tidak memiliki porsi yang terlalu besar. Orang tua harus memiliki keyakinan bahwa sayuran, buah-buahan, daging tanpa lemak, gandum, dan *oats* lebih baik daripada *junk food*. Kebiasaan mengonsumsi gula harus dihindari dengan cara apa pun. Akibat yang didapatkan dari "*sweet tooth*" atau para penyuka makanan manis adalah memiliki gigi yang busuk dan lemak yang berlebih.

Kebiasaan pola makan yang terbentuk di masa kanak-kanak sering kali bertahan sepanjang hidup. Pola makan yang buruk dari makanan manis, tepung olahan, dan lemak hewani tidak hanya menyebabkan kelebihan lemak, tetapi juga mengganggu konsumsi makanan bergizi. Kebiasaan mengonsumsi gula harus dihentikan sebelum dimulai. Sebagai contoh, dibandingkan membeli minuman manis atau buah-buahan yang dikalengkan dengan sirup kental, lebih baik membeli buah-buahan segar atau jus buah segar. Makanan dengan tambahan gula dan sereal gula (*sereal honey stars*) harus benar-benar dihindari. Kue kering dengan kacang-kacangan, kismis, atau *oatmeal* lebih baik daripada yang dibuat dengan mentega dan gula.

Camilan tidak boleh berupa permen atau keripik kentang (*potato chips*). Camilan yang sehat adalah buah-buahan, kacang-kacangan, sayuran mentah, keju, dan granola. Daging iris *sandwich*, sosis tanpa lemak, dan pate hati harus digunakan sesekali. Jika seorang anak sangat lapar sebelum makan, bagian dari makanan (seperti, *salad*) dapat diberikan daripada camilan ekstra. Bahkan, pada usia sekolah, cukup memungkinkan untuk mengurangi frekuensi camilan atau menghilangkannya sama sekali. Banyak kebiasaan, seperti mengemil diluar malam, yang mungkin sudah menjadi tradisi, namun sebaiknya diakhiri demi kesehatan yang lebih baik.

3. Meningkatkan kepuasan dan perasaan yang cukup.

Makan berlebihan sebagai sumber kepuasan psikologis sangat sering terjadi sehingga harus berhati-hati untuk mencegah terjadinya hal ini. Kepuasan harus tersedia melalui pencapaian, persahabatan, dan hubungan keluarga yang intim. Dengan membantu pertumbuhan kepuasan ini, obesitas (dan banyak masalah lainnya) dapat dicegah. Secara khusus, waktu makan harus menjadi sumber interaksi yang menyenangkan secara psikologis, bukannya dipenuhi dengan ketegangan dan kritik. Makan tidak menjadi sensasi terbaik dalam konteks suasana hati yang negatif di antara orang-orang.

Sejak lahir, pemberian makan seharusnya menjadi pengalaman yang menyenangkan. Pemberian susu botol harus dilakukan dengan penuh kasih sayang, kontak fisik, dan perasaan yang menyenangkan, serta rileks. Seiring dengan perkembangan anak, persepsi dan perasaan cukup mereka harus didorong. Menyuruh anak untuk makan, ketika mereka mengatakan bahwa mereka tidak lapar adalah tindakan yang merusak. Hal ini sama seperti ketika orang tua mengatakan kepada anaknya yang merasa kedinginan, bahwa di dalam rumah sangat hangat, padahal anaknya didalam rumah merasa kedinginan. Anak-anak belajar untuk tidak mempercayai persepsi mereka dan merasa bahwa penilaian mereka buruk. Mereka telah belajar untuk merespons isyarat eksternal (seperti, saran dari orang tua) daripada isyarat rasa lapar mereka sendiri.

Intinya, orang tua tidak boleh secara tidak sengaja mengajari anak-anak untuk makan lebih banyak dari yang mereka butuhkan atau inginkan. Anak-anak harus belajar untuk mengenali tanda-tanda lapar mereka sendiri daripada makan karena persetujuan atau ketidaksetujuan orang tua. Sebuah pencapaian besar dicapai ketika seseorang berkata, "Saya makan hanya ketika saya lapar dan kemudian saya makan secukupnya untuk merasa kenyang." Makan kemudian tidak lagi dikaitkan dengan menyenangkan orang lain.

Selain cara mencegah, Schaefer dan Howard (1981) juga menjelaskan tiga cara yang dapat dilakukan untuk menangani obesitas pada anak dan remaja:

4. Sediakan makanan bergizi.

Makanan yang menggempukkan (lemak dan karbohidrat) sering kali merupakan godaan yang tak tertahankan, maka makanan tersebut harus disingkirkan. Namun, hal itu menjadi sulit bagi beberapa anggota keluarga. Oleh karena itu, diskusi keluarga harus dilakukan mengenai nutrisi, kesehatan, dan berat badan. Berat badan dapat diturunkan secara perlahan dan pasti. Kurangi karbohidrat dan kurangi camilan. Jika perlu,

camilan bergizi harus digunakan untuk mengurangi rasa lapar di antara waktu makan. Roti dan makanan manis harus diganti dengan buah, kismis, atau kacang-kacangan. Terdapat makanan-makanan sehat dan enak yang terjual di toko-toko atau supermarket. Jus buah, terutama air putih harus menjadi minuman yang tersedia. Orang dewasa atau orang tua dapat memberikan contoh yang baik kepada anak dalam memakan makanan yang bergizi.

Remaja-remaja biasanya melewatkan waktu makan dan mengonsumsi banyak makanan ringan yang tidak bergizi. Mereka sebenarnya membutuhkan lebih banyak protein, kalsium, zat besi, dan kalori dibandingkan dengan anak-anak atau orang dewasa. Diet ketat tidak sehat dan harus dihindari. Banyak remaja yang mengalami anemia defisiensi zat besi karena diet ketat, terutama pada perempuan. Makan makanan yang baik dalam jumlah yang cukup adalah jawabannya.

5. Ubah pola aktivitas fisik.

Karena obesitas disebabkan oleh lebih banyak kalori yang dikonsumsi daripada yang dikeluarkan, solusinya sederhana. Kurangi makan dan perbanyak olahraga. Olahraga dalam jumlah besar untuk sementara waktu bukanlah jawabannya. Mengubah pola aktivitas fisik dapat menurunkan berat badan, yang dapat dipertahankan jika aktivitas baru dilanjutkan. Seiring dengan penurunan berat badan, keterampilan dan daya tahan tubuh pun meningkat. Berolahraga setiap hari sebelum sarapan dapat menjadi pola pribadi atau keluarga.

Pedoman yang penting adalah meningkatkan aktivitas yang sudah dilakukan daripada melakukan perubahan besar. Misalnya, menaiki anak tangga daripada menggunakan lift atau eskalator adalah awal yang baik untuk meningkatkan olahraga secara alami. Aktivitas terbaik untuk membakar kalori adalah dengan menggunakan otot-otot besar secara berirama dalam waktu yang lama, misalnya *jogging* dan berjalan kaki. Hal yang penting untuk diingat adalah total waktu dari aktivitas tersebut,

bukan intensitasnya. Oleh karena itu, berjalan kaki sering kali merupakan olahraga yang paling dapat diterima dan efektif bagi banyak anak.

6. Berikan penghargaan untuk penurunan berat badan dan pengendalian diri (*self-control*).

Hadiah atau penghargaan harus disesuaikan dengan usia anak dan cukup kuat untuk memotivasi mereka untuk menurunkan berat badan. Banyak remaja yang termotivasi dengan uang saku tambahan dan penggunaan gawai untuk menjaga berat badan mereka. Penguatan positif adalah motivator yang baik, namun ketika akan menggunakan ini, kritik atau perasaan marah harus dihindari. Keberhasilan intervensi terletak pada penggunaan metode yang tepat, dan kritik merupakan hal yang kontraproduktif.

Pendekatan pengendalian diri (*self-control*) secara konsisten lebih efektif daripada metode lainnya. Berat badan dan makanan yang dimakan harus dicatat oleh anak. Jenis pemantauan diri ini sering kali menjadi kunci yang mengarah pada asumsi tanggung jawab diri anak yang nyata secara bertahap. Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa perilaku yang diinginkan sering kali meningkat hanya dengan mencatat perilaku tersebut. Misalnya, makanan yang dikonsumsi dapat segera dimasukkan ke dalam buku harian makanan.

Demikian pula, penghargaan dari diri sendiri daripada penghargaan dari orang lain dapat digunakan. Anak-anak yang lebih besar dan remaja dapat dengan cepat mempelajari prinsip berharga dalam menetapkan tugas, melakukannya, dan kemudian memberikan hadiah untuk diri mereka sendiri. Setelah makan camilan bergizi atau berolahraga, aktivitas yang menyenangkan dapat dilakukan. Menonton televisi, membaca, beristirahat, mendengarkan musik, berbicara dengan seseorang, dan lain-lain, dapat digunakan sebagai hadiah untuk diri sendiri.

Intinya, perhatian harus diberikan pada perilaku positif. Kemandirian dan pengendalian diri harus dikenalkan dan didorong oleh orang tua kepada anak.

PENUTUP

Mengetahui cara yang dapat dilakukan untuk mencegah dan menangani obesitas pada anak dan remaja dapat sangat membantu orang tua dalam menghadapi permasalahan tersebut. Cara yang telah dipaparkan dapat dipahami dan selanjutnya dilakukan oleh orang tua atau dewasa lainnya untuk mencegah obesitas dimasa mendatang pada anak-anak atau remaja. Juga, orang tua dapat melakukan cara penanganan diatas untuk menangani obesitas yang sudah dimiliki oleh anak ataupun remaja mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- CNBC Indonesia.com. (2023). "Kemenkes Ungkap Daerah dengan Jumlah Anak Obesitas Tertinggi". Diakses pada 4 Juni 2023 pukul 17.00 WIB. [<https://www.cnbcindonesia.com/lifestyle/20230222123723-33-415985/kemenkes-ungkap-daerah-dengan-jumlah-anak-obesitas-tertinggi>]
- Yankes.Kemkes.go.id. (2022). "Obesitas pada Anak dan Penyakit yang Mungkin Timbul". Diakses pada 5 Juni 2023 pukul 14.00 WIB. [https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/16/obesitas-pada-anak-dan-penyakit-yang-mungkin-timbul]
- Promkes.Kemkes.go.id. (2022). "Mengenal Dampak Psikososial pada Anak yang Obesitas". Diakses pada 5 Juni 2023 pukul 14.30 WIB. [<https://promkes.kemkes.go.id/mengenal-dampak-psikososial-pada-anak-yang-obesitas>]
- Ng, Marie, *et al.* (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384, 766-781. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Rachmi, C.N., M.Li, dan L. Alison Baur. (2017). Overweight and obesity in Indonesia: prevalence and risk favtors-a literature review. *Elsevier Public Health*, 147, 20-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.02.002>

- Schaefer, Charles E. dan Howard L. Millman. (1981). *How To Help Children With Common Problems*. New York: Van Nostrand Reinhold Company Inc.
- Sajawandi, Labib. (2015). Pengaruh Obesitas Pada Perkembangan Siswa Sekolah Dasar Dan Penanganannya Dari Pihak Sekolah Dan Keluarga. *Jurnal Pendidikan Sekolah Dasar*, 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.30870/jpsd.v1i2.691>
- Teniwut, Meilani. (2023). "Kasus Obesitas Anak Naik, ini Penyebab dan Pencegahannya". Diakses pada 4 Juni 2023 pukul 17.20 WIB. [<https://mediaindonesia.com/humaniora/563792/kasus-obesitas-anak-naik-ini-penyebab-dan-pencegahannya>]
- Tully, Louise, *et al.* (2022). Guidelines for treating child and adolescent obesity: A systematic review. *Frontiers*, 01-21. DOI: 10.3389/fnut.2022.902865
- UNICEF.org. (2022). "Indonesia: Angka orang yang kelebihan berat badan dan obesitas naik di semua kelompok usia dan pendapatan". Diakses pada 4 Juni 2023 pukul 15.54 WIB. [<https://www.unicef.org/indonesia/id/press-releases/indonesia-angka-orang-yang-kelebihan-berat-badan-dan-obesitas-naik-di-semua-kelompok>]

PROFIL SINGKAT



Alviola Fiesta Gabriella lahir di Bandung, 14 April 2000. Alviola merupakan anak tunggal dan memiliki ketertarikan untuk mendalami ilmu Psikologi khususnya pada anak dan remaja sehingga memutuskan untuk melanjutkan pendidikannya ke jenjang S2 pada tahun 2022. Alviola menyelesaikan pendidikan S1 nya di Universitas Kristen Maranatha Bandung dan melanjutkan S2 nya di universitas yang sama.

PROSES KOGNITIF PADA *SPECIFIC LEARNING DISORDER*: TINJAUAN NEUROPSIKOLOGI

Anik Dwi Hiremawati

Magister Psikologi Profesi Klinis Anak dan Remaja,
Universitas Kristen Maranatha Bandung
anik.dh@psy.maranatha.edu

PENDAHULUAN

Gangguan Pembelajaran Spesifik (*Specific Learning Disorder*, SLD) merupakan kondisi yang memengaruhi perkembangan kemampuan belajar individu dalam berbagai aspek kognitif, seperti membaca, menulis, berhitung, atau pemahaman matematika (McDowell, 2018; Poletti, 2016) with specifiers for impairments in reading, written expression, and mathematics. This study aimed at investigating the intellectual profile, assessed with the fourth edition of the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV). SLD terjadi meskipun individu tersebut memiliki kecerdasan normal atau di atas rata-rata (Giofrè & Cornoldi, 2015). Permasalahan dalam proses kognitif menjadi fokus utama dalam memahami SLD, sehingga penelitian dan pendekatan dari sudut pandang neuropsikologi menjadi sangat relevan dalam mempelajari dan mengatasi gangguan ini (Giofrè & Cornoldi, 2015). Latar belakang penulisan ini adalah untuk mendalami pemahaman tentang proses kognitif pada individu dengan SLD (Poletti et al., 2018) the categorical approach is still the most adopted, as in the recent fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The introduction of the single overarching diagnostic category of specific learning disorder (SLD). Gangguan pembelajaran yang dapat berdampak signifikan pada kehidupan sehari-hari individu, terutama dalam lingkup pendidikan dan perkembangan sosial-emosional. Oleh karena itu diperlukan pemahaman yang komprehensif tentang faktor-faktor yang mempengaruhi proses kognitif pada SLD dalam upaya mendukung

individu dengan SLD agar dapat mengembangkan potensi mereka secara optimal. Meskipun SLD tidak dapat disembuhkan, ada intervensi untuk kondisi yang mendasarinya sehingga anak-anak dengan SLD dapat beradaptasi, mencapai prestasi akademik, dan menjalani kehidupan yang produktif dan memuaskan (Scaria et al., 2022).

Permasalahan terkait SLD semakin banyak ditemui dalam konteks pendidikan di Indonesia. Banyak siswa yang mengalami kesulitan dalam membaca, menulis, atau menghitung, yang tidak hanya mempengaruhi prestasi akademik mereka, tetapi juga berdampak pada perkembangan sosial dan emosional. Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM-5) memperkirakan prevalensi semua gangguan belajar (termasuk gangguan dalam menulis, membaca, dan matematika) menjadi sekitar 5% hingga 15% di seluruh dunia (Scaria et al., 2022). Prevalensi ketidakmampuan belajar pada anak-anak di Amerika Serikat adalah 9,7%, sedangkan prevalensi SLD di India telah dilaporkan berkisar antara 3% hingga 10%. Di Indonesia, menurut Sumarlis, 2008 dalam (Ivanti, 2009) prevalensi ketidakmampuan belajar di pendidikan dasar adalah 5-20%. Sebuah studi tahun 1994 oleh Abdurrahman dan Ibrahim menemukan bahwa ia memiliki ketidakmampuan belajar pada 16,52% dari 3.215 anak sekolah dasar (Abdurrahman, 1999). Kurangnya kesadaran dan pemahaman tentang SLD di kalangan pendidik dan masyarakat umum sering kali menjadi hambatan dalam memberikan dukungan yang tepat kepada individu dengan SLD.

Adanya pemahaman yang lebih mendalam tentang proses kognitif pada SLD menjadi sangat penting karena dampaknya yang signifikan pada kehidupan individu yang mengalami dampaknya. Anak-anak dengan SLD sering menghadapi kesulitan dalam pencapaian akademik, mengalami stres, rendah diri, dan memiliki risiko tinggi mengalami kesulitan sosial dan emosional (Sofologi et al., 2021). Oleh karena itu, mengetahui lebih banyak tentang faktor-faktor neuropsikologis yang terlibat dalam SLD dapat memberikan pemahaman yang lebih baik tentang penyebab,

gejala, dan intervensi yang efektif. Untuk mengatasi permasalahan yang timbul akibat SLD, beberapa alternatif solusi telah diusulkan. Pendekatan yang melibatkan tim multidisiplin terdiri dari psikolog, pendidik, para profesional terkait, dan orang tua dapat membantu dalam mengidentifikasi dan memberikan intervensi yang tepat sesuai dengan kebutuhan individu. Peningkatan kesadaran dan pemahaman tentang SLD melalui pelatihan, seminar, dan kampanye informasi juga dapat membantu dalam membangun dukungan yang inklusif dan mendukung bagi individu dengan SLD.

Fokus pada pendekatan neuropsikologis untuk memahami proses kognitif pada SLD untuk menjelajahi hubungan antara gangguan neuropsikologis seperti disfungsi memori, perhatian, atau pemrosesan auditorik dengan kesulitan akademik yang dialami oleh individu dengan SLD (Wisman, 2020). Dengan memahami kaitan ini, diharapkan dapat mengembangkan pendekatan yang lebih efektif dalam mendiagnosis, mengintervensi, dan mengelola gangguan yang lebih efektif dan mempersonalisasi pendekatan pendidikan bagi individu dengan SLD sehingga mereka dapat mencapai potensi penuh dan meraih keberhasilan akademik dan sosial yang lebih baik. Selain itu, penulisan ini juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap SLD dan pentingnya intervensi yang tepat guna dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kehidupan individu dengan SLD.

PEMBAHASAN

Gangguan Pembelajaran Spesifik (Specific Learning Disability - SLD) adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan sekelompok gangguan yang mempengaruhi kemampuan belajar seseorang, terutama dalam bidang akademik, meskipun individu tersebut memiliki kecerdasan yang normal atau di atas rata-rata (McDowell, 2018). SLD memengaruhi proses kognitif tertentu yang berperan dalam pemahaman, pengolahan, atau ekspresi informasi secara verbal atau nonverbal (Cornoldi et al., 2019).

Beberapa jenis SLD yang paling umum meliputi:

1. Disleksia: Gangguan ini mempengaruhi kemampuan membaca dan memahami teks. Individu dengan disleksia mungkin mengalami kesulitan dalam mengenali huruf, membaca dengan lancar, memahami arti kata-kata, atau mengingat informasi yang dibaca. Meskipun kecerdasan mereka normal, kesulitan dalam mengolah informasi visual dan fonetik menjadi ciri khas disleksia (Snowling et al., 2020) life-long conditions with early onset. For many years, research on dyslexia proceeded on the basis that it was a specific learning difficulty—specific meaning that the difficulty could not be explained in terms of obvious causes such as sensory problems or general learning difficulties (low IQ.

Ciri khas dari disleksia meliputi:

- a. Kesulitan membaca: Individu dengan disleksia mungkin mengalami kesulitan dalam membaca kata-kata dengan lancar dan akurat. Mereka mungkin kesulitan mengenali huruf-huruf, memahami bunyi-bunyi yang terkait dengan huruf-huruf tersebut, dan menghubungkan bunyi-bunyi tersebut untuk membentuk kata-kata yang bermakna (Stevens et al., 2022).
 - b. Kesulitan mengeja: Individu dengan disleksia mungkin kesulitan dalam mengeja kata-kata dengan benar. Mereka mungkin kesulitan mengingat urutan huruf atau memahami aturan ejaan yang kompleks .
 - c. Kesulitan memahami teks tertulis: Individu dengan disleksia mungkin mengalami kesulitan dalam memahami makna teks tertulis. Mereka mungkin memiliki keterbatasan dalam memahami kalimat yang kompleks, menyusun informasi secara kronologis, atau menyimpulkan makna dari teks (Hebert et al., 2018).
2. Disgrafia: Gangguan ini terkait dengan kesulitan dalam mengekspresikan diri secara tertulis melalui tulisan tangan. Individu dengan disgrafia mungkin mengalami kesulitan dalam mengkoordinasikan gerakan tangan dan menghasilkan tulisan

yang rapi dan terbaca. Tulisan mereka seringkali terganggu, dan mereka mungkin kesulitan mengeja kata-kata dengan benar (Chung et al., 2020; Haryanti et al., 2022; Hebert et al., 2018).

Ciri khas dari disgrafia meliputi:

- a. Kesulitan mengontrol gerakan tulisan: Individu dengan disgrafia mungkin mengalami kesulitan dalam mengontrol gerakan tangan dan jari-jari mereka saat menulis. Tulisan mereka dapat terlihat tidak teratur, patah-patah, atau terlalu besar atau kecil.
 - b. Kesulitan dalam mengikuti garis dan spasi: Individu dengan disgrafia mungkin kesulitan dalam mengikuti garis atau spasi yang ditentukan pada kertas saat menulis. Mereka mungkin menulis melebar atau terlalu dekat dengan garis-garis atau melewatinya.
 - c. Kesulitan dalam menghasilkan tulisan yang terbaca: Tulisan individu dengan disgrafia mungkin sulit dibaca oleh orang lain karena ketidaklancaran, bentuk huruf yang tidak konsisten, atau penulisan yang terlalu lambat.
3. Diskalkulia : Gangguan ini mempengaruhi kemampuan seseorang dalam memahami dan menggunakan konsep matematika. Individu dengan diskalkulia mengalami kesulitan dalam mempelajari dan menerapkan keterampilan matematika, meskipun memiliki kecerdasan yang normal atau di atas rata-rata (Fakhriya, 2022; Sudha & Shalini, 2014)aritmatika (diskalkulia .

Ciri khas dari diskalkulia meliputi:

- a. Kesulitan dalam pemahaman angka dan simbol matematika: Individu dengan diskalkulia mungkin mengalami kesulitan dalam memahami arti angka, mengenali simbol matematika seperti tanda operasi (+, -, x, ÷), dan memahami hubungan matematika seperti urutan dan pola.
- b. Kesulitan dalam perhitungan dan operasi matematika: Individu dengan diskalkulia mungkin mengalami kesulitan dalam melakukan perhitungan matematika dasar, seperti

penjumlahan, pengurangan, perkalian, dan pembagian. Mereka mungkin kesulitan mengingat fakta matematika, mengerti algoritma, atau melaksanakan langkah-langkah yang diperlukan dalam operasi matematika.

- c. Kesulitan dalam pemecahan masalah matematika: Individu dengan diskalkulia mungkin mengalami kesulitan dalam menerapkan konsep matematika dalam pemecahan masalah. Mereka mungkin kesulitan memahami masalah matematika, merencanakan langkah-langkah yang diperlukan, atau mengevaluasi hasil.

Neuropsikologi merupakan bidang studi yang mempelajari hubungan antara fungsi otak dan perilaku kognitif serta emosional (Berlucchi, 2009; Blanken et al., 2021). Neuropsikologi mempelajari bagaimana kerusakan atau gangguan dalam sistem saraf dapat mempengaruhi fungsi kognitif seseorang. Dalam konteks Gangguan Pembelajaran Spesifik (Specific Learning Disability - SLD), neuropsikologi berperan penting dalam memahami bagaimana gangguan dalam proses kognitif dapat berkontribusi pada kesulitan akademik yang dialami individu dengan SLD. SLD merupakan gangguan yang terkait dengan kesulitan dalam memperoleh, memahami, atau menggunakan informasi secara efektif dan efisien. Dalam konteks neuropsikologi, SLD dikaitkan dengan gangguan dalam proses kognitif tertentu yang menjadi dasar dalam pembelajaran, seperti memori, perhatian, pemrosesan auditorik, dan fungsi eksekutif (Pratiwi et al., 2022). Berikut adalah penjelasan mengenai kaitan antara gangguan proses kognitif tersebut dengan kesulitan akademik pada individu dengan SLD:

1. Memori: Gangguan memori dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam mengingat informasi yang diperoleh, baik secara verbal maupun visual. Kesulitan dalam memori jangka pendek atau jangka panjang dapat menghambat kemampuan individu dalam mengingat dan menerapkan informasi yang diperlukan dalam proses pembelajaran.

2. Perhatian: Gangguan dalam perhatian, seperti kesulitan dalam mempertahankan fokus atau mengalami gangguan hiperaktif-impulsif, dapat mengganggu konsentrasi dan pemahaman dalam lingkungan pembelajaran. Individu dengan SLD mungkin mengalami kesulitan dalam mempertahankan perhatian pada tugas-tugas akademik yang membutuhkan fokus yang mendalam.
3. Pemrosesan auditorik: Gangguan pemrosesan auditorik mengacu pada kesulitan dalam memproses informasi verbal secara efisien. Individu dengan SLD mungkin mengalami kesulitan dalam memahami instruksi lisan, mengenali perbedaan bunyi, atau mengingat urutan kata-kata. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan mereka dalam memahami materi pelajaran yang disampaikan secara lisan.
4. Fungsi eksekutif: Fungsi eksekutif melibatkan kemampuan perencanaan, pengorganisasian, pengambilan keputusan, kontrol impuls, dan pemecahan masalah. Gangguan dalam fungsi eksekutif dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam mengatur waktu, mengorganisasi materi, mengelola tugas-tugas kompleks, atau menyelesaikan masalah matematika. Kesulitan dalam fungsi eksekutif dapat berdampak pada performa akademik individu dengan SLD.

Dalam neuropsikologi, pendekatan evaluasi yang komprehensif digunakan untuk mengidentifikasi gangguan dalam proses kognitif yang mendasari SLD. Melalui pengujian kognitif dan neuroimaging, neuropsikolog dapat mengidentifikasi pola gangguan kognitif yang khas pada individu dengan SLD. Informasi ini dapat membantu merancang intervensi yang tepat dan strategi pembelajaran yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan individu tersebut. Dengan pemahaman mengenai kaitan antara neuropsikologi dan SLD, diharapkan pengembangan intervensi dan pendekatan pembelajaran yang berbasis bukti dapat membantu individu dengan SLD dalam mengatasi kesulitan akademik yang mereka hadapi.

Faktor-faktor penyebab SLD melibatkan kombinasi antara faktor genetik dan lingkungan (Berlucchi, 2009; Blanken et al., 2021; Kovas & Plomin, 2007). Berikut adalah penjelasan lebih lanjut mengenai faktor-faktor tersebut:

1. Faktor Genetik: Penelitian telah menunjukkan adanya kontribusi faktor genetik dalam perkembangan SLD. Beberapa penelitian menemukan adanya riwayat keluarga dengan SLD yang berhubungan dengan risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan kondisi tersebut. Studi kembar identik juga memberikan bukti bahwa faktor genetik memainkan peran penting dalam SLD. Namun, belum ada satu gen tunggal yang dapat diidentifikasi sebagai penyebab tunggal SLD. Kemungkinan melibatkan interaksi antara beberapa gen yang mempengaruhi perkembangan kognitif dan bahasa.
2. Faktor Neurobiologis: Faktor neurobiologis juga berperan dalam SLD. Berbagai studi menggunakan teknik neuroimaging telah mengidentifikasi perbedaan dalam struktur dan fungsi otak individu dengan SLD. Misalnya, perbedaan dalam ukuran atau aktivitas daerah otak yang terkait dengan bahasa dan pembelajaran telah diamati pada individu dengan SLD. Hal ini menunjukkan bahwa gangguan dalam jalur-jalur komunikasi otak dan disfungsi dalam area-area kunci yang terlibat dalam proses kognitif dapat berkontribusi pada SLD.
3. Faktor Lingkungan: Lingkungan juga memainkan peran penting dalam perkembangan SLD. Beberapa faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kemunculan SLD antara lain:
 - a. Paparan terhadap zat kimia beracun selama kehamilan, seperti merkuri atau timbal, yang dapat mempengaruhi perkembangan otak janin.
 - b. Kekurangan gizi atau nutrisi yang memadai selama masa perkembangan dapat berdampak negatif pada fungsi otak dan perkembangan kognitif.
 - c. Kurangnya stimulasi lingkungan yang kaya, seperti interaksi sosial, stimulasi sensorik, dan pengalaman belajar yang

memadai, juga dapat memengaruhi perkembangan kognitif dan bahasa anak.

Perlu dicatat bahwa faktor-faktor penyebab SLD bersifat kompleks dan saling terkait. Kombinasi antara faktor genetik, neurobiologis, dan lingkungan berkontribusi pada perkembangan SLD. Namun, belum ada faktor tunggal yang dapat menjelaskan sepenuhnya kemunculan SLD. Lebih banyak penelitian diperlukan untuk memahami interaksi antara faktor-faktor ini dengan lebih baik. Penelitian terkini dalam bidang genetika, neurobiologi, dan lingkungan terus berusaha untuk mengidentifikasi dan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kemunculan SLD. Informasi ini penting dalam mengembangkan strategi pencegahan, diagnosis dini, dan intervensi yang tepat bagi individu dengan SLD.

Diagnosis dan evaluasi SLD dilakukan melalui serangkaian proses yang melibatkan profesional kesehatan, seperti psikolog atau ahli terkait lainnya (Roopesh, 2021). Berikut ini adalah penjelasan mengenai proses diagnosis dan evaluasi SLD:

1. Pengumpulan Informasi Awal: Proses diagnosis dimulai dengan pengumpulan informasi awal mengenai perkembangan anak, riwayat keluarga, dan lingkungan belajar. Informasi ini dapat diperoleh melalui wawancara dengan orangtua atau perawat, pengamatan perilaku, dan pemeriksaan catatan medis anak.
2. Tes Psikologis: Tes psikologis merupakan bagian penting dari proses diagnosis SLD. Tes ini melibatkan serangkaian instrumen dan alat pengukuran yang dirancang untuk mengevaluasi fungsi kognitif, kemampuan bahasa, kemampuan membaca, menulis, dan berhitung. Contoh tes yang umum digunakan adalah tes IQ, tes membaca, tes penulisan, dan tes matematika.
3. Observasi Perilaku: Observasi perilaku dilakukan untuk mengamati dan mencatat perilaku anak dalam konteks belajar dan interaksi sosial. Observasi ini membantu mengidentifikasi pola-pola perilaku yang konsisten dengan SLD, seperti kesulitan dalam memahami petunjuk, gangguan perhatian, atau kesulitan dalam memori kerja.

4. **Penilaian Kognitif:** Penilaian kognitif digunakan untuk mengevaluasi kemampuan kognitif anak, seperti memori, perhatian, pemrosesan auditorik, dan fungsi eksekutif. Penilaian ini dapat dilakukan melalui tes neuropsikologis yang menguji berbagai aspek kognitif yang terkait dengan SLD.
5. **Kriteria Diagnostik:** Diagnosis SLD didasarkan pada kriteria diagnostik yang telah ditetapkan. Kriteria ini mencakup adanya kesulitan dalam pembelajaran yang signifikan dan berkelanjutan dalam satu atau lebih bidang, seperti membaca, menulis, atau berhitung. Selain itu, diagnosis juga mempertimbangkan adanya kesenjangan antara kemampuan intelektual secara umum dengan prestasi akademik dalam bidang tertentu.
6. **Identifikasi Dini dan Pendekatan Holistik:** Identifikasi dini sangat penting dalam SLD untuk memungkinkan intervensi yang tepat sejak dini. Pendekatan yang holistik dalam menilai SLD melibatkan melihat anak secara menyeluruh, termasuk aspek kognitif, lingkungan belajar, dan faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi perkembangan anak. Pendekatan ini membantu dalam merencanakan intervensi yang sesuai dan menyediakan dukungan yang dibutuhkan untuk anak dengan SLD.

Diagnosis dan evaluasi SLD memerlukan keterlibatan profesional kesehatan yang berpengalaman dalam bidang psikologi atau neuropsikologi (Roopesh, 2021). Proses ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif tentang profil kognitif dan akademik anak, sehingga dapat merencanakan intervensi yang tepat dan membantu anak mengatasi kesulitan yang dialami dalam pembelajaran. Implikasi temuan neuropsikologi terhadap pendidikan dan intervensi bagi individu dengan SLD memiliki dampak signifikan dalam menciptakan lingkungan pembelajaran yang inklusif dan efektif. Berikut adalah penjelasan mengenai implikasi tersebut:

1. **Pendekatan Inklusif:** Temuan neuropsikologi menunjukkan bahwa individu dengan SLD memerlukan pendekatan pembelajaran yang inklusif, di mana mereka dapat belajar

bersama dengan teman sebaya mereka. Pendekatan inklusif membantu mengurangi stigma dan memungkinkan mereka untuk mendapatkan dukungan sosial yang diperlukan dalam menghadapi kesulitan belajar. Hal ini dapat dicapai melalui penyesuaian pembelajaran, seperti penggunaan strategi diferensiasi dalam pengajaran dan memberikan dukungan tambahan kepada individu dengan SLD.

2. Penggunaan Teknologi Pendidikan: Teknologi pendidikan dapat menjadi alat yang efektif dalam membantu individu dengan SLD. Misalnya, penggunaan aplikasi dan perangkat lunak edukatif yang dirancang khusus untuk mengatasi kesulitan dalam membaca, menulis, atau berhitung dapat membantu meningkatkan kemampuan akademik mereka. Selain itu, teknologi juga dapat digunakan untuk menyediakan aksesibilitas dalam pembelajaran, seperti bantuan audio atau visual.
3. Program Intervensi yang Terbukti Efektif: Penelitian telah mengidentifikasi beberapa program intervensi yang terbukti efektif dalam membantu individu dengan SLD. Program-program ini umumnya melibatkan intervensi yang berfokus pada area spesifik yang mengalami kesulitan, seperti membaca, menulis, atau matematika. Intervensi dapat dilakukan secara individual atau dalam kelompok kecil, dengan penekanan pada penggunaan metode pembelajaran yang berbasis bukti dan berfokus pada kebutuhan individu.
4. Pelatihan dan Dukungan bagi Guru dan Orangtua: Guru dan orangtua memiliki peran penting dalam mendukung individu dengan SLD. Mereka perlu dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk mengenali dan mengatasi kesulitan belajar anak dengan SLD. Pelatihan dan dukungan yang diberikan kepada guru dan orangtua dapat membantu mereka mengembangkan strategi pembelajaran yang efektif, memahami kebutuhan individu, dan memberikan dukungan yang tepat dalam lingkungan pembelajaran.

Implikasi temuan neuropsikologi terhadap pendidikan dan intervensi SLD memberikan landasan yang kuat dalam merancang strategi pembelajaran yang efektif dan mendukung individu dengan SLD dalam mencapai potensi akademik mereka. Dengan pendekatan inklusif, pemanfaatan teknologi pendidikan, dan implementasi program intervensi yang terbukti efektif, individu dengan SLD dapat mengatasi kesulitan belajar dan mencapai kesuksesan akademik yang optimal (Decker & Luedke, 2021; Rashighi & Harris, 2017). Tantangan dan harapan masa depan dalam meningkatkan pemahaman dan dukungan terhadap individu dengan SLD melibatkan beberapa aspek penting. Berikut adalah uraian mengenai tantangan dan harapan tersebut:

1. **Pemahaman yang lebih baik:** Tantangan utama adalah terus meningkatkan pemahaman kita tentang SLD. Dengan penelitian dan pengembangan terkini dalam bidang neuropsikologi, diharapkan kita dapat menggali lebih dalam tentang mekanisme dan faktor yang mendasari SLD. Penemuan baru dalam neurosains dapat memberikan wawasan baru tentang hubungan antara proses kognitif dan gangguan pembelajaran spesifik, membantu kita memahami dengan lebih baik bagaimana kondisi ini memengaruhi individu.
2. **Intervensi yang efektif:** Harapan utama adalah mengembangkan intervensi yang lebih efektif untuk individu dengan SLD. Kemajuan dalam bidang neuropsikologi dapat membantu kita mengidentifikasi strategi intervensi yang lebih tepat dan berfokus pada akar permasalahan kognitif yang mendasari SLD. Misalnya, penggunaan teknologi pendidikan yang inovatif dan program intervensi berbasis bukti dapat memberikan manfaat yang signifikan bagi individu dengan SLD, membantu mereka mengatasi kesulitan belajar dan mencapai potensi penuh mereka.
3. **Kesadaran dan inklusi:** Tantangan lainnya adalah meningkatkan kesadaran masyarakat tentang SLD dan pentingnya inklusi. Diharapkan adanya peningkatan pemahaman dan dukungan dari masyarakat, termasuk sekolah, guru, teman sebaya, dan

keluarga. Dengan kesadaran yang lebih baik, stigma terhadap SLD dapat dikurangi, dan individu dengan SLD dapat merasa lebih diterima dan didukung dalam lingkungan pendidikan dan sosial mereka.

4. Kolaborasi lintas sektor: Harapan penting adalah adanya kolaborasi yang erat antara sektor pendidikan, kesehatan, dan penelitian dalam mengatasi tantangan SLD. Kolaborasi ini dapat menghasilkan pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi untuk pemahaman, identifikasi, dan intervensi SLD. Dengan berbagi pengetahuan dan sumber daya, kita dapat bekerja sama dalam meningkatkan perhatian dan perawatan bagi individu dengan SLD.

Masa depan SLD memiliki tantangan yang harus dihadapi, namun juga harapan yang kuat untuk pemahaman dan dukungan yang lebih baik bagi individu yang terkena dampaknya. Dengan penelitian terus menerus dan komitmen untuk inklusi dan pemahaman yang lebih baik, maka kualitas hidup individu dengan SLD akan meningkat dan membantu mereka mencapai potensi penuh mereka dalam pendidikan dan kehidupan sehari-hari.

PENUTUP

Pemahaman yang mendalam tentang proses kognitif pada gangguan pembelajaran spesifik (*Specific Learning Disability* - SLD) sangat penting untuk mengatasi kesulitan akademik yang dialami individu dengan gangguan ini. Gangguan dalam proses kognitif seperti disfungsi memori, perhatian, pemrosesan auditorik, dan fungsi eksekutif dapat menjadi faktor penyebab kesulitan belajar pada individu dengan SLD. Pendekatan neuropsikologis dapat memberikan wawasan yang lebih baik tentang kaitan antara gangguan neuropsikologis dan kesulitan akademik yang dialami individu dengan SLD terkait mendiagnosis, memberikan intervensi yang tepat, dan mempersonalisasi pendekatan pendidikan bagi individu dengan SLD agar mereka dapat mencapai potensi penuh dan meraih keberhasilan akademik dan sosial yang lebih baik,

mencapai prestasi yang memuaskan, serta menjalani kehidupan yang produktif dan memuaskan.

DAFTAR PUSTAKA

- Berlucchi, G. (2009). Neuropsychology: Theoretical basis. *Encyclopedia of Neuroscience, August*, 1001–1006. <https://doi.org/10.1016/B978-008045046-9.00996-7>
- Blanken, T. F., Bathelt, J., Deserno, M. K., Voge, L., Borsboom, D., & Douw, L. (2021). Connecting brain and behavior in clinical neuroscience: A network approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 130*(April), 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.027>
- Chung, P. J., Patel, D. R., & Nizami, I. (2020). Disorder of written expression and dysgraphia: definition, diagnosis, and management. *Translational Pediatrics, 9*(3), S46–S54. <https://doi.org/10.21037/TP.2019.11.01>
- Cornoldi, C., Di Caprio, R., De Francesco, G., & Toffalini, E. (2019). The discrepancy between verbal and visuoperceptual IQ in children with a specific learning disorder: An analysis of 1624 cases. *Research in Developmental Disabilities, 87*(February), 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.02.002>
- Decker, S. L., & Luedke, J. C. (2021). Evidence-Based Use of Cognitive Testing for Academic Interventions: A Critical Appraisal of Meta-Analytic Methodologies. *Frontiers in Education, 6*(March), 1–19. <https://doi.org/10.3389/educ.2021.637676>
- Fakhriya, S. D. (2022). Gangguan Belajar (Diskalkulia) : Definisi dan Model Intervensi. *Jurnal Pendidikan Dan Teknologi Indonesia, 2*(3), 115–119. <https://doi.org/10.52436/1.jpti.152>
- Giofrè, D., & Cornoldi, C. (2015). The structure of intelligence in children with specific learning disabilities is different as compared to typically development children. *Intelligence, 52*, 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2015.07.002>
- Haryanti, N., Muhibbudin, & Junaris, I. (2022). Analisis Kesulitan Belajar Siswa (Disleksia dan Disgrafia) di Masa. *Journal of Instructional and Development Researches, 2*(1), 7–16.

- Hebert, M., Kearns, D. M., Hayes, J. B., Bazis, P., & Cooper, S. (2018). Why children with dyslexia struggle with writing and how to help them. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 49*(4), 843–863. https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-DYSLC-18-0024
- Ivanti, A. (2009). Identifikasi siswa beresiko mengalami kesulitan belajar spesifik di Taman Kanak-Kanak. *Jurnal Universitas Paramadina, 6*(1), 37–48.
- Kovas, Y., & Plomin, R. (2007). Learning Abilities and Disabilities. *Current Directions in Psychological Science, 16*(5), 284–288. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00521.x>
- McDowell, M. (2018). Specific learning disability. *Journal of Paediatrics and Child Health, 54*(10), 1077–1083. <https://doi.org/10.1111/jpc.14168>
- Poletti, M. (2016). WISC-IV Intellectual Profiles in Italian Children With Specific Learning Disorder and Related Impairments in Reading, Written Expression, and Mathematics. *Journal of Learning Disabilities, 49*(3), 320–335. <https://doi.org/10.1177/0022219414555416>
- Poletti, M., Carretta, E., Bonvicini, L., & Giorgi-Rossi, P. (2018). Cognitive Clusters in Specific Learning Disorder. *Journal of Learning Disabilities, 51*(1), 32–42. <https://doi.org/10.1177/0022219416678407>
- Pratiwi, E. Y. R., Nursalim, M., & Sujarwanto, S. (2022). Penerapan Neuropsikologi Terhadap Pemecahan Masalah Perilaku Belajar Siswa Sekolah Dasar. *Jurnal Basicedu, 6*(4), 5918–5925. <https://doi.org/10.31004/basicedu.v6i4.3165>
- Rashighi, M., & Harris, J. E. (2017). HHS Public Access. *Physiology & Behavior, 176*(3), 139–148. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.08.014.CagY>
- Roopesh, B. N. (2021). Review Article_Specific Learning Disability Assessment and Interpretation: NIMHANS SLD Battery and Beyond. *Indian Journal of Mental Health, 8*(1), 6. <https://doi.org/10.30877/ijmh.8.1.2021.6-27>
- Scaria, L. M., Bhaskaran, D., & George, B. (2022). Prevalence of Specific Learning Disorders (SLD) Among Children in India: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 45(3). <https://doi.org/10.1177/02537176221100128>
- Snowling, M. J., Hulme, C., & Nation, K. (2020). Defining and understanding dyslexia: past, present and future. *Oxford Review of Education*, 46(4), 501–513. <https://doi.org/10.1080/03054985.2020.1765756>
- Sofologi, M., Kougioumtzis, G. A., Efstratopoulou, M., Skoura, E., Sagia, S., Karvela, S., Salli, P. M., Makri, E., & Bonti, E. (2021). *Specific Learning Disabilities and Psychosocial Difficulties in Children*. January, 31–54. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-7359-4.ch002>
- Stevens, E. A., Hall, C., & Vaughn, S. (2022). Language and reading comprehension for students with dyslexia: An introduction to the special issue. *Annals of Dyslexia*, 72(2), 197–203. <https://doi.org/10.1007/s11881-022-00260-6>
- Sudha, P., & Shalini, A. (2014). Dyscalculia : A Specific Learning Disability Among Children. *International Journal of Advanced Scientific and Technical Research*, 2(4), 912–918.
- Wisman, Y. (2020). Teori Belajar Kognitif Dan Implementasi Dalam Proses Pembelajaran. *Jurnal Ilmiah Kanderang Tingang*, 11(1), 209–215. <https://doi.org/10.37304/jikt.v11i1.88>

PROFIL SINGKAT

Anik Dwi Hiremawati adalah dosen Magister Psikologi Profesi (majoring klinis anak dan remaja) di Universitas Kristen Maranatha. Sedang menyelesaikan program doktor pendidikan khusus di UPI Bandung dan baru saja menyelesaikan profesi Fisioterapis (Level 7) di Poltekkes Jakarta 3. Anik memiliki pengalaman bekerja sebagai konsulen Pendidikan khusus (Ortopedagogi) dan terapis (Fisioterapis) perkembangan anak di Klinik Utama Elim Bandung serta owner Cozy Development Centre layanan belajar anak.

TIPS BAGI ORANG TUA UNTUK MENDAMPINGI ANAK HIPERAKTIF

Sati Lastari

Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dan Remaja
Universitas Kristen Maranatha
sati4ed@gmail.com

PENDAHULUAN

Kehadiran anak merupakan suatu anugerah yang Tuhan berikan kepada setiap orang tua. Anak adalah keturunan kedua (dari orang tua) mengandung makna bahwa anak akan menjadi generasi penerus dari orang tua. Kehadiran anak yang terencana dan dinantikan orang tua akan membawa sukacita yang sekaligus disertai juga dengan tanggung jawab yang besar bagi orang tua. Tugas menjadi orang tua akan diemban sepanjang hidup, orang tua memiliki tanggung jawab untuk seluruh aspek kehidupan anak sejak lahir hingga tumbuh dan berkembang menjadi individu dewasa. Selain tugas untuk mendidik anak, seringkali orang tua pun mendapatkan pembelajaran dan makna kehidupan yang sangat berharga dari proses interaksi dan pengasuhan yang dilalui selama membesarkan anak.

Pada kenyataannya, seorang anak terlahir ke dunia dengan keunikannya masing-masing. Ada anak yang terlahir sehat, ada juga yang terlahir tidak sehat, ada anak yang terlahir dengan kekurangan tertentu secara fisik maupun secara neurologis yang mempengaruhi setiap fase perkembangan anak. Tak hanya saat lahir, keunikan anak pun dapat terbentuk selama proses tumbuh kembang dengan berbagai paparan dari lingkungan, seorang anak dapat menghayati stimulus eksternal dengan cara tertentu dan hal tersebut mempengaruhi sudut pandang sampai perilaku anak terhadap lingkungan.

Kondisi keunikan anak tersebut seringkali menjadi tantangan bagi orang tua, disamping tantangan lainnya dalam urusan ekonomi dan hubungan dengan pasangan. Anak yang belum dewasa belum berkembang secara perilaku, psikologis, intelektual. atau sosial menurut beberapa standar yang diterima. Salah satu tantangan yang dihadapi orang tua adalah ketika anak yang belum dewasa belum berkembang secara perilaku, psikologis, intelektual. atau sosial menurut beberapa standar yang diterima, dalam psikologi anak tersebut tergolong dalam kategori *immature behavior*. Anak dengan kondisi *immature behavior*, dapat terwujud dalam beberapa jenis, yaitu hiperaktif, impulsif, egois, kebergantungan kepada orang tua, dan sebagainya (Schaefer, 1994). Dalam hal ini, penulis akan fokus terhadap perilaku anak yang hiperaktif yang seringkali dikeluhkan oleh orang tua. Banyak orangtua yang belum mendapatkan pemahaman yang tepat, sehingga terdapat kecenderungan orang tua memberikan penanganan yang kurang tepat, kebingungan, bahkan menjadi sumber *parenting stress* yang mempengaruhi berbagai aspek dalam kehidupan termasuk hubungan dalam rumah tangga, kesejahteraan psikologis orangtua, pekerjaan dan berbagai aspek lainnya. Hal ini tentu perlu dicegah untuk menjamin keharmonisan di dalam keluarga serta tumbuh kembang anak yang optimal. Di sisi lain, dari sisi anak ketika mendapatkan penanganan yang kurang tepat, seringkali anak mendapatkan *label* "manja" atau "nakal" dari orang sekitar yang mempengaruhi citra diri dan bagaimana dia bereaksi dalam kehidupan sehari-hari. Padahal sejatinya anak hiperaktif memiliki potensi yang baik sebagaimana anak lainnya yang bisa diaktualisasikan secara optimal.

Selain itu, tantangan yang dihadapi oleh anak hiperaktif di sekolah umum, anak cenderung tidak mau membaca jika diberi tugas oleh guru dan lebih memilih mengganggu temannya (Khalik, 2020). Hal tersebut tentu berdampak pada penyerapan materi pembelajaran di sekolah. Penelitian lainnya menyebutkan bahwa anak hiperaktif cenderung tidak bisa diam, sering membuat ulah, tidak memperhatikan guru, sering mengganggu teman, dan perhatiannya mudah teralihkan (Iftitah, 2022). Agar dampak dari

perilaku hiperaktif pada anak tidak signifikan, penulis tertarik untuk membahas tentang cara pendampingan anak hiperaktif yang bisa diberikan oleh orang tua, guru, dan orang dewasa lainnya yang ada di sekitar anak. Pendekatan yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan hiperaktif dalam tulisan ini adalah menggunakan pendekatan disiplin positif yang melibatkan perilaku komunikasi efektif antara anak dan orang tua. Modifikasi perilaku berbasis disiplin positif adalah sebuah metode sistematis proses belajar dalam merubah perilaku anak dengan memahami alasan munculnya perilaku. Metode ini dipandang tepat dalam mengatasi permasalahan perilaku anak hiperaktif dan memiliki pandangan yang menghormati anak sebagai individu.

PEMBAHASAN

Hiperaktif memiliki arti sifat yang sangat aktif (KBBI). Pada anak, Gerakan fisik berlebihan (di luar batas normal atau dapat diterima) disebut *hyperactivity/hiperaktif* (Schaefer, 1994). Indikator perilaku anak hiperaktif dapat dilihat dari perilaku yang ditunjukkan anak dari berbagai *setting* keseharian, seperti saat di rumah, di sekolah, maupun tempat dan situasi lainnya. Anak hiperaktif seringkali tidak bisa duduk diam baik di rumah maupun di sekolah dan hal ini berdampak pada seringnya mengalami kegagalan dalam menyelesaikan tugas. Karakter anak hiperaktif seringkali dikaitkan dengan gangguan ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorders*), padahal sebenarnya berbeda. ADHD menggambarkan anak-anak yang menunjukkan gejala kurang perhatian, hiperaktif, dan impulsif yang tidak sesuai dengan usia, yang cukup untuk menyebabkan gangguan dalam aktivitas kehidupan utama (APA, 2022). Anak didiagnosa mengalami ADHD jika memenuhi kriteria-kriteria tertentu berdasarkan DSM-V, meliputi perilaku: 1) *inattention* dan 2) *hyperactivity and impulsivity*. Sehingga jelas terlihat bahwa hiperaktif merupakan salah satu ciri anak mengalami ADHD tetapi tidak semua anak hiperaktif akan mendapatkan diagnosa ADHD. Meski sekilas anak ini terus bergerak/ tak bisa diam, tapi anak hiperaktif tidak mengalami gangguan pemusatan perhatian. Ia tetap fokus dengan

apa yang dikerjakannya saat itu. Tenaganya yang berlebih digunakan untuk menyelesaikan tugas yang diberikan padanya. Setelah lelah melakukan aktivitasnya, anak juga bisa capek. Biasanya kalau capek, ia akan berhenti dan istirahat/tidur (Mirnawati, 2019).

Dalam keseharian, anak hiperaktif tampak memiliki energi yang sangat besar dan cenderung aktif secara fisik sehingga tampak terus bergerak dan sulit untuk diam di satu tempat. Anak hiperaktif umumnya memiliki kemampuan untuk memperhatikan sesuatu dengan baik jika minatnya terpenuhi. Perilaku hiperaktif dapat terlihat di jenjang usia berbeda, namun lebih umum terjadi pada anak-anak dibandingkan remaja atau orang dewasa. Sebagian anak mengembangkan kemampuan kontrol diri di usia tersebut namun tidak mutlak untuk setiap anak, anak lainnya bisa membutuhkan waktu lebih lama untuk mengembangkan kemampuan mengontrol diri. Berikut gambaran karakteristik anak hiperaktif (Iftitah, 2022):

1. Tidak bisa diam
2. Sering membuat ulah
3. Tidak memperhatikan guru
4. Sering mengganggu temannya
5. Perhatiannya mudah teralihkan

Perilaku anak hiperaktif bisa disebabkan oleh faktor genetik, yaitu disfungsi otak halus yang menyebabkan gerakan berlebihan tanpa tujuan, pukulan di kepala dan keracunan, pengaruh lingkungan dalam hal memberikan respon terhadap perilaku anak (Schaefer, 1994). Sebagaimana anak lainnya, anak hiperaktif membutuhkan bantuan dari orang tua dan guru di sekolah agar dapat berfungsi optimal. Untuk dapat berfungsi dengan optimal diperlukan faktor pendukung yaitu lingkungan sekitar anak untuk bekerjasama dengan baik serta sarana dan prasarana yang memadai dengan menyediakan ruang stimulasi untuk anak hiperaktif. (Fachrul, 2019).

Munculnya kesadaran akan dasar neurologis untuk hiperaktivitas menimbulkan sikap yang lebih pengertian dan toleran oleh orang dewasa. Alih-alih menyalahkan anak karena sengaja mengganggu semua orang, fokusnya bisa membantu anak memperlambat dan

secara efektif mengatasi masalah yang disebabkan secara organik. Hal ini menjadi harapan yang baik dalam pendampingan anak hiperaktif. Berdasarkan referensi yang didapatkan penulis, berikut beberapa tips dan strategi yang dapat membantu orang tua dan guru untuk hidup berdampingan dengan anak hiperaktif:

1. Menerima kondisi anak, membangun cinta dengan tulus

Proses paling dasar untuk berdampingan dengan anak hiperaktif adalah menerima kenyataan dan merangkul kondisi anak sebagai bagian dari identitas mereka. Tidak ada yang salah atas situasi yang dihadapi, yang perlu dilakukan adalah fokus mencari cara agar anak bisa menyalurkan energi yang dimilikinya dengan cara yang baik untuk mencapai aktualisasi potensi yang optimal. Menjaga komunikasi terbuka dengan pasangan dan keluarga untuk saling mendukung juga sangat bermanfaat dalam proses penerimaan.

2. Wawasan tentang hiperaktif

Penting bagi orang tua untuk memahami gejala, penyebab, dan cara penanganan anak hiperaktif. Dengan pemahaman yang baik tentang kondisi ini, orang tua dapat memberikan dukungan yang tepat dan mencari sumber daya yang sesuai. Wawasan bisa didapatkan dari tulisan ilmiah seperti buku, hasil penelitian dan jurnal terpercaya, dari *sharing* dengan ahli di bidang ini seperti psikolog atau praktisi pendidikan, serta *sharing* dari rekan/kerabat yang memiliki pengalaman serupa. Dengan wawasan yang memadai, orang tua dapat mengidentifikasi dan memanfaatkan kekuatan anak untuk mendukung perkembangan mereka.

3. Berikan kesempatan untuk menyalurkan energi

Hukum kekekalan energi disebutkan bahwa energi tidak dapat hilang dan ditekan namun dapat disalurkan. Oleh karena itu, sebelum melakukan kegiatan bertujuan, kita bisa memfasilitasi anak untuk menyalurkan energinya dengan cara yang baik dan dapat diterima. Misalnya dengan memberikan kesempatan untuk bermain bebas terlebih dahulu di area yang

aman sebelum waktunya belajar. Aktivitas fisik yang berat seperti olahraga renang secara rutin juga dapat membantu anak untuk mengeluarkan energinya sehingga di hari sekolah anak lebih siap untuk menerima materi.

4. Penguatan Verbal dari Perilaku yang Sesuai.

Kebalikan dari hiperaktif adalah tingkat aktivitas yang sesuai, terutama aktivitas yang bertujuan atau produktif. Orang tua harus berusaha untuk menunjukkan perilaku produktif apa pun dan mencoba membuat anak melakukannya dengan baik. Misalnya dengan mengatakan "Hebat, kamu sudah berusaha untuk mengerjakan tugas dengan cermat!". Ketika seorang anak duduk diam, memperhatikan, dan menyelesaikan tugas, orang tua dapat berkata, "Bagus sekali kamu duduk diam dan menyelesaikannya". Sasaran harian dapat ditentukan, dan upaya anak untuk mencapai sasaran ini harus dipuji. Di penghujung hari, misalnya saat *pillow talk* sebelum tidur malam, anak bisa diberi tahu tentang peningkatan keberhasilannya dan tentang perasaan bahagia orang tua karena anak sudah berusaha melakukan pekerjaan dengan sesuai.

5. Sistem Poin.

Buat kesepakatan tentang perilaku yang diharapkan dari anak. Setiap kali berhasil menunjukkan perilaku yang diharapkan, anak diberikan poin (bisa berupa stiker), dan ditempelkan di area tertentu. Stiker diperoleh untuk interval waktu yang ditetapkan dan realistis di rumah ketika anak tidak menunjukkan hiperaktif. Stiker dalam jumlah tertentu dapat ditukar dengan barang yang disenangi anak seperti mainan kecil, hak istimewa tambahan, melakukan perjalanan khusus, atau hal lainnya yang sesuai dengan filosofi orang tua. Tingkat imbalannya berubah seiring dengan membaiknya perilaku anak.

Akan lebih baik juga jika sistem ini diterapkan di kelas juga dengan bekerjasama dengan guru. Karena perilaku seringkali khusus untuk situasi tertentu, jenis metode ini juga dapat digunakan saat anak berada di tempat umum bersama orang

tuanya. Sangat berguna bagi orang tua untuk membawa buku catatan dan mencatat cek yang diperoleh. Hadiah harus segera mengikuti perilaku yang sesuai.

Dan sebaliknya, jika perlu berikan konsekuensi jika anak melakukan perilaku hiperaktif yang tidak diharapkan. Perilaku tersebut pun dapat mengakibatkan hilangnya beberapa poin yang diperoleh. Sistem poin mungkin penting bagi anak-anak yang tidak responsif terhadap pujian.

6. Menyediakan Struktur.

Anak harus mengetahui dengan jelas dan deskriptif tentang perilaku yang diharapkan. Misalnya dengan mengatakan "Tetap menjawab pertanyaan sampai semua persoalan di *chapter* 1 ini selesai akan sangat bagus untuk kamu", "Saat kamu merasa lelah, kamu bisa menenangkan diri dengan menarik napas dalam-dalam dan melihat ke luar jendela". Penguatan positif adalah cara konkret untuk menunjukkan kepada anak perilaku apa yang diharapkan. Akan lebih baik jika kedua orang tua konsisten dalam berkomunikasi serta kompak dalam menerapkan aturan dan menanggapi perilaku anak dengan cara yang relatif sama. Sehingga anak belajar bahwa respons positif dari kedua orang akan didapat jika melakukan aktivitas lebih terarah.

Mempersiapkan anak sebelum suatu acara berlangsung juga akan sangat membantu. Misalnya sebelum memasuki department store orang tua dapat melakukan *sounding* tentang situasi yang akan dihadapi dan membuat kesepakatan. Misalnya "Akan ada banyak kebisingan dan banyak orang, kamu bisa tinggal bersamaku dan merasa tenang. Kamu tidak boleh menyentuh benda secara sembarangan. Kamu bisa memegang mainan yang telah disiapkan (misalnya mengerjakan lembar kerja sesuai usia anak)." Kuncinya adalah penggunaan strategi yang baik yang mempersiapkan anak untuk fokus pada suatu aktivitas dan yang mengatur waktu untuknya sampai dia belajar melakukannya secara mandiri.

Di rumah, gangguan dapat diminimalkan dengan membantu anak mengatur kamarnya. Meja harus dibersihkan dari benda- benda yang menggoda dan tidak perlu.

7. Promosikan pengendalian diri.

Dari sekian banyak metode yang mungkin, self- talk adalah salah satu yang paling ampuh. Anak diajari berbicara dengan dirinya sendiri untuk membimbing perilakunya sendiri. Alih-alih bergerak tanpa tujuan, dia diajari untuk mengatakan pada dirinya sendiri (pertama- tama dengan suara keras dan kemudian diam- diam) apa yang harus dilakukan. (“Saya ingin menyelesaikan ini. Jadi, saya akan memperhatikan dan bermain nanti”). Anak dapat diingatkan untuk berkata pada dirinya sendiri, berhenti dan berpikir Ketika orang tua mengamati hiperaktif, penguat yang menyenangkan dapat dibuat untuk mengatakan plus kunci dalam bahasa anak sendiri (“Tenang, Apa yang harus saya lakukan?”).

Sangat penting bagi orang tua untuk memperhatikan kemampuan anak yang sebenarnya untuk menenangkan diri dan melakukan aktivitas yang bertujuan. Misalnya dengan mengatakan “Bagus, kamu bisa menenangkan diri”.

8. Di sekolah

Untuk mengatasi anak hiperaktif di kelas disarankan dengan teknik penataan tempat duduk, menghindari menempatkan anak hiperaktif dekat dengan jendela, tidak memberikan hukuman yang terlalu berat, melakukan kontrak di awal pembelajaran dan melakukan kontak fisik dengan anak hiperaktif (Yuliati, 2022).

Guru juga disarankan menunjukkan sikap dan perilaku menghargai setiap usaha dan keberhasilan yang dicapai oleh anak, serta menggunakan metode pemberian tugas dan bermain (Iftitah, 2022). Upaya lain yang dapat dilakukan guru adalah dengan menghargai setiap usaha dan keberhasilan yang dicapai oleh anak, serta menggunakan metode pemberian tugas dan bermain.

9. Metode Profesional

Dalam kondisi tertentu, jika semua upaya yang dilakukan orang tua belum berhasil, maka bisa melakukan upaya untuk konsultasi kepada profesional kesehatan mental seperti psikolog. Saat ini akses untuk konsultasi ke psikolog juga bisa didapatkan di puskesmas sehingga bisa lebih mudah dijangkau oleh para orang tua.

Terdapat beberapa perlakuan yang mungkin diberikan oleh psikolog untuk anak hiperaktif, seperti dalam bentuk relaksasi otot, desensitisasi terhadap stres, terapi perilaku, dan berbagai metode *biofeedback* (pernapasan, gelombang otak, pelatihan otot). Obat-obatan yang diawasi secara medis atau modifikasi diet mungkin sesuai.

Dalam menghadapi potensi kehidupan dengan seorang anak yang memiliki tingkat keaktifan yang tinggi, berikut beberapa cara pencegahan yang dapat dilakukan oleh orang tua (Schaefer, 1994):

1. Mempromosikan Lingkungan yang Sehat.

Sejumlah penelitian dengan jelas menunjukkan bahwa kondisi fisik dan mental ibu hamil mempengaruhi tingkat aktivitas dan konsentrasi anaknya. Selama kehamilan, berbagai penyakit, obat-obatan, dan stres yang berkepanjangan dan intens telah dikaitkan dengan hiperaktif di kemudian hari pada balita. Nutrisi dan obat-obatan ibu yang memadai (alkohol, rokok, obat penenang, marijuana, dll) adalah jaminan terbaik untuk lingkungan prenatal yang normal. Ada kepercayaan yang berkembang bahwa metode persalinan "alami" adalah cara terbaik untuk menghindari serangan fisik terhadap sistem saraf pusat bayi yang baru lahir. Demikian pula, nutrisi, perlindungan, dan stimulasi sensorik bayi yang memadai memastikan perkembangan maksimal.

Seiring bertambahnya usia anak, stimulasi yang berlebihan (tingkat kebisingan, pertengkaran terus-menerus, lingkungan yang berantakan dan tidak teratur) atau stimulasi yang tidak memadai (kurangnya bahan permainan dan pengalaman

normal lainnya) harus dihindari. Aktivitas normal dan terarah dimaksimalkan oleh lingkungan yang normal dan relatif terorganisir. Karena ada hubungan yang kuat antara omelan dan hiperaktivitas, omelan pada anak harus dihindari. Masalah yang khas adalah omelan seorang anak yang secara temperamen berbeda dari orang tuanya. Penerimaan dan akomodasi terhadap tempo alami anak akan mencegah timbulnya masalah.

2. Ajarkan Aktivitas yang Bertujuan

Sejak masa kanak-kanak, orang tua dapat secara positif memperkuat aktivitas yang bertujuan. Perhatian dan pujian untuk setiap pencapaian bayi dan balita memperkuat perilaku yang efektif. Dengan nada yang sama, orang tua dan saudara kandung berfungsi sebagai model kemampuan untuk fokus, dan menyelesaikan tugas. Pembelajaran pengamatan awal menentukan nada untuk perilaku terfokus. Sepanjang masa kanak-kanak, tingkat dan keefektifan aktivitas orang tua berfungsi sebagai model untuk ditiru oleh anak yang sedang berkembang.

Demikian pula, orang tua dapat mendemonstrasikan penggunaan bahasa sebagai panduan untuk perilaku yang bertujuan, misalnya dengan mengatakan "Saya harus menyelesaikan ini dan kemudian saya akan beristirahat". Bahasa juga berfungsi sebagai perangkat pemantau mandiri, misalnya dengan mengatakan "Ini belum selesai dengan benar, jadi saya akan memperbaikinya".

PENUTUP

Menjaga dan merawat anak secara optimal merupakan harapan yang akan diupayakan oleh semua orang tua. Dalam prosesnya semua tentu akan menghadapi tantangan-tantangan. Namun, meskipun ada perjuangan dan kesulitan, menghadapi kehidupan sehari-hari dengan penuh kesabaran dan pengertian akan membawa kebahagiaan dan pertumbuhan bagi kedua belah pihak. Hidup dengan anak hiperaktif mengajarkan kita untuk melihat

dunia dari perspektif yang berbeda, memperkuat kemampuan beradaptasi, dan mengasah ketelitian serta kreativitas kita. Dalam perjalanan ini, penting bagi kita untuk menjaga keseimbangan, merawat diri sendiri, dan mencari dukungan dari orang-orang terdekat. Dengan menghadapi tantangan ini dengan sikap positif, kita dapat menciptakan lingkungan yang penuh kasih sayang dan dukungan untuk anak hiperaktif kita, membantu mereka tumbuh dan berkembang menjadi individu yang kuat dan penuh potensi. Penerapan modifikasi perilaku berbasis disiplin positif dapat dijalankan oleh orangtua dengan anak hiperaktif. Fokuskan tujuan untuk mengarahkan perilaku anak dengan memiliki pandangan dasar bahwa anak sebagai subyek yang perlu dipahami kemudian lakukan komunikasi efektif antara orang tua dan anak. Harapannya upaya modifikasi perilaku dengan disiplin positif dapat membantu anak mengurangi perilaku hiperaktif.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition text revision DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Aswandi, A. *Perlakuan Guru Terhadap Anak Hiperaktif Usia 5-6 Tahun Di Tk IT Anak Sholeh Mempawah* (Doctoral dissertation, Tanjungpura University).
- Mash, E.J., & Wolfe, D.A. (2005). *Abnormal child psychology* (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Iftitah, S. L. (2022). Upaya Guru Dalam Membimbing Anak Hiperaktif Di TK PKK Tanjung Pademawu Pamekasan. *Jurnal Anak Usia Dini Holistik Integratif (AUDHI)*, 5(1), 15-22.
- KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Kamus versi online/daring (Dalam Jaringan). di akses pada 30 Mei. 2023. <https://kbbi.web.id/hiperaktif>.
- Rozie, F., Haryani, W., & Safitri, D. (2019). Peran Guru Dalam Penanganan Perilaku Anak Hiperaktif Di TK Negeri 1

- Samarinda. *JECE (Journal of Early Childhood Education)*, 1(2), 53-59.
- Santrock, John W.. 2019. *Children*. New York: McGraw-Hill.
- Schaefer, C., & Millman, H. L. (1994). *How to help children with common problems*. Jason Aronson, Incorporated.
- Susanto, E., & Nugraheni, A. S. (2020). Metode Vakt Solusi untuk Kesulitan Belajar Membaca Permulaan pada Anak Hiperaktif. *Jurnal Madrasah Ibtidaiyah*, 6(1), 13-20.
- Yuliati, Y. (2022). *TEKNIK GURU MENANGANI ANAK HIPERAKTIF (STUDI KASUS DI KELAS III SEKOLAH DASAR NEGERI 2 JONGGRANGAN KLATEN) TAHUN PELAJARAN 2021/2022* (Doctoral dissertation, Universitas Widya Dharma).

PROFIL SINGKAT

Sati Lastari lahir di Bandung, pada tanggal 31 Januari 1992. Sati menempuh Pendidikan dasar sampai Pendidikan tinggi di Sekolah Negeri di Bandung, S1 Jurusan Psikologi Universitas Kristen Maranatha Tahun 2010-2015. Setelah lulus S1 Sati bekerja di sebuah lembaga konsultan *HR & Counseling* Sekolah Swasta di Tangerang selama 2 tahun, lalu menjadi staf HRD di sebuah pabrik di Bandung selama 1 tahun. Sati juga pernah merintis kegiatan hiking untuk anak di alam terbuka selama kurang lebih 1 tahun.

Tahun 2020 bertepatan dengan masa pandemi, Sati melakukan *remote work* dari rumah sebagai staf operasional sebuah Kursus Bahasa Inggris dan admin aplikasi konsultasi psikologi. Tahun 2021 bersama rekan sejawat merintis sebuah usaha tempat penitipan anak yang sampai saat ini berdiri dan memiliki 2 cabang di Bandung. Dengan minat untuk mempelajari lebih dalam tentang anak, di tahun 2022 Sati melanjutkan studi Magister Profesi Psikologi di Universitas Kristen Maranatha dengan mayoring Klinis Anak dan Remaja, sambil mengembangkan usaha penitipan anak dan kursus bahasa. Saat ini Sati sudah berkeluarga dengan anak laki-laki berusia 3,5 tahun.

GAMBARAN PERILAKU AGRESIVITAS PADA REMAJA

Dhiya Dzahabiyah¹⁾ Dr Yuspendi, M.Psi., Psikolog, M.Pd²⁾

Universitas Kristen Maranatha^{1),2)}

Dhiyaadz08@gmail.com¹⁾

yuspendi@psy.maranatha.edu²⁾

PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa yang umumnya dimulai pada usia 12 tahun dan berakhir pada usia 20 tahun (Papalia dan Olds). Masa remaja merupakan proses dimana seseorang sedang mencari identitas dirinya, pada masa remaja memiliki perubahan yang sangat signifikan baik secara fisik, intelektual maupun emosi. Menurut Havighurts (dalam Sarwono, 2012) menjelaskan mengenai tugas perkembangan remaja yaitu mampu mencapai hubungan yang lebih matang dengan teman sebaya, mampu menerima keadaan fisik dan mampu mencapai kemandirian secara emosional.

Tugas perkembangan remaja menuntut perubahan besar dalam perilaku anak, sehingga tidak semua anak remaja mampu memenuhi setiap tugas perkembangannya dengan baik. terdapat beberapa permasalahan yang dialami oleh remaja, salah satunya terkait permasalahan yang berhubungan dengan situasi sosial yaitu konflik baik di rumah maupun di sekolah, hal ini dikarenakan pengaruh emosi dan juga tekanan yang ada pada diri remaja serta adanya ketidakstabilan emosi. Jika tidak diberikan pendampingan maka akan menjerumuskan anak kedalam hal yang negatif salah satunya terkait agresivitas pada remaja.

Perilaku agresi didefinisikan sebagai suatu tindakan yang dimaksudkan untuk menyakiti atau melukai orang lain (Taylor, Peplau, & Sears, 2009). Menurut Buss dan Perry perilaku agresi

merupakan perilaku atau kecenderungan perilaku yang bertujuan untuk menyakiti orang lain baik secara fisik maupun verbal.

Fenomena terkait perilaku agresi pada remaja saat ini cenderung meningkat, hasil penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2016) mengungkapkan bahwa tindakan agresi terhadap siswa dilihat dari menyakiti orang secara fisik dengan persentase 35,32% sedangkan tindakan agresi yang dilakukan siswa jika dilihat secara verbal sebanyak 41,30% dan tindakan agresi dilihat dari merusak dan menghancurkan benda dengan persentase 30,42%. Berdasarkan penelitian tersebut agresi verbal berada pada persentase yang paling tinggi.

Menurut Berkowitz (dalam Anggraini, 2018) mengungkapkan bahwa perilaku agresi verbal merupakan bentuk perilaku agresi yang bertujuan untuk menyakiti orang lain dengan verbal seperti makian, ejekan, ancaman dan sebagainya. Rata-rata remaja laki-laki memiliki kecenderungan melakukan tindakan agresi verbal. Tingkat agresivitas pada remaja laki-laki siswa SMA Negeri di DKI Jakarta memiliki kecenderungan tinggi pada aspek permusuhan yang kemudian diikuti dengan agresi verbal (Susi Fitri, 2016).

Kebanyakan remaja cenderung menunjukkan perilaku agresinya ketika sudah memasuki sekolah hal ini dikarenakan mereka merasa sudah keluar dari lingkungan keluarga dan dapat bebas dalam melakukan hal yang ingin dilakukannya. Menurut Baron dan Byrne (dalam Arron & Dwiastuti, 2019) berpendapat bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi remaja melakukan perilaku agresi yaitu faktor sosial, tekanan dari orang tua dan lingkungan.

Jika dilihat dari data KPAI (Komisi Perlindungan Anak Indonesia) terjadi sebanyak 2016 kasus agresivitas remaja usia 13-19 di tahun 2016, kemudian meningkat di tahun 2018 sebanyak 265 kasus sebagai pelaku kekerasan fisik maupun verbal (penganiayaan, perkelahian *bullying*) (KPAI, 2019). Perilaku agresi signifikan disebabkan karena adanya faktor internal diantaranya, frustrasi, stress, kesepian dan faktor keluarga (Estévez Lópe, Jiménez, & Moreno, 2018).

Adapun intervensi yang dapat digunakan untuk menangani permasalahan subjek ialah menggunakan *behavioral therapy* dengan teknik *operant conditioning* yang telah dibuktikan mampu mengontrol perilaku agresi pada anak (Aghajari, Golestaneh, & Pakizeh, 2017). Salah satu metode yang efektif dalam mengatasi permasalahan perilaku pada anak adalah dengan menggunakan *operant conditioning* (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2013). Dalam metode ini, intervensi dibentuk berdasarkan prinsip-prinsip pengkondisian. Menurut prinsip pengkondisian Skinner menyebutkan bahwa apabila perilaku diperkuat maka meningkat probabilitas kemunculan perilaku tersebut, begitu pula sebaliknya. Tujuan dari intervensi ini adalah untuk menurunkan perilaku agresif sehingga subjek dapat mengubah perilaku buruknya menjadi lebih baik.

Berdasarkan fenomena yang telah dipaparkan diatas, maka penulis ingin menjelaskan mengenai gambaran dan penanganan terhadap perilaku agresivitas pada remaja.

PEMBAHASAN

Perilaku agresif merupakan bentuk tindakan menyakiti orang lain yang dilakukan secara sengaja, perilaku negatif pada individu dimana ia cenderung memiliki tujuan untuk menyerang dan melukai baik secara fisik (non-verbal) maupun secara lisan (verbal). Terdapat banyak teori yang menjelaskan mengenai perilaku agresif pada remaja, anak yang melakukan tindakan agresif ini cenderung karena mengamati perilaku orang lain, seperti orang tua, saudara kandung ataupun teman sebayanya,

Adapun teori lain yang menjelaskan bahwa alasan mengapa anak melakukan tindakan agresif ini dikarenakan adanya frustrasi dalam kehidupan sehari-hari yang dapat memicu timbulnya dorongan agresif pada remaja. Hal lain yang dapat mendorong timbulnya perilaku agresif ini terkait kecanduan alkohol pada remaja yang dapat menimbulkan kekerasan atau perilaku agresif yang dapat menimbulkan pemberontakan pada remaja.

Faktor yang menjadi penyebab terjadinya perilaku agresif pada remaja yaitu terkait faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi frustrasi, gangguan berpikir, kemampuan intelegensi dan gangguan emosional pada remaja, sedangkan faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku agresi yaitu keluarga, teman sebaya dan lingkungan sekolah (Kartono,2011).

Agresivitas seseorang bisa berpengaruh terhadap situasi sosial dilingkungannya (dalam Pinilih & Margowati, 2016). Aksi nyata agresivitas remaja dapat berupa kekerasan fisik maupun kekerasan verbal, seperti tawuran, mencaci maki, berkelahi, maupun mendorong. Adapun cara pencegahan agar anak tidak melakukan tindakan agresi, yaitu:

1. Menghindari sikap dan praktik pengasuhan yang salah pada anak, penelitian menunjukkan bahwa kombinasi dari disiplin yang longgar dan sikap kurang baik dengan orang tua dapat menghasilkan anak yang sangat agresif dan kurang mampu mengontrol diri. Ketika orangtua melakukan hukuman fisik yang keras kepada anak maka dapat berlanjut dalam jangka waktu yang lama hal ini cenderung menimbulkan agresivitas pada anak seperti pemberontakan.
2. Membatasi *exposure* terhadap kekerasan di TV, kekuatan televisi sebagai alat untuk mempelajari bentuk agresi pada anak. terdapat sebuah penelitian yang menunjukkan bahwa kebiasaan televisi yang dibentuk pada usia 9 tahun dapat mempengaruhi perilaku agresi pada anak remaja.
3. *Promote happiness*, studi menunjukkan bahwa orang yang mengalami pengaruh positif (kebahagiaan) cenderung baik kepada diri sendiri dan orang lain sehingga dapat meminimalisir perilaku agresi pada remaja.
4. *Minimal marital strife*, masa remaja merupakan masa pencarian jati diri dimana anak sering mengamati dan meniru perilaku sosialnya seperti meniru orang tuanya, sehingga orang tua perlu memastikan bahwa anak-anak tidak mengamati pertengkaran

atau konflik yang mengarah pada agresivitas sehingga anak tidak meniru tindakan tersebut.

5. Melakukan aktivitas fisik merupakan salah satu bentuk untuk menurunkan ketegangan pada remaja seperti melakukan olahraga atau bermain.
6. *Change the environment*, remaja maupun orang tua mencoba untuk mengubah lingkungan rumah agar perilaku agresif pada remaja ini lebih kecil kemungkinan untuk terjadinya. Salah satu pencegahan timbulnya perilaku agresif dapat dilakukan dengan bermusik. Musik dapat memberikan efek menenangkan pada impulsif agresif.
7. Melibatkan orang dewasa dalam pengawasan, anak remaja tampaknya membutuhkan pengawasan terhadap orang dewasa, anak remaja cenderung membutuhkan keterlibatan orang dewasa dalam aktivitas untuk mencegah timbulnya perilaku agresi. Sehingga orang dewasa dapat menjadi pengawas bagi remaja dalam pengendalian tindakan agresi.

Pada dasarnya setiap remaja memiliki kemampuan dalam menyelesaikan permasalahannya, termasuk dalam penggunaan strategi penyelesaian pada pokok masalah. Perbedaan tersebut dapat terlihat dari respon yang akan dimunculkan dalam menghadapi situasi yang menekan Maccoby & Jacklin (dalam Santrock 2007), terdapat beberapa teknik yang efektif yang dapat dilakukan untuk mengendalikan tindakan agresivitas pada remaja, yaitu sebagai berikut:

1. *Reward desired behaviors*. Langkah pertama dalam menangani perilaku agresif anak yaitu kenali bahwa anak itu baik, ketika anak dapat bermain secara kooperatif maka orang tua harus memberikan sebuah *reward* kepada anak. pemberian *reward* tidak selalu berupa barang, dengan pujian dan tepuk tangan pun merupakan sebuah *reward* untuk anak yang memberikan tindakan positif ketika bermain.
2. Mengajarkan keterampilan sosial, ketika anak-anak mengalami pertengkaran maka ajarkan anak dalam melakukan keterampilan

sosial seperti berdiskusi dengan teman bicaranya agar sesuatu yang diinginkannya dapat dibicarakan dengan baik-baik tanpa adanya tindakan agresi.

3. *Assertiveness*, melatih seseorang dalam hal berperilaku sosial yang tepat untuk mengekspresikan perasaan, tindakan dan opininya. Cara yang digunakan untuk melatih asertif pada remaja yaitu, melibatkan anak dalam berdiskusi kelompok sehingga dapat membuat anak untuk berpikir lebih positif melalui proses belajar untuk menghadapi berbagai situasi sosial.
4. *Develop social judgment*, dalam hal ini orangtua mengajarkan anak untuk berpikir sebelum bertindak sehingga anak mampu mengantisipasi konsekuensi dari tindakan yang akan dilakukan untuk diri sendiri maupun orang lain. Untuk dapat mengembangkan keterampilan ini maka ajarkan anak untuk membayangkan konsekuensi yang akan didapatkan ketika melakukan tindakan agresi seperti anak akan merasakan kehilangan sahabatnya jika melakukan tindakan agresi. Hal lain yang perlu diajarkan kepada anak yaitu menghargai hak orang lain.
5. *Self-talk*, anak yang memiliki agresi tinggi cenderung impulsif dan kesulitan dalam mengendalikan dirinya, sehingga orang tua dapat mengajarkan anak dengan melakukan *self-talk* sebagai salah satu upaya untuk menghambat perilaku agresi yang akan muncul, seperti "jangan melakukan hal tersebut itu tidak baik" pengucapan ini dilakukan secara berulang-ulang sampai anak tidak melakukan perilaku agresi tersebut. Namun jika anak yang mengalami keterlambatan dalam berbicara sebaiknya diberikan stimulus terlebih dahulu untuk mengembangkan kemampuan verbalnya, karena anak yang mengalami keterlambatan dalam berbicara cenderung mengandalkan kekuatan fisiknya sebagai cara untuk menghadapi teman sebayanya.
6. *Punishment*, cara lain yang dapat mengendalikan perilaku agresi anak yaitu dengan memberikan sebuah hukuman, tindakan ini cukup efektif untuk mengendalikan tindakan agresif pada remaja, salah satunya dengan penggunaan "time out".

Perilaku agresi ini memiliki dampak yang cukup merugikan pada remaja, salah satu dampak yang dirasakan oleh remaja terkait perilaku agresif ini yaitu kesulitan dalam menjalin relasi sosial dengan lingkungan sekitarnya. Adanya kesulitan dalam menjalin relasi sosial ini dapat mempengaruhi proses belajar anak

Anak yang mengalami perilaku agresif akan susah percaya pada orang lain, sehingga menyebabkan anak mudah tersinggung dan menarik diri. Dampak dari perilaku agresif ini dapat terlihat dari pelaku dan juga korban, jika dilihat dari dampak pelaku maka pelaku cenderung akan di jauhi dan tidak disenangi oleh teman sebayanya. Sedangkan dampak perilaku dari sudut pandang korban yaitu timbulnya sakit fisik dan psikis yang diakibatkan dari perilaku agresif tersebut.

PENUTUP

Martono (dalam Agung dan Matulesy, 2012) mengatakan bahwa lingkungan sekolah merupakan salah satu faktor yang menyebabkan munculnya agresivitas yaitu kondisi sekolah yang tidak kondusif. Apabila kurang tercipta hubungan yang harmonis, saling menghargai dan penuh tanggung jawab pada diri anak dapat menimbulkan agresivitas misalnya perilaku saling menghina satu sama lain, tidak saling mengasihi sehingga cenderung saling menunjukkan kekuasaan dan tidak peduli dengan kondisi teman lainnya.

Agresi merupakan suatu bentuk tindakan yang bertujuan untuk menyakiti orang lain. Terdapat dua bentuk perilaku agresif pada remaja yaitu bentuk perilaku agresif fisik dan bentuk perilaku agresif verbal. Salah satu teknik yang dapat dilakukan dalam mengendalikan perilaku agresif yaitu *Reward desired behaviors* dimana anak akan mendapatkan sebuah *reward* ketika dapat bermain secara kooperatif dan mampu diajak berdiskusi, adapun *self-talk* dan juga *assertiveness* yang mampu membantu anak dalam menurunkan tindakan perilaku agresivitas. Sehingga hal tersebut dapat meminimalisir dampak negatif dari terjadinya tindakan perilaku agresif pada remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung & Matulesy. (2012). Kecerdasan Emosi, kecerdasan Spiritual, dan Agresivitas Pada Remaja. *Jurnal Psikologi Indonesia* Vol. 1, No. 2, hal 99-104.
- Anggraini, L. (2018). Hubungan antara regulasi emosi dengan intensi agresivitas verbal instrumental pada suku batak di ikatan mahasiswa sumatera utara universitas diponegoro. *Empati*, 270-278.
- Arron, A. &. (2019). Gambaran vicarious learning dan agresivitas verbal pada siswa SMP. *Psikologi Pendidikan*, 193-197.
- Estévez Lópe, E. J. (2018). Aggressive behavior in adolescence as a predictor of personal, family, and school adjustment problems. *. Psicothema*, 30(1), 66–73.
- Fitri, S. (2016). GAMBARAN AGRESIVITAS PADA REMAJA LAKI-LAKI SISWA SMA. *Insight : Jurnal Bimbingan Konseling Volume* , 5(2).
- Hidayati, N. W. (2016). Hubungan harga diri dan konformitas teman sebaya dengan kenakalan remaja. *Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia (JPPI)*, , 1(2).
- Kartono, K. ((2011)). Psikologi anak. .
- KPAI. (2019). Data kasus anak berdasarkan pemantauan media cetak. Retrieved from Bank Data Perlindungan Anak.
- Marsh, L. M. (2014). School climate and aggression among new zealand high school students. *New Zealand Journal of Psychology*, 43(1),28-37.
- Myers, D. ((2012).). Psikologi Sosial Jilid 2. . *Jakarta: Salemba Humanika*.
- Old, S. &. (2010). Human Development (Terjemanahan a.K.Anwar). *Jakarta: prenada media group*.
- Pinilih & Margowati. (2016). Hubungan Komunikasi Natara Orang Tua dan Anak Dengan Agresivitas Pada Anak Usia Remaja di SMK X Magelang. 3rd University Research Coloqium ISSN 2407-9189.

- Santrock, J. W. (2007). Perkembangan remaja. *Jakarta: Erlangga* , jilid 2 (Edisi 11).
- Sarwono, S. (2012). Psikologi Remaja. *Jakarta: Rajawali Pers*.
- Schaefer, C. &. (1994). *How to help children with common problems*. Jason Aronson, Incorporated.
- Taylor, S. E. (2009). Psikologi Sosial Edisi Kedua Belas. *Jakarta: Kencana Prenada Media Group*.
- Trisnawati, J. N. (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku agresif remaja di SMK Negeri 2 Pekanbaru. 1(2), 1–9.
- Yusri, F. d. (n.d.). "Pengaruh Pemenuhan Kebutuhan Remaja Terhadap Tindakan Bully Siswa Di PKBM Kasih Bundo Kota Bukittinggi." *Jurnal Al-Taujih: Bingkai Bimbingan dan Konseling Islami* 3, . no. 2 (2017): 17– 28.

BIODATA PENULIS



Dhiya Dzahabiyah lahir di Dili, 8 Januari 1999, Dhiya merupakan anak ke tiga dari tiga bersaudara dan memiliki ketertarikan di bidang Psikologi. Dhiya menyelesaikan studi S1 nya di Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi Lulus pada tahun 2021 dan setelah lulus Dhiya menjadi seorang *Trainer* di suatu biro psikologi Mitra Talenta. Pada tahun 2022 Dhiya melanjutkan S2 di Universitas Kristen Maranatha dan menekuni mayoring Psikologi Klinis Anak dan Remaja.

CARA MENURUNKAN GEJALA *SHORT ATTENTION SPAN DISTRACTIBLE* PADA SISWA SEKOLAH DASAR

Larasati Ajeng Lestari

Universitas Kristen Maranatha

larasati.ajeng@gmail.com

PENDAHULUAN

Anak-anak memiliki hak untuk mendapatkan pembelajaran, peningkatan pengetahuan diri, keterampilan hidup dan sosial, dan optimalisasi peluang hidup, di mana semua hal ini bisa diperoleh melalui sekolah terutama di sekolah dasar (Widdowson, et. al., 2015). Periode anak mulai memasuki tahun-tahun sekolah dasar adalah ketika mereka berada di periode perkembangan *middle childhood* dan *late childhood* yang berlangsung antara usia sekitar 6 dan 11 tahun (Santrock, 2019). Meskipun begitu, usia anak untuk masuk sekolah dasar berbeda antar negara, mulai dari usia empat hingga tujuh tahun. Anak-anak berusia enam tahun, sudah mulai memasuki sekolah dasar di negara Cina, Jepang, beberapa negara Eropa, dan sebagian besar negara ASEAN. Sementara itu, beberapa negara seperti Bulgaria, Estonia, Finlandia, Latvia, Lituania, Serbia, dan Swedia, menetapkan usia tujuh tahun sebagai usia pendaftaran. Siswa di sebagian besar Inggris Raya (yaitu, Inggris, Skotlandia, dan Wales) dan Australia, Malta, dan Belanda mulai bersekolah pada usia lima tahun (Herbst & Strawinski, 2016; Stipek, 2002, dalam Guswandi, 2021). Sementara di Indonesia, anak-anak masuk sekolah dasar jika mereka menginjak usia tujuh tahun pada 1 Juli, di mana usia ini sedikit terlambat dibandingkan mayoritas negara ASEAN (Guswandi, 2021).

Pada rentang usia ini, anak-anak diharapkan untuk mulai menguasai keterampilan dasar membaca, menulis, dan berhitung, dan mereka secara formal dihadapkan pada dunia yang lebih luas

dan budayanya, maka dari itu diperlukan keterampilan tertentu agar bisa membantu mereka beradaptasi pada situasi tersebut (Santrock, 2019). Gullo (2017, dalam Faqumala et. al., 2020) menyampaikan aspek yang harus dimiliki anak masuk sekolah harus mencakup beberapa aspek diantaranya yaitu perkembangan fisik, sosial dan emosi, pendekatan dalam belajar, bahasa dan komunikasi serta kognitif. Aspek kognitif berarti anak dapat menunjukkan pengertian, menaati peraturan, menyelesaikan tugas, dan memperlihatkan inisiatif. Sejalan dengan tugas perkembangan kognitif anak rentang usia *middle childhood*, mereka diharapkan memiliki kemampuan untuk memahami konsep generalisasi yang diperoleh melalui fakta dan kejadian khusus secara lebih spesifik dari anak kelas 1 dan 2 SD (Hidayatulloh, et. al., 2023). Anak pada periode *middle childhood* sudah dihadapkan pada konsep-konsep atau prinsip-prinsip yang hendak diterapkan dalam kesehariannya serta melaksanakan pembelajaran yang dilakukan secara logis dan sistematis untuk membantu anak memahami mengenai konsep dan generalisasi sehingga anak mampu untuk menyelesaikan soal, menggabungkan dua hal, menghubungkan sebab-akibat, hingga memisahkan berdasarkan perbedaan karakteristik, dan lain sebagainya (Anitah et. al., 2021).

Volkmer et. al., (2022) dan Wetzel et. al., (2021) menyebutkan bahwa kontrol atensi pada *middle childhood* sudah berkembang lebih baik dibandingkan periode sebelumnya karena kecenderungan anak untuk mudah terdistraksi sudah mulai menurun semenjak usia 6-10 tahun. Anak di rentang usia *middle childhood* akan mulai dapat mengarahkan perhatiannya ke rangsangan yang lebih penting, dibandingkan terdistraksi oleh rangsangan yang di lingkungannya. Perubahan ini mencerminkan pergeseran ke kontrol perhatian kognitif, sehingga anak-anak pada rentang usia *middle childhood* akan mulai bertindak tidak terlalu impulsif dan lebih banyak menilai sebelum bertindak (Santrock, 2019).

Terlepas dari perkembangan kemampuan atensinya, terdapat beberapa anak pada rentang usia *middle childhood* yang masih mengalami masalah dalam hal tersebut di mana permasalahan ini

merupakan *short attention span distractible*. Kondisi ini terjadi pada anak dengan atensi yang terpecah karena suatu distraksi, kemudian anak kurang mampu mengendalikan serta memertahankan atensinya sehingga ia beralih ke aktivitas lain (Schaefer & Millman, 1980). Anak akan secara tertarik pada aktivitas lain tanpa terkendali dan aktivitas anak ketika terganggu oleh kebisingan, penglihatan, atau perasaan pribadi cenderung teralihkan. Anak akan cenderung menghabiskan waktu untuk aktivitas yang sedang dilakukannya hanya dalam waktu singkat (Schaefer & Millman, 1980).

Di lingkungan sekolah, anak yang perhatiannya mudah teralihkan cenderung kehilangan barang-barang, salah menempatkan barang, tidak menyelesaikan tugas, dan terus-menerus teralihkan oleh peristiwa baru yang ada (Schaefer & Millman, 1980). Anak dengan permasalahan ini mungkin akan terhambat dalam penyelesaian tugas di sekolah, selain itu hal ini juga bisa bermasalah bagi teman dan guru selama pembelajaran berlangsung karena anak dengan masalah atensi akan cenderung menciptakan lingkungan yang kurang produktif dalam kelas (Ajiboye et. al., 2020). Saraswati (2016, dalam Yulilla dan Cahyono, 2022) juga menyatakan hal yang sama, disebutkan bahwa anak dengan permasalahan atensi dapat dilihat dari tindakannya di kelas seperti misalnya sering melihat aktivitas yang dilakukan temannya, seketika terhenti ketika sedang mengerjakan tugas, berbicara sendiri atau kepada teman mengenai hal lain yang tidak sesuai dengan pelajaran, melihat ke arah lain selain apa yang disampaikan oleh guru, serta beranjak dari tempat duduk.

Dikarenakan kegiatan akademik adalah salah satu hal yang menjadi kewajiban perkembangan pada rentang usia *middle childhood*, maka anak dengan *short attention span distractible* perlu diberikan perhatian yang serius agar mereka mampu mengoptimalkan kemampuan mereka dalam kegiatan akademiknya. Schaefer & Millman (1980) menyatakan bahwa anak perlu untuk menyediakan jadwal terstruktur dan mengurangi gangguan, di mana orang tua menyusun lingkungan untuk meminimalkan gangguan dan memaksimalkan daya tarik rangsangan yang harus

diperhatikan. Orang tua juga bisa memberikan hadiah untuk menolak gangguan karena rentang perhatian dapat ditingkatkan dengan memberi penghargaan interval perhatian terfokus yang lebih lama dan lebih lama. Anak dengan *short attention distractible span* mudah teralihkan perhatiannya menerima perhatian ketika mereka teralihkan perhatiannya (Schaefer & Millman, 1980). Kunci dari permasalahan ini adalah pengajaran keterampilan dasar yang mendasari kemampuan berkonsentrasi. Anak-anak harus sering diajarkan untuk fokus pada aspek-aspek kritis dari suatu situasi atau masalah (Schaefer & Millman, 1980).

Dari beberapa tindakan tersebut, penulis ingin mengetahui bagaimana efektivitas dari rekomendasi tersebut dan bagaimana pengaruhnya terhadap anak dengan *short attention span distractible* untuk mengoptimalkan kinerja akademik mereka.

PEMBAHASAN

Short attention span distractible adalah kondisi di mana atensi anak terpecah karena suatu distraksi yang tidak relevan dan anak kurang mampu memertahankan atensinya sehingga ia beralih ke aktivitas yang mendistraksinya tersebut (Schaefer & Millman, 1980). Distraksi yang ditemui bisa berupa suara, penglihatan, dan juga perasaan personal atau suasana hati. Anak dengan kondisi ini cenderung mudah untuk mengganti satu aktivitas ke aktivitas lain, tentunya kondisi ini bisa menghambat optimalisasi anak dalam menjalani pendidikannya di sekolah (Yulilla dan Cahyono, 2022). Schaefer & Millman (1980) menjelaskan bahwa anak-anak akan mulai mengembangkan kemampuan untuk secara selektif memusatkan perhatiannya dan mempertahankannya pada stimulus yang relevan, baik secara penglihatan maupun secara pendengaran. Anak dengan *short attention span distractible* cenderung kesulitan untuk melakukan kegiatan akademiknya karena adanya kesulitan untuk memusatkan perhatiannya, dibutuhkan kemampuan untuk mempertahankan atensi sehingga tugas akademik bisa dikerjakan dengan baik tanpa teralihkan pada kegiatan lain yang tidak relevan (Bubnik et. al., 2015).

Short Attention Span Distractible biasanya disebabkan oleh keterlambatan pada perkembangan neurologis (Schaefer & Millman, 1980). Hal ini bisa berkaitan dengan kematangan yang bergerak secara lambat atau adanya malfungsi dari bagian otak. Selain keterlambatan neurologis, *short attention span* juga bisa dipengaruhi oleh genetik. Apabila diobservasi, anak dengan permasalahan ini akan cenderung lebih aktif, mudah teralihkan, dan mudah untuk berganti-ganti dalam melakukan aktivitas. Terdapat fungsi pada otak yang berperan dalam memfokuskan dan mendeteksi stimulus, sehingga apabila anak memiliki permasalahan dalam memusatkan dan mempertahankan atensi, maka ada kemungkinan permasalahan pada fungsi otaknya.

Lingkungan dan faktor psikologis juga berperan dalam *short attention span* anak. Anak yang tengah merasakan emosi khawatir dan kurang percaya diri dalam jangka waktu yang lama memiliki kecenderungan untuk mengalami *short attention span* karena mereka sulit untuk bertahan dalam mengerjakan tugasnya serta membutuhkan dukungan dari lingkungan sekitarnya. Emosi seperti ini juga bisa mengarahkan pada kesulitan untuk mempertahankan atensi dan mudah untuk terdistraksi dengan aktivitas lain. Permasalahan ini tidak berkaitan dengan tinggi atau rendahnya fungsi intelegensi anak, tetapi berkaitan dengan fungsi otak yang bekerja secara berbeda pada anak pada umumnya (Paternotte & Buitelaar, 2013). Rentang perhatian dapat dengan mudah diukur dengan menentukan waktu berapa lama suatu aktivitas dilakukan. Rentang perhatian meningkat seiring bertambahnya usia, namun banyak dari anak-anak di rentang usia *middle childhood* tetap relatif kurang mampu mempertahankan atensinya hingga masa remaja (Paternotte & Buitelaar, 2013). Hal ini bisa berdampak pada kemampuan akademik anak.

Tanpa kemampuan untuk memusatkan perhatian, siswa bisa mengalami kesulitan dalam memahami informasi dan jika hal tersebut bisa teratasi maka siswa dapat mencapai pencapaian akademik mereka. Oleh karena itu, kemampuan untuk memusatkan perhatiannya berperan penting di bidang akademik maupun untuk

pencapaian jangka panjang individu (Stasch, 2014). Maka dari itu, diperlukan tindakan yang tepat untuk membantu anak rentang usia *middle childhood* meningkatkan kemampuan mempertahankan atensinya agar bisa permasalahan tersebut bisa teratasi dan menunjang pendidikannya.

Schaefer & Millman (1980) menjelaskan bahwa beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan *short attention span* adalah:

1. Menyediakan suatu struktur dan mengurangi distraksi

Anak bisa mulai diperkenalkan pada rangkaian jadwal kegiatan terstruktur yang mereka anggap kurang menarik namun perlu untuk dilakukan seperti misalnya mengerjakan tugas, kegiatan rumah, hingga mengerjakan tugas-tugas dari sekolah. Anak perlu mendapatkan keberhasilan dari tugas yang hendak ia lakukan agar ia menyukai untuk mengerjakan tugas tersebut, hal ini bisa dilakukan dengan cara menyediakan waktu untuk mengerjakan suatu tugas dan kemudian diselingi oleh istirahat atau waktu untuk bermain.

2. Memberikan *reward*

Setiap kali anak mampu mempertahankan atensinya dengan lebih baik, anak bisa mendapatkan suatu *reward* tertentu. *Reward* hanya diberikan kepada anak jika mereka mampu melakukan kegiatan yang membutuhkan ketahanan atensi yang lebih lama dan tetap melanjutkan aktivitas tersebut meskipun terdapat distraksi yang memungkinkan ada di sekitarnya. Dengan cara memberikan *reward*, baik secara material maupun secara pujian verbal, maka bisa menjamin keberhasilan anak untuk mempertahankan atensi dengan waktu yang lebih lama. Penelitian yang dilakukan oleh Okovita dan Bucher (1976, dalam Schaefer & Millman 1980) menunjukkan bahwa jika seorang anak mendapatkan *reward* secara konsisten dari setiap kemampuannya untuk mempertahankan atensi, maka hal ini bisa meningkatkan kemampuan atensi pada anak lain di sekitarnya.

Rekomendasi tersebut sejalan dengan beberapa temuan dari peneliti sebelumnya. Paniagua et. al. (2021) menyatakan bahwa terdapat beberapa efek positif ditemukan dari siswa yang mendapatkan waktu istirahat di tengah-tengah pembelajarannya, beberapa efek positif tersebut adalah berkaitan dengan hal akurasi atensi, konsentrasi, atensi jangka panjang, dan *selective attention*. Terdapat pula juga penelitian yang menunjukkan bahwa kinerja pembelajaran siswa meningkat setelah periode aktivitas fisik (Carlson et al., 2015; Ramstetter et al., 2010, dalam Baines, 2019). Penetapan waktu untuk belajar yang terstruktur bisa berperan dalam kinerja akademik siswa seperti misalnya guru yang menyusun jadwal pelajaran yang terstruktur dapat membantu untuk menerima informasi secara efektif dan mengingat informasi yang mereka pelajari karena atensi siswa bisa lebih difokuskan sesuai dengan jadwal yang terstruktur (Blake, 2016). Mengurangi distraksi juga ditemukan bisa secara efektif membantu anak dengan permasalahan *short attention span distractible* (Schaefer & Millman, 1980). Anak bisa dihindari dari berbagai distraksi seperti misalnya suara-suara yang cukup bising dan gambar visual yang bisa mengalihkan perhatiannya. Sejalan dengan temuan dari studi ilmu saraf yang mengemukakan bahwa otak melambat ketika seseorang terganggu dengan suatu distraksi sehingga perlu untuk mengelola lebih dari satu tugas (Hari, 2022; Jensen & Nutt, 2015, dalam Strom et. al., 2023).

Selain itu, terdapat temuan yang menyebutkan bahwa salah satu metode intervensi yang bisa membantu mempertahankan atensi adalah metode *play therapy Beat the Clock* (Hall et. al, 2002). Hall et. al. (2002) menyatakan bahwa melalui metode *play therapy Beat the Clock*, anak akan mendapatkan *reward* setiap kali mereka berhasil menolak distraksi yang ia temui selama sesi berlangsung. Melalui *reward*, anak menjadi termotivasi untuk mempertahankan atensinya dan menjadi terbiasa untuk mempertahankan atensinya tersebut (Kaduson, 2023). Pemberian *reward* berupa poin di kelas juga bisa

menjadi alternatif di kelas karena hal tersebut berpengaruh positif terhadap perilaku siswa dan pembelajaran siswa dengan cara membantu menciptakan suasana belajar yang positif, meningkatkan partisipasi siswa, dan mewujudkan tujuan pembelajaran (Utami et. al., 2022 dalam Chen, 2023). Ketika mendapat *reward*, mereka tidak hanya mendapat pengakuan dari para guru, tetapi juga mendapat umpan balik positif yang mendorong mereka untuk meningkatkan perilaku mereka (Chen, 2023). Hal tersebut bisa menunjang dan mendorong anak untuk mempertahankan atensi mereka hingga berdampak baik pada akademik mereka.

PENUTUP

Permasalahan *short attention span distractible* pada siswa sekolah dasar bisa berdampak secara signifikan pada performa akademik mereka sehingga diperlukan penanganan sesegera mungkin untuk mengatasinya. Beberapa tindakan yang bisa dilakukan oleh orang tua dan guru untuk membantu siswa memusatkan dan mempertahankan atensinya adalah dengan cara memberikan jadwal pembelajaran yang terstruktur, mengurangi distraksi, hingga memberikan *reward* setiap kali ia mampu mempertahankan atensinya. Apabila permasalahan atensi bisa segera teratasi, maka ia bisa mengembangkan potensinya di bidang akademik hingga menumbuhkan performa akademik anak yang lebih optimal.

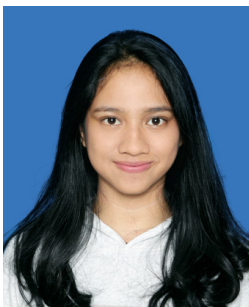
DAFTAR PUSTAKA

- Ajiboye, S. K., Adebayo, D. O., & Saidu, A. (2020). Teachers' Assessment of Inattentive Classroom Behavior Among Primary School Students in Ilorin City, Kwara State, Nigeria.
- Anitah, W.S. dkk. (2021). Strategi Pembelajaran di SD. Edisi kesatu. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Baines, E., & Blatchford, P. (2019). School break and lunch times and young people's social lives: a follow-up national study. NuffieldFoundation.

- Blake, Caitrin. (2016). *Attention Spans to Your Advantage in the Classroom*. Resilient Educator. Diakses melalui <https://resilienteducator.com/classroom-resources/short-attention-span-class-structure/>
- Bubnik, M. G., Hawk, L. W., Pelham, W. E., Waxmonsky, J. G., & Rosch, K. S. (2015). Reinforcement enhances vigilance among children with ADHD: comparisons to typically developing children and to the effects of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 149-161.
- Chen, Z. (2023). The Influence of School's Reward Systems on Students' Development. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 8, 1822-1827.
- Faqumala, D. A., & Pranoto, Y. K. S. (2020). *Kesiapan anak masuk sekolah dasar*. Penerbit NEM.
- Guswandi, F. A. (2021). School Starting Age and Academic Performance: An Empirical Study in Indonesia. *Jurnal Perencanaan Pembangunan: The Indonesian Journal of Development Planning*, 5(3), 344-362.
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional psychology: Research and practice*, 33(6), 515.
- Hidayatulloh, I. (2023). KARAKTERISTIK PEMBELAJARAN SISWA TINGKAT SEKOLAH DASAR. PROSIDING TEKNOLOGI PENDIDIKAN, 3(1), 123-127.
- Infantes-Paniagua, Á., Silva, A. F., Ramirez-Campillo, R., Sarmento, H., González-Fernández, F. T., González-Villora, S., & Clemente, F. M. (2021). Active school breaks and students' attention: A systematic review with meta-analysis. *Brain Sciences*, 11(6), 675.
- Kaduson, Heidi. 2023. *Beat the Clock*. Diakses melalui <https://the-play-therapy-training-institute.teachable.com/courses/enrolled>
- Paternotte, A., & Buitelaar, J. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Alih bahasa: Julia Maria van Tiel. Jakarta: Prenada
- Santrock, J. W. (2019). *Child Development: 15th Edition*. McGraw-Hill
- Schaefer, C., & Millman, H. L. (1980). *How to help children with common problems*. Jason Aronson, Incorporated.

- Stasch, K. (2014). The effect of focused attention span on overall academic achievement.
- Strom, P. S., Strom, R. D., Sindel-Arrington, T., & Rude, R. V. (2023). Student Attention and Distraction in Community College. *Journal of Educational and Developmental Psychology, 13*(1), 1-41.
- Volkmer, S., Wetzel, N., Widmann, A., & Scharf, F. (2022). Attentional control in middle childhood is highly dynamic—Strong initial distraction is followed by advanced attention control. *Developmental science, 25*(6), e13275.
- Wetzel, N., Widmann, A., & Scharf, F. (2021). Distraction of attention by novel sounds in children declines fast. *Scientific Reports, 11*(1), 5308. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83528-y>
- Widdowson, D. A., Dixon, R. S., Peterson, E. R., Rubie-Davies, C. M., & Irving, S. E. (2015). Why go to school? Student, parent and teacher beliefs about the purposes of schooling. *Asia Pacific Journal of Education, 35*(4), 471-484.
- Yulilla, D., & Cahyono, R. (2022). *Play Therapy "Beat The Clock"(Mengalahkan Waktu)" untuk Meningkatkan Atensi Pada Anak Dengan Masalah Innattention. Psikostudia: Jurnal Psikologi, 11*(3), 368-381.

PROFIL SINGKAT



Larasati Ajeng Lestari lahir di Bandung, 17 Juli 1999. Ajeng memiliki minat di bidang humaniora, khususnya bidang psikologi. Ajeng menempuh pendidikan S1 di Fakultas Psikologi Universitas Kristen Maranatha dan lulus pada tahun 2022. Setelah lulus, Ajeng menjadi seorang *Human Resource Intern* di suatu perusahaan swasta internasional yang bergerak di bidang teknik. Kemudian di pertengahan tahun 2022 Ajeng melanjutkan studi S2 di universitas yang sama. Saat ini Ajeng tengah menekuni studinya bidang psikologi klinis anak dan remaja serta menjadi konselor di salah satu aplikasi konseling daring.

PERILAKU SEKSUAL PADA REMAJA DENGAN AUTISM SPECTRUM DISORDER

Tamara Yosephine Loudoe, S.Psi¹,

Dr. Yuspendi, M.Psi., Psikolog, M.Pd²

Universitas Kristen Maranatha

loudoetamara@gmail.com¹, yuspendi@psy.maranatha.edu²

PENDAHULUAN

Pendidikan seks usia dini masih terbilang sangat minim bahkan dianggap tabu di Indonesia. Kementerian Koordinator PMK (2021) mengatakan bahwa pada tahun 2017 telah dilakukan survei oleh Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilakukan setiap 5 tahun menunjukkan bahwa sebanyak 2% remaja perempuan dan 8% remaja laki-laki dengan rentang usia 15-24 tahun mengatakan bahwa telah melakukan hubungan seksual pra nikah. Dalam survei ini juga menunjukkan bahwa sebanyak 11% remaja diantaranya mengalami kehamilan yang tidak diinginkan. Diantara remaja perempuan dan laki-laki ini sebanyak 59% perempuan dan 74% laki-laki mengaku bahwa pertama kali mereka mulai berhubungan seksual ketika mereka berusia 15-19 tahun. Selain itu, survei yang dilakukan oleh Durex Indonesia (dalam *Detik Health*, 2019) mengenai Kesehatan Reproduksi dan Seksual menunjukkan bahwa 84% remaja dengan rentang usia 12-17 tahun belum mendapatkan pendidikan seksual. *Detik Health* juga memaparkan bahwa pada masa awal pubertas, banyak anak yang memilih untuk mencari informasi mengenai seks melalui orang tua, kemudian mereka juga banyak mendapatkan informasi mengenai seks melalui teman sebaya dengan persentase 25%, melalui internet atau sosial media dengan persentase 15%, serta melalui kakak laki-laki atau perempuan dengan persentase 5%. Namun, terkadang banyak orang tua yang merasa bahwa membicarakan tentang pendidikan seks usia dini merupakan hal yang tabu.

Pada masa remaja baik remaja dengan ASD maupun tanpa ASD melalui tahap perkembangan yang tidak jauh berbeda. Menurut Ignatius Dharta Ranu Wijaya, S.Sos., M.Pd (2019) dalam bukunya yang bertajuk "Pendidikan Seks Untuk Anak Dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD)" mengatakan bahwa perilaku seksual pada remaja merupakan hal yang normal dan dapat diamati sepanjang tahap perkembangan remaja. Milligan dan Neufeldt tahun 2001 (dalam Wijaya, tahun 2019) mengatakan bahwa, walaupun remaja dengan disabilitas memiliki kebutuhan dan dorongan seksual yang sama dengan remaja pada umumnya, namun mereka mengalami kesulitan yang tidak proporsional dalam menjalani kehidupan seksual yang memuaskan.

Orang tua pada umumnya masih menganggap pendidikan seks tabu, dan sama halnya juga dengan orang tua dengan anak penderita *autism spectrum disorder* (ASD). *Autism Spectrum Disorder* (ASD) merupakan gangguan perkembangan yang ditandai dengan adanya defisit yang signifikan secara terus-menerus dalam interaksi sosial dan keterampilan komunikasi, serta ditandai dengan pola minat dan perilaku yang terbatas dan berulang (APA, 2013). Salah satu karakteristik anak dengan ASD adalah defisit pada interaksi sosial dan keterampilan komunikasi. Karakteristik ini kemudian dipecah dalam tiga gejala, yakni keterbatasan melakukan interaksi sosial emosional secara timbal balik, keterbatasan dalam komunikasi non-verbal, dan keterbatasan dalam memahami dan menyesuaikan diri dengan interaksi sosial (APA, 2013).

Meskipun demikian, anak ASD akan melewati tahap perkembangan secara fisik yang tidak jauh berbeda dengan anak seusianya. Tahap perkembangan yang dimaksud adalah ketika anak mengalami masa pubertas dan masuk dalam masa remaja. Asumsi penulis adalah orang tua mungkin akan lebih sibuk dengan meningkatkan keterampilan anak pada aktivitas sehari-hari, sehingga orang tua lupa untuk memikirkan tentang perkembangan fisik remaja ASD termasuk di dalamnya adalah masa pubertas. Hal ini mungkin dapat membuat remaja ASD kurang informasi mengenai perilaku seksual dan mungkin saja dapat mengarahkan

pada perilaku seksual yang menyimpang. Seperti yang dikatakan oleh Blasingame (2011) bahwa orang tua dengan anak ASD seringkali tidak mempertimbangkan perkembangan seksual anak serta cara mengedukasi anak mengenai perilaku seksual dengan cara yang efektif. Hal ini kemudian dapat berdampak pada anak dengan ASD mungkin saja akan melewatkan kesempatan belajar tentang perkembangan seksual secara normatif, sehingga dapat menghambat anak ASD mengembangkan perilaku seksual yang sesuai (Brown-LaVoie, Viecili, & Weiss, 2014; Higgs & Carter, 2015). Dalam beberapa kasus, mungkin melibatkan remaja dengan ASD tidak memiliki keterampilan mengatasi dan mengontrol rangsangan guna mengatasi peningkatan dorongan seksualnya sendiri. Dengan kurangnya kontrol tersebut dapat menimbulkan risiko remaja dengan ASD menjadi korban maupun pelaku dalam perilaku seksual yang menyimpang (Archer & Hurley, 2013; Browning & Caulfield, 2011; Freckelton, 2013; Gabriels & Van Bourgondien, 2007; Gomez de la Cuesta, 2010; Haskins & Silva, 2006; Payne & Hollin, 2014; Petersilia, 2001; Sevelever et al., 2013; Teagardin et al., 2012). Tidak sedikit juga remaja dengan ASD menjadi korban pelecehan seksual.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Henny Indrawati dan Ari Wahyudi (2017), menunjukkan orang tua yang menyatakan bahwa mereka terkejut melihat remaja laki-laki dengan ASD yang memanipulasi perilaku mereka ketika masturbasi dengan cara membuat gerakan menggesek-gesekkan alat kelamin mereka di tempat tidur (menyerupai gerakan "putra duyung"). Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh Huwaidi dan Daghustani (2012) menunjukkan bahwa remaja dengan ASD menunjukkan tiga perilaku seksual yang tidak pantas. Perilaku pertama adalah membuka baju di depan umum. Perilaku selanjutnya adalah remaja dengan ASD menggunakan objek tertentu demi mencapai gairah seksual seperti kulit, karet, maupun menggunakan permainan tertentu. Perilaku seksual yang tidak pantas ketiga adalah mencapai gairah seksual dengan melihat tubuh orang lain. Dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa remaja dengan *high functioning autism* memunculkan perilaku seksual yang kurang pantas dibandingkan

dengan remaja dengan *low functioning autism*. Hal ini juga erat kaitannya dengan keterampilan sosial-seksual yaitu pengetahuan remaja dengan ASD mengenai orang lain yang dapat dicium atau dipeluk oleh remaja serta dengan siapa saja remaja dapat membicarakan tentang permasalahan perkembangan seksual.

Margaretha (2014), dalam tulisannya yang bertajuk "Pendidikan Seks Untuk Remaja Dengan Autisme" menuliskan bahwa gejala yang dimunculkan remaja dengan ASD yang terindikasi mengalami perubahan seksual antara lain menyentuh bagian tubuh di depan umum, membuka baju di depan umum, tertarik sehingga berbicara terus-menerus mengenai seks, mengulang kata dan bunyi yang berkaitan dengan istilah-istilah seks, menyentuh bagian tubuh orang lain yang dianggap privat, hingga sampai mengintip rok atau pakaian dalam orang lain. Margaretha juga menyatakan bahwa perilaku seksual ini muncul bukan untuk memuaskan kebutuhan seks remaja, melainkan sebagai cara untuk menurunkan kecemasan dan stress, mencapai kepuasan atau kesenangan dengan cara yang relatif cepat, pemenuhan rangsangan sensoris, serta menimbulkan rasa nyaman bagi remaja.

Perilaku seksual yang paling umum terjadi pada anak dan remaja terdiri dari empat perilaku yaitu, masturbasi berlebihan, permainan seks, peran seks yang menyimpang, dan kehamilan pranikah (Schaefer & Millman, tahun). Dalam hal ini, penulis jarang menjumpai kasus mengenai peran seks yang menyimpang pada remaja dengan ASD. Namun, dengan perkembangan zaman dan ilmu teknologi yang begitu cepat, tidak menutup kemungkinan bahwa kedepannya kita dapat menjumpai kasus-kasus yang terkait peran seks yang menyimpang pada anak dengan ASD.

Untuk itu dalam penelitian ini, peneliti tertarik untuk meninjau perilaku seksual khususnya perilaku seksual yang menyimpang pada remaja dengan ASD. Dengan adanya penelitian ini, peneliti berharap untuk dapat memberikan kesadaran bagi orang tua dan guru mengenai pentingnya pemberian pendidikan seks sejak dini pada anak dengan ASD. Selain itu, peneliti juga berharap untuk

dapat memberikan sumbangsih pengetahuan serta pencegahan mengenai perilaku seks yang menyimpang pada remaja dengan ASD.

PEMBAHASAN

Perilaku seksual pada anak dan remaja yang dulu dapat dikatakan menyimpang, sekarang mungkin dapat dikatakan tidak menyimpang lagi. Namun, apabila perilaku tersebut terjadi kapan saja dan di mana saja termasuk tempat umum maka dapat menjadi masalah tertentu. Perilaku yang dimaksud dalam pembahasan ini adalah masturbasi berlebihan, permainan seks, peran seks yang menyimpang, dan kehamilan pranikah.

1. Masturbasi Berlebihan

Masturbasi merupakan aktivitas seksual dengan cara memanipulasi alat kelamin demi kesenangan diri. Hal ini memang dapat terjadi pada semua manusia. Misalnya, pada saat bayi, anak-anak menemukan bahwa ada perasaan menyenangkan yang didapat dari menyentuh atau menggosok alat kelamin. Hal ini cukup sering terjadi pada anak usia 1 sampai 6 tahun serta pada remaja. Bagi remaja laki-laki, masturbasi adalah aktivitas seksual utama.

Masturbasi memang tidak berbahaya atau menghambat perkembangan seperti menyebabkan kemandulan, maupun impotensi. Namun terlalu sering melakukan masturbasi akan mengakibatkan anak dan remaja mengalami masturbasi secara berlebihan atau tidak tepat, seperti di tempat umum. Remaja dengan ASD mungkin beralih ke aktivitas masturbasi berlebihan karena anak memiliki sumber kesenangan lain biasanya dengan membuat gerakan seperti putra duyung (Henny Indrawati dan Ari Wahyudi tahun 2017).

2. Permainan Seks

Sama seperti masturbasi, permainan seks dan eksplorasi seks dengan anak lain merupakan aspek perkembangan seksual yang normal. Keingintahuan seksual dapat mendorong anak

laki-laki maupun perempuan untuk melihat dan menyentuh tubuh telanjang satu sama lain. Permainan seperti “bermain dokter” dan “bermain ayah dan ibu” cukup umum dilakukan oleh anak-anak. Rentang perilaku seksual yang ditunjukkan oleh anak pra remaja meliputi bahasa dan gerak tubuh seksual, exhibisi, tindakan homoseksual, dan upaya hubungan heteroseksual.

Pada usia pra remaja, anak-anak terkhususnya anak laki-laki pra remaja banyak melakukan permainan prapubertas homoseksual dan juga permainan prapubertas heteroseksual. Permainan seksual pada anak perempuan agak lebih rendah tetapi juga menunjukkan peningkatan seiring bertambahnya usia. Permainan homoseksual, yaitu permainan seks antara anak-anak yang berjenis kelamin sama dan biasanya berupa anak-anak yang saling memegang alat kelamin. Namun, dengan permainan homoseksual ini, tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa fase sementara dari aktivitas homoseksual ini memiliki kaitan dengan homoseksualitas ketika menjadi orang dewasa dalam jangka panjang. Alasan anak-anak terlibat dalam permainan seks meliputi keingintahuan seksual, misteri dan aspek “buah terlarang” dari seks, tekanan teman sebaya, dan aktivitas seksual terbuka oleh orang tua di rumah.

3. Peran Seks yang Menyimpang

Peran seks yang menyimpang merujuk adanya perubahan peran seks yang ekstrim dan kaku seperti perilaku feminim dan ekstrim pada anak laki-laki dan perilaku maskulin pada anak perempuan. Meskipun saat ini merupakan hal yang wajar jika anak laki-laki menunjukkan sisi feminin dan anak perempuan menunjukkan sikap *tomboy*. Namun, terdapat kasus-kasus ketika anak mengalami kebingungan terhadap identitas gender mereka. Hal ini dapat ditandai dengan tertarik bermain peran sebagai jenis kelamin yang berlawanan seperti mengenakan pakaian dari jenis kelamin yang berlawanan, hingga bertingkah laku, membuat gerak tubuh, dan nada vokal seperti jenis kelamin yang berlawanan. Hal ini dapat berdampak

pada penolakan oleh teman sebaya. Hal ini dapat terjadi ketika anak kurang merasakan peran dari orang tua yang memiliki jenis kelamin yang sama dengan anak, anak yang terlalu dekat dengan orang tua dengan jenis kelamin yang berlawanan, serta ekspektasi orang tua yang sangat menginginkan anak dengan jenis kelamin yang berbeda dari anak saat ini. Untuk mengubah atau mencegah peran seks yang menyimpang ini dapat dilakukan dengan cara:

4. Kehamilan Pranikah

Kehamilan pranikah dapat berdampak pada banyak masalah medis yang terkait dengan kehamilan di usia remaja, termasuk risiko kematian bayi yang lebih tinggi, prematuritas, dan gangguan neurologis bawaan, seperti kebutaan, tuli, dan keterbelakangan mental. Remaja maupun bayinya juga dapat mengalami kesulitan psikologis. Bagi orang tua dengan anak remaja, kehamilan dapat mengganggu atau menghentikan pendidikan. Akibatnya, seringkali dapat berkurangnya daya produktif dan ketergantungan pada sistem kesejahteraan sosial. Orang tua remaja akan menghadapi tekanan tambahan dari pernikahan yang dianggap buruk dan kemungkinan peningkatan masalah perkawinan dan perceraian. Selain itu, terdapat juga kemungkinan untuk remaja tersebut memiliki lebih banyak bayi sebelum berusia 20 tahun.

Dengan pembahasan mengenai perilaku seksual yang menyimpang ini, salah satu cara yang dapat dikatakan efektif bagi orang tua dalam menghadapi perilaku seksual pada remaja ASD adalah dengan memberikan pendidikan seksual pada remaja ASD dengan baik. Menurut Margaretha (2014), waktu yang ideal untuk memberikan pendidikan seksual pada remaja ASD adalah ketika anak memasuki usia pubertas ataupun ketika anak mulai menunjukkan perilaku seksual tertentu. Menurut Margaretha juga dalam pemberian pendidikan seksual ini dapat dimulai dengan kerjasama antara pendidik dan orang tua dalam merancang pendidikan seksual untuk anak sehingga dapat

diajarkan pada anak secara efektif. Salah satunya adalah dengan mengenalkan anak akan pemahaman mengenai kebutuhan seksual dan emosi yang muncul dalam diri anak. Kemudian, orang tua dan guru juga dapat mengajarkan mengenai kesehatan reproduksi seperti menjaga kebersihan organ intim ketika mengalami menstruasi bagi remaja perempuan serta hal yang harus remaja laki-laki lakukan ketika mengalami mimpi basah. Selanjutnya, remaja juga perlu diajarkan mengenai bagian-bagian privat yang tidak boleh disentuh oleh orang lain sehingga membantu remaja untuk terhindar dari pelecehan seksual.

Menurut Schaefer dan Howard (1981), perilaku menyimpang seksual juga dapat dicegah dengan memahami kondisi ketika anak berada dalam ketegangan atau tekanan yang berlebihan, mengawasi anak ketika sedang bermain sendiri tanpa mengganggu aktivitas anak, memberikan teladan dengan tidak berhubungan intim di tempat yang dapat disaksikan anak secara langsung, serta menanamkan nilai-nilai keluarga atau nilai-nilai rohani dalam diri anak. Penelitian yang dilakukan oleh Niken Widi Astuti dan Noeratri Andanwerti (2016) mengenai "Penerapan Pendidikan Seksual Oleh Guru dan Orang Tua Bagi Remaja Berkebutuhan Khusus", menunjukkan bahwa pendidikan seksual yang diberikan pada remaja ASD perlu disampaikan secara berulang mengenai perilaku yang boleh dan tidak boleh dilakukan. Pemberian *reward* perlu diberikan seperti pujian ketika remaja ASD menolak ketika dielus atau disentuh oleh orang lain. Mereka juga perlu diberikan contoh yang konkrit dan sederhana mengenai pemahaman dalam pendidikan seksual bahkan mulai dari yang paling dasar bahwa identitas gender mereka adalah laki-laki bagi remaja laki-laki dan perempuan bagi remaja perempuan serta perubahan yang terjadi pada tubuh mereka. Dengan ini dapat memberikan alternatif bagi orang tua untuk mencegah atau berhadapan dengan remaja ASD yang mungkin sedang melewati permasalahan yang serupa. Penting sekali bagi orang tua maupun guru untuk

memberikan pendidikan seksual sejak dini bagi remaja ASD untuk membuat anak memahami dan dapat melatih kontrol dorongan seks yang dirasakannya.

PENUTUP

Melalui tinjauan mengenai perilaku seks pada remaja dengan ASD, maka pendidikan seks usia dini diperlukan bagi remaja dengan ASD. Hal ini dapat membantu remaja untuk memahami serta mengontrol dorongan seksual yang dirasakan oleh remaja. Selain itu, orang tua juga dapat memodifikasi dengan bentuk intervensi lainnya mencegah atau mengubah perilaku seks yang menyimpang pada remaja dengan ASD.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Astuti, Niken Widi., Noratri, Andanwerti. (2016). *Penerapan Pendidikan Seksual Oleh Guru dan Orang Tua Bagi Remaja Berkebutuhan Khusus*. Universitas Tarumanagara. Diakses pada tanggal 12 Juli pukul 09.47 WIB [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/jurnaladm,+02_Niken+Widi+Astuti,+Noeratri+Andanwerti_Provitae.pdf]
- Blasingame, G.D. (2005). *Developmentally Disabled Persons with Sexual Behavior Problems (2nd ed.)*. Oklahoma City, OK: Wood N. Barnes Publishing/ Safer Society Press.
- Browning, A., & Caulfield, L. (2011). *The prevalence and treatment of people with Asperger's syndrome in the criminal justice system*. *Criminology & Criminal Justice*, 11(2), 165- 180. doi: 10.1177/1748895811398455.
- Brown, J., Anderson, G., Cooney-Koss, L., Hastings, B., Pickett, H., Neal, D., ... & Barfknecht, L. (2017). *Autism spectrum disorder and sexually inappropriate behaviors: An introduction for caregivers and professionals*. *J. SPECIAL POPULATIONS*, 1, 1.

- Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014). *Sexual knowledge and victimization in adults with autism spectrum disorders*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2185-2196. doi:10.1007/s10803-014-2093-y.
- Huwaidi, M. A., & Daghustani, W. H. (2013). *Sexual Behavior in Male Adolescents with Autism and Its Relation to Social-Sexual Skills in the Kingdom of Saudi Arabia*. *International Journal of Special Education*.
- Indrawati, Henny., & Ari Wahyudi. (2017). *Makna Pubertas Remaja Autis Bagi Orang Tua "Kajian Fenomenologi"*. Universitas Negeri Surabaya.
- Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Republik Indonesia. (2021). *Pemerintah Fokus Cegah Perilaku Seksual Berisiko di Kalangan Pemuda*. Diakses pada tanggal 12 Juli pukul 08.43 WIB. [<https://www.kemendikopmk.go.id/pemerintah-fokus-cegah-perilaku-seksual-berisiko-di-kalangan-pemuda>]
- Margaretha. (2014). *Pendidikan Seks Untuk Remaja Dengan Autisme*. Diakses pada tanggal 3 Juni 2023 pukul 22.00 WIB [<https://psikologiforensik.com/2014/09/03/pendidikan-seks-untuk-remaja-dengan-autisme/>]
- Putri, Adelia. (2019). *Riset: 84 Persen Remaja Indonesia Belum Mendapatkan Pendidikan Seks*. Diakses pada tanggal 3 Juni 2023 pukul 19.00 WIB [<https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4629842/riset-84-persen-remaja-indonesia-belum-mendapatkan-pendidikan-seks.>]
- Schaefer, Charles E, dan Howard L. Millman. (1981). *How to Help Children with Common Problem*. USA: Van Nostrand Reinhold Company Inc.
- Wijaya, Ignathius Dharta Ranu. (2019). *Pendidikan Seks Untuk Anak Dengan Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Kanisius: Daerah Istimewa Yogyakarta.

PROFIL SINGKAT



Tamara Yosephine Loudoe lahir di Kupang, 30 November 1996. Tamara merupakan anak kedua dari dua bersaudara dan memutuskan untuk melanjutkan pendidikan di program studi Psikologi. Karena semakin tertarik setelah menghayati proses perkembangan anak dan remaja yang dapat membentuk kepribadian individu ketika beranjak dewasa, maka Tamara memutuskan untuk melanjutkan pendidikan pada Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dan Remaja pada tahun 2022. Tamara menyelesaikan studi S1 nya di Universitas Kristen Maranatha Bandung dan melanjutkan S2 di Universitas yang sama.

FAKTOR YANG MEMENGARUHI *AUTISM SPECTRUM DISORDER* PADA ANAK

Jasmine Amany Mahardhika Paulus¹⁾

Dr. Yuspendi, M.Psi., Psikolog, M.Pd.²⁾

Universitas Kristen Maranatha^{1), 2)}

jasmineamany@gmail.com¹⁾yuspendi@psy.maranatha.edu²⁾

PENDAHULUAN

Perkembangan manusia terjadi secara terus menerus sejak masa prenatal hingga akhir dari hidup manusia (Erikson dalam Papalia & Feldman, 2017). Proses awal terbentuknya manusia terjadi ketika adanya proses pertukaran sel sperma di dalam sel telur yang terjadi di dalam rahim ibu. Kedua sel tersebut kemudian akan tumbuh dan berkembang menjadi janin sampai akhirnya tiba waktu untuk dilahirkan ke dunia. Ketika ibu hamil, penting baginya untuk menjaga kesehatan secara fisik maupun secara psikologis. Secara fisik, ibu perlu memerhatikan gizi dan asupan apa yang harus dipenuhi untuk dapat menjaga kondisi kandungan tetap sehat. Ketika status gizi ibu baik dan normal selama kehamilan berlangsung, maka kemungkinan besar ibu akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan, dan berat bada normal (Liliandriani & Nengsi, 2021).

Selama masa kehamilan, ibu diharapkan dapat melakukan aktivitas fisik yang terarah dan teratur untuk mendukung kesehatan ibu dan janin yang dikandung. Aktivitas ini dapat meliputi olahraga senam, berenang, jalan kaki, senam yoga, senam polates, senam kegel, jogging, bersepeda, dan membersihkan rumah (Werdianingsih, 2013). Selain fisik, psikologis ibu hamil juga perlu untuk diperhatikan. Penelitian dari Khadijah, dkk. (2022) menunjukkan bahwa stress yang dialami ibu pada saat hamil dapat memicu terjadinya disabilitas intelektual pada anak. Seorang ibu yang mengalami stress selama kehamilan dapat memicu peningkatan hormon kortisol dan

prostaglandin yang menyebabkan rahim berkontraksi sebelum waktunya, sehingga berpengaruh terhadap nutrisi bagi janin dan merugikan perkembangan otak janin.

Setiap ibu yang hamil, pasti mengharapkan bayi yang sehat dan dapat berkembang sebagaimana mestinya. Namun masih banyak gangguan yang dapat menyerang perkembangan anak semasa kehamilan ibu, seperti halnya gangguan neurobiologis yang dapat mengganggu perkembangan anak dalam kandungan. Salah satu gangguan perkembangan otak yang banyak ditemui pada anak-anak dan semakin meningkat setiap tahunnya adalah gangguan *Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Data dari *Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2018 dalam FKKMK UGM, 2019)* menunjukkan prevalensi kejadian penderita Autisme meningkat menjadi 1 per 59 pada tahun 2014. Dari total penduduk Indonesia keseluruhan, terdapat sebanyak ± 4 juta orang yang menderita ASD. Merujuk pada data tersebut, ASD diketahui lebih banyak terjadi pada anak laki-laki bila dibandingkan dengan anak perempuan.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ASD disebabkan oleh banyak faktor, beberapa diantaranya berkaitan dengan permasalahan pada prenatal, perinatal, dan pasca kelahiran (Wang, dkk., 2017). Namun sampai saat ini, belum terdapat penelitian yang menunjukkan apa penyebab yang spesifik terjadinya ASD pada anak. Maka dari itu, dalam bab ini akan dibahas mengenai apa penyebab atau faktor yang dapat memengaruhi munculnya ASD pada anak.

PEMBAHASAN

1. Pengertian

Autisme atau lebih dikenal dengan *Autism Spectrum Disorder (ASD)* merupakan gangguan psikologis yang ditandai dengan defisit yang signifikan dan terjadi terus-menerus, baik dalam interaksi sosial dan keterampilan komunikasi, dengan pola minat dan perilaku yang terbatas serta berulang (APA, 2013). Anak-anak dengan ASD cenderung berperilaku tidak biasa dan

bahkan sering membingungkan. Seperti contoh, mereka bisa saja sangat kegirangan ketika melihat atau mendengar suatu benda yang menarik perhatiannya, namun bisa juga mengabaikan atau bahkan mengamuk ketika seseorang mungkin mencoba untuk mengajaknya bermain (Mash & Wolfe, 2015).

2. Kriteria Diagnosis

Menurut DSM-V, terdapat beberapa gejala yang dapat menunjukkan apakah seseorang menderita ASD, yaitu :

- a. Kekurangan yang persisten dalam komunikasi dan interaksi sosial pada berbagai konteks, baik yang saat ini terjadi ataupun terjadi sebelumnya:
 - 1) Keterbatasan melakukan interaksi sosial emosional timbal balik, mulai dari pendekatan sosial yang abnormal, kegagalan dalam percakapan dua arah; kurang dalam berbagi minat, emosi atau afek; sampai pada kegagalan dalam menginisiasi atau memberikan respon dalam interaksi sosial.
 - 2) Keterbatasan dalam komunikasi nonverbal, misalnya komunikasi verbal dan nonverbal yang buruk; abnormalitas dalam kontak mata dan bahasa tubuh, kekurangan dalam memahami dan menggunakan gestur; sampai pada ekspresi wajah dan komunikasi nonverbal yang sangat kurang.
 - 3) Keterbatasan membentuk, memahami dan menyesuaikan diri dengan interaksi sosial, mulai dari, kesulitan untuk menyesuaikan perilaku dalam konteks sosial yang bervariasi; sampai pada kesulitan untuk *imaginative play* atau dalam berteman; tidak memiliki minat untuk berinteraksi dengan sebaya.
- b. Pola perilaku, minat atau aktivitas yang terbatas dan repetitif seperti ditunjukkan paling tidak dua perilaku di bawah ini:
 - 1) Melakukan gerakan stereotif yang repetitive, menggunakan objek atau mengulangi kata-kata (seperti

- gerakan motorik yang khas, menyusun mainan atau membolak balik objek, *echolalia*, kata-kata tertentu).
- 2) Kaku pada rutinitas kegiatan atau pola perilaku verbal/nonverbal yang sudah diritualkan (seperti *distress* ketika terjadi perubahan kecil, kesulitan dalam menghadapi transisi, pola pikir yang rigid, *greeting rituals*, ketika akan pergi ke suatu tempat harus mengambil rute yang sama atau makan makanan yang sama setiap hari).
 - 3) Minat yang sangat terbatas atau terpaku pada minat-minat tertentu (ketertarikan yang kuat atau sangat asik pada objek yang tidak biasa, minat yang sangat sempit dan terbatas).
 - 4) Hiperaktif/hiporeaktif terhadap input sensorik atau minat yang tidak biasa pada aspek sensori di lingkungan (misalnya tidak peduli pada rasa sakit/ perubahan suhu, respon yang janggal pada suara atau tekstur tertentu, membaui atau menyentuh objek secara berlebihan, terpesona secara visual pada lampu atau gerakan tertentu).
- c. Gejala harus muncul pada periode perkembangan awal (tetapi mungkin saja tidak tampak sampai tuntutan sosial melebihi kapasitasnya yang terbatas, atau mungkin saja tertutupi oleh berbagai macam strategi yang dipelajari).
 - d. Gejala yang muncul mengganggu interaksi sosial, pekerjaan, dan area penting lain dari fungsi yang ada saat ini.
 - e. Gangguan ini tidak dijelaskan dengan lebih baik oleh *intellectual disability (intellectual developmental disorder)* atau *global developmental delay*. *Intellectual disability* dan *autism spectrum disorder* seringkali muncul bersamaan; untuk membuat diagnose komorbid dari gangguan *autism spectrum disorder* dan *Intellectual disability*, kemampuan komunikasi sosial harus di bawah level perkembangan yang seharusnya.

Selanjutnya ASD juga dibagi menjadi tiga level untuk berdasarkan tingkat keparahannya dalam berkomunikasi sosial dan pola perilaku yang terbatas dan repetitif. Pada level pertama, anak dengan ASD membutuhkan dukungan dari orang lain dalam menjalani kesehariannya. Pada level ini, tanpa dukungan dari orang lain, anak dengan ASD akan kesulitan dalam memulai interaksi sosial, menunjukkan respon yang tidak lazim, gagal dalam menanggapi tawaran sosial, tidak fleksibel dalam melakukan suatu kegiatan, kesulitan beralih dari satu aktivitas ke aktivitas lainnya, dan sulit mengorganisasi atau merencanakan suatu kegiatan secara mandiri. Kemudian anak yang berada pada ASD level dua, lebih membutuhkan dukungan dari orang lain yang sifatnya substansial. Anak ASD ini juga mengalami defisit pada kemampuan komunikasi verbal dan non verbal, terbatas dalam memulai interaksi sosial, menunjukkan respon yang abnormal ketika berkomunikasi, pola perilaku yang tidak fleksibel, kesulitan dalam menghadapi perubahan, sering muncul perilaku yang repetitif dan mengganggu, serta kesulitan dalam mengalihkan fokus dan tindakan. Pada level yang terakhir atau ketiga, anak ASD membutuhkan dukungan yang sangat substansial. Hal ini dikarenakan anak memiliki defisit yang parah dalam kemampuan komunikasi verbal dan non verbal, gangguan dalam keberfungsian, sangat terbatas dalam interaksi sosial serta menunjukkan respon yang minimal ketika berkomunikasi, memiliki pola perilaku yang tidak fleksibel dan sangat kesulitan dalam menghadapi perubahan, serta perilaku terbatas/ repetitif yang mengganggu keberfungsian dalam semua *setting* (APA, 2022).

ASD diketahui tidak hanya mengalami satu defisit primer yang berkaitan dengan perkembangan anak, melainkan terdapat beberapa deficit dalam perkembangan sosial-emosional, bahasa, serta kognitif. Aspek-aspek perkembangan ini juga tidak dapat dipisahkan satu sama lain dan akan saling berhubungan, sehingga anak dengan ASD yang mengalami defisit pada suatu fungsi tertentu, juga dapat memengaruhi defisit pada fungsi lainnya (Mash & Wolfe, 2015).

1. Defisit Interaksi Sosial

Anak-anak dengan ASD menghadapi kesulitan yang besar berkaitan dengan interaksi dengan orang lain. Sejak diusia muda, mereka kurang menunjukkan keterampilan yang sangat penting untuk perkembangan sosial awal, seperti : kurangnya pemantauan terhadap kegiatan orang lain, kurangnya timbal balik sosial dan emosional, menunjukkan perilaku nonverbal (ekspresi wajah, pandangan mata, postur tubuh, gerak tubuh ketika berinteraksi) yang tidak biasa, kurangnya minat dan atau kesulitan berhubungan dengan orang lain, serta gagal untuk berbagi kesenangan dan minat dengan orang lain (Mash & Wolpe, 2015).

Meskipun anak-anak ASD mengalami kesulitan dalam berinteraksi sosial dan cenderung memiliki tingkat kelekatan yang tidak aman yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak yang berkembang secara normal, namun mereka tampaknya mengembangkan hubungan dengan saudara kandung mereka (Travis & Sigman, 1998). Mereka menghabiskan banyak waktu dengan saudara mereka dan menunjukkan tingkat interaksi yang lebih besar dengan dengannya dibandingkan dengan anak-anak lain, meskipun hubungan dengan teman sebaya merupakan area yang sulit bagi anak-anak dengan autisme.

2. Defisit Komunikasi Sosial

Sebagian besar anak telah melewati *milestones* yang dapat diprediksi dalam perjalanan belajar bahasa pada usia 3 tahun; salah satu yang paling awal adalah mengoceh, kemudian balita akan belajar untuk mengucapkan kata-kata, menoleh saat mendengar namanya, menunjuk saat menginginkan mainan, dan menolak saat ditawari sesuatu yang tidak disukainya. Sebaliknya, anak-anak dengan ASD menunjukkan kelainan serius dalam komunikasi dan bahasa yang muncul di awal perkembangan mereka dan bertahan (Mash & Wolpe, 2015). Dalam berkomunikasi, anak dengan ASD dapat mendemonstrasikan kemampuan untuk menggunakan

protoimperative gestures (gerakan atau vokalisasi yang digunakan untuk mengekspresikan kebutuhan). Namun, mereka akan gagal menggunakan *protodeclarative gestures* (isyarat atau vokalisasi yang mengarahkan perhatian visual orang lain ke objek yang diminati bersama) (Mash & Wolpe, 2015).

Tujuan utama dari *protodeclarative gestures* adalah untuk melibatkan orang lain dalam interaksi; misalnya, seorang balita dengan bersemangat menunjuk seekor anjing untuk mengarahkan perhatian ibunya pada makhluk menarik yang dilihatnya. Penggunaan *protodeclarative gestures* membutuhkan perhatian sosial bersama dan pemahaman implisit tentang apa yang dipikirkan orang lain. Kemampuan ini kurang pada anak-anak dengan ASD. Anak-anak dengan ASD mungkin dapat menggunakan *instrumental gestures* (seperti menganggukkan kepala, melambaikan tangan, bertepuk tangan, atau menempelkan satu jari ke bibir yang menandakan 'diam') untuk membuat orang lain segera melakukan sesuatu, namun gagal dalam menggunakan *expressive gestures* (menutup wajah ketika malu, mengernyitkan dahi ketika marah, dll.) dalam menyampaikan perasaan (Mash & Wolpe, 2015).

3. Perilaku dan Minat yang Terbatas dan Berulang

Anak-anak dengan ASD menunjukkan berbagai macam perilaku yang terbatas dan berulang, serta pola minat dan aktivitas yang minim. Perilaku terbatas dan berulang dicirikan oleh frekuensinya yang tinggi, pengulangan dengan cara yang tetap, dan keinginan untuk kesamaan dalam lingkungan. Sebagai contoh, beberapa anak melakukan gerakan tubuh stereotip seperti mengayun atau mengepakkan tangan dan lengannya, beberapa anak bereaksi eksplosif dalam perubahan kecil pada rutinitas harian mereka, dan beberapa anak menunjukkan keasyikan dengan objek yang tidak biasa (Mash & Wolpe, 2015).

Domain gejala ini secara konseptual dan empiris telah dikelompokkan kedalam dua kategori, yaitu 'perilaku tingkat rendah' (yang meliputi gerakan stereotip, manipulasi objek

yang berulang-ulang, dan melukai diri sendiri yang berulang) dan 'perilaku tingkat tinggi' (meliputi dorongan, ritual dan rutinitas tertentu, desakan untuk kesamaan, minat yang terbatas, kepatuhan yang kaku akan beberapa aturan atau rangkaian tertentu) (Boyd, McDonough, & Bodfish, 2011).

4. Kondisi Medis dan Karakteristik Fisik

Sekitar 10% anak-anak dengan ASD memiliki kondisi medis yang berdampingan dan mengganggu kehidupan mereka, seperti halnya gangguan motorik dan sensorik, kejang, kelainan imunologi, metabolisme tubuh, masalah tidur, serta gangguan pencernaan (Mash & Wolpe, 2015). Penelitian dari Zachor & Ben-Itzhak (2016) menunjukkan bahwa sekitar 13-87% anak ASD mengalami selektivitas dalam makanan dan 13-80% anak ASD juga mengalami masalah tidur yang parah. Kedua permasalahan tersebut berdampak negatif terhadap kehidupan keluarga, dan oleh karena itu orang tua menganggap anak mereka memiliki gejala autisme yang lebih parah dan tidak dapat berfungsi dengan baik. Kemudian Zachor & Ben-Itzhak (2016) juga menemukan adanya dua subtipe dengan penanda biologis spesifik yang terjadi pada gangguan yang diturunkan. Subtipe pertama mencakup fenotipe mikrosefali, yang disertai dengan lebih banyak gangguan kemampuan kognitif dan subtipe kedua meliputi fenotipe regresi perkembangan, yang disertai dengan gangguan kognisi yang lebih parah dan tingkat keparahan autisme yang lebih luas.

Temuan lainnya dari Eriksson, dkk. (2013) menunjukkan 18% dari sampel anak dengan ASD dalam penelitian memiliki kondisi medis atau genetik yang signifikan. Epilepsi dialami pada sekitar 8,6% anak ASD dan dikaitkan dengan gangguan intelektual yang lebih parah dan riwayat regresi dilaporkan terjadi pada 22% dari sampel penelitian. Anak-anak dengan kondisi medis/genetik, termasuk epilepsi, juga diketahui telah terdiagnosis dengan ASD pada usia yang lebih dini dibandingkan mereka yang tidak memiliki kondisi tersebut, dan usia dini pada saat

diagnosis juga berkorelasi negatif dengan hasil fungsi adaptif. Selain itu pula, sekitar 50% anak dengan ASD juga mengalami gejala gastrointestinal seperti sakit perut, konstipasi, kembung, diare, dan mual yang bisa jadi berkaitan dengan selektivitas makanan dan kebiasaan makan yang tidak biasa (Mash & Wolpe, 2015).

5. Usia Onset

Masa anak-anak merupakan masa perkembangan yang sangat pesat. Ketika anak berusia 3 tahun, mereka akan belajar untuk mengalami pertumbuhan fisik dan perkembangan keterampilan motorik yang sangat cepat, dari sisi kognitif kemampuan belajar, mengingat, dan menggunakan bahasa juga akan mengalami peningkatan, dan membangun kelekatan dengan orang tua dan orang lain (Papalia & Feldman, 2014). Namun berbeda halnya dengan anak ASD, ketika mereka berusia 2-4 tahun, kebanyakan dari mereka akan mengalami defisit dalam berkomunikasi sosial, yang biasanya ditemui pada tahun pertama kehidupan anak (Charman & Stone, 2008). Periode 12 hingga 18 bulan dinilai merupakan titik paling awal dalam perkembangan di mana ASD dapat mulai untuk dideteksi. Sebagai contoh, anak-anak dengan ASD umumnya tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan pada usia 6 bulan, tetapi antara 6 dan 12 bulan mereka gagal memperoleh keterampilan sosial baru atau menunjukkan hilangnya keterampilan yang diperoleh sebelumnya (Ozonoff, dkk., 2010).

Sebagian besar anak-anak dengan ASD menunjukkan hilangnya keterampilan sosial khusus yang halus dan bertahap antara 6 dan 18 bulan yang tidak diperhatikan oleh orang tua. Penelitian Jones & Klin (2013) menunjukkan adanya penurunan dini kontak mata anak selama 6 bulan pertama, dapat mendahului hilangnya keterampilan sosial tertentu yang terjadi dari usia 6 sampai 12 bulan. Terdapat kemungkinan indikator awal ASD yang dapat dideteksi, mencakup : "menggunakan sedikit gerakan untuk mengekspresikan minat sosial", "tidak

merespons ketika namanya dipanggil', 'jarang melakukan kontak mata saat berinteraksi', 'terbatas dalam berbicara, terutama dalam konteks sosial', dan 'bermain dengan cara yang aneh atau berulang, seperti menggerakkan tangan dan/ jari" (Zwaigenbaum, dkk., 2009).

6. Penyebab

Tidak ada satu kelainan pun yang dapat menjelaskan semua gangguan yang terkait dengan ASD, atau untuk berbagai bentuk gangguan, mulai dari yang ringan hingga yang parah. Secara umum, individu dengan ASD memiliki risiko tinggi sekitar 5%, untuk anomali yang melibatkan beberapa kromosom dan juga 25% dikaitkan dengan *tuberous sclerosis*, atau kelainan gen tunggal yang langka. Manifestasi dari gangguan ini dapat sangat bervariasi, mulai dari ringan hingga berat; mereka mungkin termasuk defisit saraf, kejang, dan ketidakmampuan belajar. (Mash & Wolpe, 2015).

Pada masa kehamilan dan setelah lahir, beberapa paparan seperti infeksi TORCH, BBLR (yang disebabkan oleh toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, infeksi pada saat kehamilan, anemia, usia ibu saat hamil dibawah 20 tahun, hidramnion, dan kehamilan ganda), dan insiden kejang demam pada bayi dinilai berhubungan dengan autisme (Affandi & Pratiwi, 2014). Beberapa faktor lain sebagian besar berhubungan dengan peningkatan risiko autisme, yakni selama periode prenatal, faktor-faktor yang terkait dengan risiko autisme adalah usia ibu dan ayah ≥ 35 tahun, ras ibu dan ayah: Kulit putih dan Asia, hipertensi gestasional, diabetes gestasional, pendidikan ibu dan ayah lulusan perguruan tinggi, adanya ancaman untuk aborsi, dan perdarahan antepartum. Kemudian selama masa perinatal, faktor-faktor yang berhubungan dengan risiko autisme adalah persalinan caesar, usia kehamilan yang ≤ 36 minggu, paritas ≥ 4 , persalinan spontan, persalinan dengan induksi, tidak ada persalinan, posisi bayi yang sungsang, preeklamsia, dan gawat janin. Sedangkan pada masa pasca kelahiran, faktor yang

berhubungan dengan risiko autisme adalah berat badan lahir rendah, perdarahan pascapersalinan, jenis kelamin laki-laki, dan kelainan otak (Wang, dkk., 2017)

Selanjutnya penelitian dari Pangestu & Fibriana (2017) mengemukakan bahwa terdapat beberapa faktor resiko terjadinya autisme, yaitu riwayat asfiksia, usia ibu diatas 30 tahun, usia ayah diatas 35 tahun, penggunaan obat antidepresan, tingkat stress yang tinggi ketika hamil, kehamilan kedua atau lebih, pendarahan maternal, infeksi ketika hamil, anak berjenis kelamin laki-laki, dan pemberian MPASI sebelum 6 bulan. Dalam hal kelainan otak lokal, penelitian telah secara konsisten mengidentifikasi kelainan struktural pada otak kecil dan lobus temporal medial serta struktur sistem limbik yang terkait. Organ otak kecil yang paling sering dikaitkan dengan gerakan motorik dan juga terlibat dalam memodulasi emosi, bahasa, fungsi eksekutif, pembelajaran, pemikiran, dan perhatian, ditemukan secara signifikan lebih kecil dari biasanya pada anak-anak dengan ASD, terutama pada mereka yang memiliki tingkat fungsi yang lebih tinggi. Selanjutnya ditemukan pula kelainan otak lokal di lobus temporal medial dan struktur sistem limbik yang terhubung seperti amigdala dan hipokampus, dimana berkaitan dengan terganggunya fungsi dalam pembelajaran, memori, dan regulasi emosi pada anak ASD (Mash & Wolpe, 2015).

PENUTUP

Autism Spectrum Disorder merupakan gangguan yang ditandai dengan defisit yang signifikan dan terus-menerus dalam interaksi sosial dan keterampilan komunikasi, serta pola minat dan perilaku yang terbatas dan berulang. Meskipun anak dengan ASD menampilkan ciri-ciri utamanya, namun setiap gejala dinilai sangat bervariasi dalam bentuk, penyebaran, dan tingkat keparahan gejala, kemampuan, kondisi terkait, dan dukungan yang dibutuhkan. Secara umum ASD merupakan gangguan perkembangan saraf berbasis biologis dengan berbagai penyebab yang melibatkan

faktor risiko genetik dan lingkungan, sehingga untuk memahami ASD harus mempertimbangkan masalah pada perkembangan awal, pengaruh genetik, dan temuan neuropsikologis dan neurobiologis dari individu dengan ASD.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, A., & Pratiwi, U. H. (2014). Faktor-Faktor Penyebab terjadinya Autisme pada Anak Di Kota Cirebon. *Tunas Medika Jurnal Kedokteran & Kesehatan*, 1(2).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Boyd, B. A., McDonough, S. G., & Bodfish, J. W. (2012). Evidence-based behavioral interventions for repetitive behaviors in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 1236-1248.
- Charman, T., & Stone, W. (Eds.). (2008). *Social and communication development in autism spectrum disorders: Early identification, diagnosis, and intervention*. Guilford Press.
- Eriksson, M. A., Westerlund, J., Hedvall, Å., Åmark, P., Gillberg, C., & Fernell, E. (2013). Medical conditions affect the outcome of early intervention in preschool children with autism spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 22, 23-33.
- Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan. (2019). "Kenali Autisme Sejak Dini". Diakses pada 4 Juni 2023 pukul 10.00 WIB. [<https://fkkmk.ugm.ac.id/kenali-autisme-sejak-dini/>].
- Jones, W., & Klin, A. (2013). Letter: Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504, 427-431.
- Khadijah, K., Marthoenis, M., Maidar, M., Nurjannah, N., & Abdullah, A. (2022). Hubungan Tingkat Stres pada Ibu Hamil

- dengan Disabilitas Intelektual pada Siswa Autis Di Kota Banda Aceh. *Jurnal Aceh Medika*, 6(1), 19-30.
- Liliandriani, A., & Nengsi, S. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Ibu Hamil dengan Status Gizi dalam Masa Kehamilan. *Journal Pegguruang*, 3(1), 1-5.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2015). *Abnormal child psychology*. Boston USA: Cengage learning.
- Ozonoff, S., Iosif, A. M., Baguio, F., Cook, I. C., Hill, M. M., Hutman, T., ... Young, G. S. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 256–266.
- Pangestu, N., & Fibriana, A. I. (2017). Faktor risiko kejadian autisme. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 1(2), 141-150.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2015). *Menyelami Perkembangan Manusia*. Jakarta : Penerbit Salemba.
- Travis, L. L., & Sigman, M. (1998). Social deficits and interpersonal relationships in autism. *Mental retardation and developmental disabilities Research Reviews*, 4(2), 65-72.
- Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine*, 96(18).
- Werdianingsih, F. (2013). *The Complete Book of Pregnancy : Mulai Perencanaan Hingga Perawatan*. Jogjakarta : Trans Idea Publishing.
- Zachor, D. A., & Ben-Itzchak, E. (2016). Specific medical conditions are associated with unique behavioral profiles in autism spectrum disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 410.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L.,..., Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 123, 1383–1391.

PROFIL SINGKAT

Penulis memiliki nama lengkap Jasmine Amany Mahardhika Paulus, merupakan seorang perempuan berkelelahiran Palembang, 21 Januari 2000. Di tahun 2017, penulis menempuh pendidikan sarjana jurusan psikologi di Universitas Sriwijaya dan berhasil lulus di tahun 2021. Saat ini, penulis merupakan mahasiswa aktif program pascasarjana magister profesi psikologi mayoring klinis anak dan remaja di Universitas Kristen Maranatha sejak tahun 2022 sampai sekarang.

MENGENAL CARA MENANGANI ANAK YANG PEMALU

**Hannah Win Hutabarat, S.Psi¹⁾,
Dr. Yuspendi, M.Psi., Psikolog, M.Pd²⁾**
Universitas Kristen Maranatha
hannahwin05@gmail.com¹⁾
yuspendi@psy.maranatha.edu²⁾

PENDAHULUAN

Semua orang pernah merasa gugup, khawatir, atau tidak nyaman ketika menghadapi suatu pertemuan sosial, seperti ketika bertemu dengan orang yang baru dikenal atau ketika menjadi pusat perhatian. Meskipun begitu, kebanyakan orang berhasil mengatasinya dan melanjutkan kegiatannya, namun beberapa orang lainnya terus merasa gugup, khawatir, atau tegang selama pertemuan sosial tersebut. Pada beberapa anak, rasa malu begitu kuat sehingga membuat mereka tidak dapat berinteraksi dengan orang lain bahkan ketika mereka ingin atau perlu berinteraksi sehingga dapat menghambat interaksi sosial dan aktivitasnya (Ahmed, 2017).

Anak yang pemalu sering menghindari kontak dengan orang lain, mudah takut, tidak percaya diri, pendiam, dan ragu-ragu untuk berkomitmen pada banyak hal. Dalam situasi sosial, mereka tidak mengambil inisiatif, sering diam, dan berbicara dengan pelan (Schaefer & Millman, 1981). Melalui penelitian yang dilakukan oleh Crozier (2002) ditemukan bahwa anak-anak dan yang pemalu lebih pendiam daripada teman sebayanya, membutuhkan waktu yang lebih lama untuk memulai percakapan dengan orang yang tidak dikenal, mengucapkan kalimat-kalimat yang lebih pendek, melakukan lebih sedikit kontak mata, dan sering memegang-megang bagian wajah atau bagian tubuhnya yang lain.

Anak yang pemalu juga menunjukkan sejumlah penyesuaian yang negatif dalam beberapa aspek kehidupan, salah satunya adalah di lingkungan teman sebaya (Ahmed, 2017). Mereka sering kesulitan dalam berinteraksi dengan teman sebaya sehingga mereka lebih mungkin untuk diabaikan dan sulit untuk menjalin persahabatan. Oleh karena itu, anak yang pemalu sering merasa kesepian. Anak-anak yang pemalu juga sering menjadi korban perundungan teman sebayanya (Gazelle & Ladd, 2003; Ladd, 2006; Rubin dkk., 2006; Zolten, K & Long, N., 2006). Anak yang pemalu rentan menjadi korban perundungan karena mereka dianggap lemah dan tidak bisa melakukan perlawanan (Liu et al., 2014; Rubin et al., 2006).

Anak yang pemalu lebih jarang berbicara dan berpartisipasi secara sukarela di dalam kelas (Hughes & Coplan, 2010). Hal tersebut sering menghambat mereka untuk meraih prestasi akademik yang tinggi karena kebanyakan guru menjadikan keterlibatan siswa di kelas sebagai indikator tingkat pengetahuan atau pemahaman materi pelajaran (Asendorpf & Meier, 1993; Coplan & Evans, 2009; Hughes & Coplan, 2010). Keengganan anak yang pemalu untuk berbicara di dalam kelas juga sering menghambat mereka untuk bertanya atau meminta bantuan kepada guru. Oleh karena itu, pemahaman anak terhadap pelajaran pun menjadi kurang maksimal (Zolten, K & Long, N., 2006). Selain itu, sebuah penelitian juga menemukan bahwa anak yang pemalu sering merasa tegang ketika sedang menulis di dalam kelas dan merasa tidak nyaman ketika harus mengerjakan pekerjaan sekolah dengan benda-benda yang tidak biasa ia gunakan sehingga dapat menghambat proses belajarnya (Afandi, dkk., 2014).

Beberapa penelitian lain juga menemukan bahwa perasaan malu memiliki dampak negatif terhadap kesehatan anak, diantaranya dapat mengakibatkan depresi, neurotik, psikosomatis dan masalah gastrointestinal (Mounts.N, Valentiner. D, Anderson.K, & Boswell, 2006). Anak yang pemalu sering kali tidak belajar mengenai cara mengekspresikan emosi sehingga mereka sering menekan emosi-emosinya (Zolten, K & Long, N., 2006).

Dengan mengetahui berbagai ciri dan dampak negatif yang dapat ditimbulkan dari sikap pemalu, penulis ingin menjelaskan mengenai beberapa bentuk penanganan yang dapat diberikan terhadap anak pemalu sehingga sikap pemalu anak dapat berkurang atau bahkan menghilang sepenuhnya. Selain itu, penulis juga ingin menjelaskan mengenai langkah-langkah pencegahan yang dapat dilakukan oleh orang-orang di sekitar anak sehingga dapat memungkinkan anak untuk tidak mengembangkan kecenderungan pemalu.

PEMBAHASAN

Berikut merupakan beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menangani anak yang pemalu (Schaefer & Millman, 1981; Zolten, K & Long, N., 2006):

1. Ajarkan dan beri *reward* untuk keterampilan sosial

Orang tua dapat menggunakan sistem poin untuk mengurangi rasa malu pada anak. Contohnya, anak bisa mendapatkan 5 poin ketika mereka berani menyapa teman barunya, dan mendapatkan 10 poin ketika mereka berani menyambut tamu yang datang ke rumah. Kemudian poin-poin tersebut dapat dikumpulkan dan ditukarkan dengan mainan atau barang lainnya. Selain memberikan poin, orang tua juga dapat memberikan pujian kepada anak ketika mereka berhasil menunjukkan perilaku berani.

Meskipun pemberian *reward* mampu mengatasi sikap pemalu pada anak, namun mengajari keterampilan sosial jauh lebih penting. Orang tua dapat mengajari anak untuk tersenyum, mengangguk, dan mempertahankan kontak mata ketika anak sedang berinteraksi dengan orang lain. Orang tua juga harus mengajari anak cara mempertahankan percakapan dengan lawan bicara. Salah satunya adalah dengan mempelajari pembahasan-pembahasan yang menarik.

Cara lain yang dapat dilakukan adalah bermain peran. Contohnya, pada percobaan pertama, orang tua akan berperan

sebagai anak populer dan anak berperan sebagai anak pemalu. Kemudian, orang tua (sebagai anak populer) akan mengajak ngobrol anak pemalu tersebut, dan melakukan hal-hal lain sehingga mereka menjadi akrab. Setelah itu, pada percobaan kedua, anak lah yang harus berperan menjadi anak populer tersebut.

2. Mendorong anak untuk menjadi tegas

Orang tua harus mengajak anak untuk berani mengungkapkan keinginan mereka secara terbuka. Anak harus belajar mengatasi rasa malu dan takut untuk mengekspresikan diri. Contohnya, berani mengatakan “tidak” ketika ia tidak ingin melakukan hal tersebut. Banyak anak yang tidak dapat menolak permintaan orang lain, sehingga mereka melakukannya dan kemudian merasa benci terhadap orang tersebut. Bagian penting lain dalam pembelajaran ini adalah mempersiapkan anak untuk menerima kemungkinan reaksi negatif dari orang lain.

3. Mengikutsertakan anak dalam kegiatan kelompok

Kegiatan kelompok memfasilitasi anak untuk bisa berinteraksi dengan banyak anak lainnya. Ketika orang tua mengikutsertakan anak dalam sebuah kegiatan kelompok, orang tua harus dapat memastikan bahwa pengawas kegiatan kelompok tersebut cukup peka sehingga dapat mengawasi kegiatan kelompok dengan baik. Orang tua harus memberitahu pengawas tentang keadaan anak mereka yang pemalu dan memberikan beberapa saran.

Salah satu kegiatan kelompok yang dapat dilakukan oleh anak adalah permainan tebak gambar. Dalam permainan ini, salah satu anggota kelompok harus memperagakan sebuah objek tanpa berbicara dan anggota kelompok lain harus menebaknya. Melalui permainan ini, anak belajar untuk berani berdiskusi dengan teman-teman yang lain. Permainan-permainan yang dipilih harus bisa memfasilitasi anak untuk dapat saling membantu dan berkomunikasi.

4. Mengajari anak untuk melakukan *positive self-talk*

Salah satu faktor yang dapat memperparah rasa malu adalah keyakinan diri anak bahwa ia memang memiliki kepribadian pemalu. Anak harus diajarkan untuk berhenti mengatakan komentar-komentar negatif terhadap dirinya sendiri, seperti: "Aku sangat gugup dan tidak akan pernah bisa mengobrol dengan orang lain" atau "Tidak akan ada yang mau mengobrol dengan orang yang membosankan seperti aku". Dengan melatih pikiran-pikiran positif, diharapkan bahwa keyakinan diri anak dapat menjadi lebih positif dan keterampilan sosial anak pun dapat meningkat secara bertahap.

5. Mendorong anak untuk menjadi mandiri dan bertanggung jawab

Banyak anak pemalu yang belajar menjadi terlalu bergantung pada orang tua atau orang dewasa lainnya. Anak-anak yang terlalu bergantung pada orang lain sering kali enggan untuk mengambil risiko dalam pertemanan dan mengambil bagian dalam kegiatan sosial. Oleh karena itu, orang tua harus memberikan tanggung jawab kepada anak mereka, dengan catatan bahwa tanggung jawab tersebut sesuai dengan kemampuan anak. Tanggung jawab dapat membantu anak untuk merasa mampu.

Selain itu, orang tua juga dapat mengajari anak untuk menjadi mandiri. Menjadi mandiri bukan berarti bersikap seperti orang dewasa. Kemandirian dapat berkembang secara bertahap. Orang tua dapat mendorong kemandirian anak dengan membiarkan mereka mengerjakan tugas-tugasnya sendiri, membuat keputusan, dan menyelesaikan masalah mereka sendiri.

6. Berkomunikasi dengan guru di sekolah anak

Orang tua dapat memberitahu guru atau pihak sekolah lainnya untuk lebih tidak memberi label pemalu kepada anak. Orang tua juga harus meminta bantuan guru untuk mendorong anak menjadi lebih berani.

Selain melakukan penanganan terhadap anak pemalu, orang-orang di sekitar anak juga dapat melakukan pencegahan awal agar anak mereka tidak mengembangkan kecenderungan pemalu. Berikut merupakan beberapa langkah pencegahannya (Schaefer & Millman, 1981; Zolten, K & Long, N., 2006):

1. Mendorong anak untuk bersosialisasi dan berikan *reward* untuk perilaku sosialnya

Fasilitasi anak untuk memiliki banyak pengalaman yang menyenangkan dengan teman-temannya sejak anak masih kanak-kanak. Misalnya, orang tua dapat mengajak anak untuk bermain dengan teman-temannya yang ada di lapangan komplek. Orang tua juga dapat mengikutsertakan anak pada kegiatan rekreasi bersama anak-anak lainnya. Orang tua juga dapat memastikan bahwa pada kegiatan rekreasi tersebut terdapat beberapa anak lain mudah bergaul untuk dapat menjadi teman anak.

Ketika anak berhasil berinteraksi dengan teman-temannya, orang tua dapat memberikan *reward* kepada anak. Contohnya, ketika anak berhasil mengobrol dengan teman barunya, maka orang tua dapat tersenyum atau obrolan anak dan temannya terlihat sangat menyenangkan. Orang tua juga dapat memberikan camilan ketika anak berhasil bermain dengan asyik bersama teman-temannya. Jangan berikan camilan ketika mereka sedang saling diam. Setiap usaha anak-anak untuk bisa bersosialisasi harus dihargai dengan senyuman, kata-kata yang baik, atau isyarat positif (seperti menggandeng tangan anak).

2. Mendorong anak untuk percaya diri dan menjadi dirinya sendiri

Anak harus didorong untuk menjadi mandiri dan bertindak secara alami. Orang tua harus mengajarkan bahwa anak tidak perlu berpura-pura atau menjadi orang lain untuk terlihat sempurna. Orang tua harus menekankan bahwa anak hanya perlu menjadi diri sendiri dan berani mengungkapkan pemikiran atau perasaannya. Ketika anak mampu mengekspresikan

perasaan, mengungkapkan pendapat dan bermain dengan bebas maka anak harus dipuji atau diberikan *reward* lain.

Orang tua juga perlu mengajarkan bahwa anak tidak perlu berteman dengan semua orang, dan wajar bila ada beberapa orang yang tidak menyukai anak. Selain itu, orang tua juga perlu menyampaikan bahwa jika anak mengalami konflik dengan teman maka anak harus bisa menanganinya. Anak tidak boleh terlalu dilindungi atau terlalu sering diberikan komando, seperti mengatakan “tidak” atau “berhenti”. Rasa percaya diri anak tidak dapat berkembang dengan baik jika orang tua terlalu mengatur anak, menaruh ekspektasi yang terlalu tinggi, atau meremehkan anak.

3. Mendorong anak untuk mengembangkan berbagai keterampilan dan keahlian

Orang tua harus bisa menumbuhkan perasaan mampu pada diri anak. Salah satu caranya adalah dengan memberikan tugas-tugas yang cukup menantang kepada anak sehingga anak dapat merasa bangga ketika mereka berhasil menyelesaikan tugas tersebut. Anak juga harus didorong untuk mencoba dan meraih berbagai hal yang mereka inginkan daripada hanya menunggu hal-hal baik untuk terjadi. Contohnya, orang tua dapat mengikutsertakan anak pada kegiatan les menari atau musik sehingga mereka dapat cukup mahir dalam bidang tersebut. Orang tua juga dapat mencari kegiatan-kegiatan lain yang memungkinkan anak untuk mendapatkan *reward* dari teman-temannya karena hal tersebut dapat meningkatkan kepercayaan diri anak.

4. Menunjukkan banyak cinta, kasih sayang, dan perhatian kepada anak

Anak dapat berkembang dengan baik ketika mereka merasa dicintai dan diperhatikan oleh orang tua mereka. Orang tua harus mengambil setiap kesempatan untuk bisa menunjukkan cinta kepada anak. Hal ini dapat dilakukan melalui kata-kata dan tindakan. Cinta dan kasih sayang harus diberikan secara

bebas dan tanpa syarat. Anak harus merasa selalu dicintai bagaimanapun mereka bertindak

5. Jangan melabeli anak sebagai anak yang pemalu atau memperbolehkan orang lain melakukannya

Anak-anak yang dicap sebagai pemalu oleh orang tua mereka atau orang lain dapat melihat dirinya sebagai pemalu juga, atau bahkan yakin bahwa ia tidak bisa mengatasi rasa malunya. Oleh karena itu, orang tua tidak boleh mengizinkan orang dewasa lain, saudara kandung, atau anak-anak lain untuk memanggil anak sebagai pemalu. Jika ada orang yang memanggil anak sebagai pemalu, maka orang tua perlu mengambil tindakan. Contohnya, orang tua dapat mengatakan hal seperti ini, "Joy bukan anak yang pemalu. Joy hanya butuh waktu untuk bisa terbiasa dengan orang baru. Sebentar lagi juga dia akan mengobrol denganmu."

6. Mencontohkan perilaku percaya diri

Orang tua harus menjadi teladan yang baik karena orang tua yang pemalu sering kali membuat anak menjadi pemalu juga. Anak-anak harus dapat menyaksikan bahwa orang tua mampu mengekspresikan dirinya secara bebas dan berinteraksi dengan orang lain.

PENUTUP

Beberapa cara pencegahan dan penanganan yang telah disebutkan di atas dapat digunakan oleh orang tua atau orang-orang lain disekitar anak dalam memperlakukan anak yang pemalu atau memiliki kecenderungan untuk menjadi pemalu. Akan tetapi, perlu diketahui bahwa kita tidak harus menerapkan keseluruhan cara pencegahan dan penanganan yang ada, melainkan memilih beberapa cara saja yang dianggap paling efektif untuk kondisi dan karakteristik anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, dkk. (2014). Perasaan malu (shyness) pada mahasiswa baru di program studi psikologi Universitas Trunojoyo Madura. *Personifikasi*, 5 (2).
- Ahmed, Saima. (2017). *Shyness and School Adjustment: The Moderating Role of Teacher-Child Relationship* (Thesis). Norway: University of Oslo.
- Asendorpf, J. B., & Meier, G. H. (1993). Personality effects on children's speech in everyday life: sociability-mediated exposures and shyness-mediated reactivity to social situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1072–1083.
- Coplan, R. J., & Evans, M. A. (2009). At a loss for words? Introduction to the special issue on shyness and language in childhood. *Infant and Child Development*, 18, 211–215.
- Crozier, W. R. (2002). State of the art: shyness. *The Psychologist*, 15, 460–463.
- Gazelle, H., & Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: a diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 74, 257–278.
- Gazelle, H. (2006). Class climate moderates peer relations and emotional adjustment in children with an early history of anxious solitude: a child x environment model. *Development Psychology*, 42, 1179–1192.
- Hughes, K., & Coplan, R. J. (2010). Exploring processes linking shyness and academic achievement in childhood. *School Psychology Quarterly*, 25, 213–22.
- Ladd, G. W. (2006). Peer rejection, aggressive or withdrawn behaviour, and psychological maladjustment from ages 5 to 12: an examination of our predictive models. *Child Development*, 77, 822–846.
- Liu, J., Coplan, R. J., Chen, X., Li, D., Ding, X., & Zhou, Y. (2014). Unsociability and shyness in Chinese children: concurrent

and predictive relations with indices of adjustment. *Social development*, 23, 119-136.

Mounts, N., Valentiner, D., Anderson, K., & Boswell, M. (2006). Shyness, sociability, and parental support for the college transition: relation to adolescent's adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (1).

Rubin, K. H., Wojslawowicz, J. C., Rose-Krasnor, L., Booth-LaForce, C., & Burgess, K. B. (2006). The best friendships of shy/withdrawn children: prevalence, stability, and relationship quality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 139–153.

Schaefer, C., & Millman, H. L. (1981). *How To Help Children With Common Problems*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Zolten, K & Long, N. (2006). *Center of Effective Parenting: Shyness*. USA: University of Arkansas.

PROFIL SINGKAT



Hannah Win Hutabarat lahir di Kota Bandung, pada tanggal 5 Februari 2001. Hannah memiliki ketertarikan di bidang Psikologi, khususnya yang terkait perkembangan anak dan remaja. Oleh karena itu, Hannah mengenyam pendidikan magister profesi Psikologi dengan majoring Klinis Anak dan Remaja di Universitas Kristen Maranatha. Hannah menyelesaikan pendidikan S1 Psikologi di Universitas Kristen Maranatha juga. Pekerjaan Hannah saat ini adalah berkuliah dan menjadi guru bimbil untuk anak-anak SD.

TEKNIK *COGNITIVE BEHAVIOR MODIFICATION* UNTUK MENGATASI *TEMPER TANTRUM* PADA ANAK USIA DINI

Annisa Rizky Apriliani

Universitas Kristen Maranatha

Annisarizky07@gmail.com

PENDAHULUAN

Menurut Wakschalg dan timnya pada 1.500 orang tua yang memiliki anak mayoritas balita (83,7%) terkadang mengalami tantrum, 8,6% yang setiap hari marah dan mengamuk. Tantrum dipicu karena anak lelah atau frustrasi (Zakiyah, 2015). Sedangkan di Indonesia balita yang biasanya mengalami ini dalam waktu satu tahun, 23-83% dari anak usia 2 sampai 4 tahun pernah mengalami temper tantrum (Psikologizone, 2012).

Anak usia dini adalah individu yang menerima pengetahuan dan pengalaman baru yang diperoleh yaitu dari orang tua atau masyarakat, dan lingkungan sekolah. Pada masa ini anak mulai membentuk kepribadiannya melalui enam aspek perkembangan yaitu kognitif, nilai agama dan moral, bahasa, fisik dan motorik, seni, dan sosial emosional untuk mempersiapkan diri menjadi pribadi yang matang. Salah satu aspek perkembangan yang perlu diperhatikan oleh pendidik dan orang tua adalah perkembangan sosial emosional anak. Perkembangan sosial mengacu pada kemampuan anak untuk memiliki pengetahuan dalam mengelola dan mengekspresikan emosi secara lengkap baik emosi positif maupun emosi negatif, mampu menjalin relasi atau hubungan dengan teman-teman sebayanya dan orang dewasa yang berada di lingkungan anak, serta aktif mengeksplorasi lingkungan melalui belajar (Siti Fatimah, 2020).

(Hurlock, 1978) berpendapat bahwa anak yang dapat melumpuhkan emosi kemarahannya dengan wajar, maka anak akan menampilkan gambaran emosi yang tenang. Emosi yang dimaksudkan dalam konteks ini adalah bagaimana cara anak mengendalikan emosi yang biasanya menyertai saat anak marah, wujud ekspresi raut wajah, gaya tubuh, dan perkataan anak. Semakin berhasil anak mengelola emosinya disuatu kondisi, anak tersebut dinilai semakin baik dalam pengendalian emosi (emotional control). Namun masih terdapat anak yang memiliki kegagalan dalam mengelola emosinya yang diakibatkan oleh banyak faktor. Mayoritas anak yang gagal dalam mengelola emosinya, seringkali menangis, merengek, menjerit, membanting atau merusak barang, menghentakkan kakinya maupun berguling-guling. Perilaku pada anak tersebut merupakan bentuk perilaku negatif dan emosi yang berlebihan atau disebut dengan temper tantrum.

Temper Tantrum adalah episode dari kemarahan dan frustrasi yang ekstrim, yang tampak seperti kehilangan kendali seperti dicirikan oleh perilaku menangis, berteriak, dan gerakan tubuh yang kasar atau agresif seperti membuang barang, berguling di lantai, membenturkan kepala dan menghentakkan kaki di lantai. Pada anak yang lebih kecil biasanya sampai muntah, pipis, atau bahkan nafas sesak karena terlalu banyak menangis dan berteriak. Faktor penyebab anak mengalami temper tantrum adalah faktor fisiologis yaitu lelah, lapar, atau sakit, faktor psikologis antara lain anak mengalami kegagalan dan orang tua yang terlalu menuntut anak sesuai harapan orangtua, faktor orang tua yakni pola asuh dan komunikasi dan faktor lingkungan yaitu lingkungan keluarga dan lingkungan luar rumah (Kirana, 2013). Faktor lain yang dapat mempengaruhi temper tantrum pada anak adalah pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, usia orang tua, jenis kelamin anak, dan jumlah saudara (Hasan, 2009). Selain itu berdasarkan hasil penelitian (Indanah, 2017) menunjukkan bahwa jumlah saudara dapat mempengaruhi tempertantrum karena rasa cemburu anak dengan saudaranya. Temper tantrum bukanlah suatu penyakit berbahaya, namun jika orang tua membiarkan tantrum berlarut-

larut dan tidak pernah memberikan solusi yang benar kepada anak maka perkembangan emosional anak dapat terganggu.

Tantrum sering terjadi oleh anak, tetapi apabila hal ini tidak ditangani dengan tepat, maka dapat menimbulkan perilaku negative pada anak seperti agresif dan menyakiti dirinya sendiri (*selfharm*) maupun menyakiti orang lain di masa mendatang. Apabila perilaku tantrum pada anak terlambat untuk ditangani oleh orang tua, maka perilaku tantrum akan menjadi sifat yang menetap pada anak ketika menjelang dewasa. Orang tua maupun pendidik dituntut untuk dapat bertindak dengan tepat dalam mengatasi perilaku tantrum pada anak. Apabila orang tua dan pendidik keliru, maka mereka dapat kehilangan kesempatan dalam mengajarkan anak untuk dapat meluapkan emosinya secara normal, misalnya, marah, takut, kesal maupun kecewa (Laforge.A.E., 2002). Faktor lain dari penelitian terdahulu menyatakan penyebab anak mengalami temper tantrum menurut (Ranuh, 2012) adalah rasa kecewa saat tidak bisa mendapatkan yang diinginkan. Perilaku yang tidak konsisten dapat menjadikan anak menjadi khawatir dan menarik diri, anak mulai berpikir bahwa akan dihukum atau diberi ganjaran atas perilakunya. Di sinilah anak mulai mengalami kebingungan atas perlakuan dari orang tua dan guru yang tidak konsisten (Siti Fatimah, 2020).

Hasil analisis studi teoritis menunjukkan bahwa modifikasi perilaku dapat menurunkan perilaku temper tantrum pada anak usia dini. Hal ini dikarenakan, penerapan modifikasi perilaku dengan pendekatan, teknik maupun metode tertentu sesuai dengan kebutuhan anak yang membuat anak merasa aman, nyaman dan mampu meredam emosinya sehingga perilaku temper tantrum pada anak dapat diatasi. Dengan modifikasi perilaku, anak dengan temper tantrum dapat tumbuh dan berkembang, mampu memahami, mengelola dan mengekspresikan emosinya dengan baik sehingga anak mampu bersosialisasi, berkomunikasi dan bereksplorasi terhadap lingkungannya (Nurfadilah, 2021).

Berdasarkan hasil analisis terhadap kajian teori, dapat diambil garis besar bahwa modifikasi perilaku pada anak usia dini dapat mengurangi perilaku temper tantrum pada anak. Hal ini didukung

dengan hasil penelitian (Shanti, 2015) yang menunjukkan bahwa modifikasi perilaku anak dengan metode *punishment* teknik penyisihan sesaat (*time-out*) dapat mengurangi perilaku tantrum anak. Teknik penyisihan sesaat (*time-out*) merupakan suatu teknik dalam modifikasi perilaku untuk menyisihkan subjek dari lingkungan yang tidak mendapatkan pengukuhan. Teknik ini digunakan untuk mengurangi atau menghapus perilaku sasaran, terutama perilaku tantrum pada anak. Pada penerapannya, saat anak mengalami temper tantrum, maka anak segera dipindahkan dari ruangan yang benar-benar terisolasi atau ruang yang kosong dan tertutup. Hal ini dilakukan agar perilaku tantrum pada anak dapat mereda seiring dengan anak dijauhkan dari pemicu perilaku tantrumnya.

Hasil Penelitian (Ardiwijaya, 2019) juga memaparkan, bahwa modifikasi perilaku dapat membantu mengatasi anak dengan perilaku temper tantrum. Dalam penelitian ini, memaparkan bahwa dengan adanya teknik modifikasi perilaku berupa teknik antecedents control dan differential reinforcement of alternative behavior dapat mengurangi perilaku tantrum pada anak dengan language disorder. Penerapan teknik di atas dapat diterapkan dengan cara anak melakukan kegiatan bermain sesuai tahap perkembangannya.

Hal serupa juga ditemukan melalui hasil penelitian (Natasha, 2016) yang menunjukkan bahwa modifikasi perilaku dapat menurunkan perilaku tantrum pada anak. Teknik shaping dengan positive reinforcement digunakan untuk menurunkan gejala kecemasan berpisah pada anak, dimana melalui teknik ini perilaku tantrum yang biasa menyertai anak dengan gejala kecemasan dapat menurun. Sedangkan pada penelitian (Hendarko, 2018) teknik prompting dan positive reinforcement digunakan untuk meningkatkan frekuensi kontak mata pada anak prasekolah.

Menurut Skinner dikutip dari (Purwanti, 2014) terdapat empat ciri utama modifikasi perilaku, yaitu: (a) fokus pada perilaku (*focuses on behavior*), (b) menekankan pengaruh belajar dan lingkungan (*emphasizes influences of learning and the environment*), (c) mengikuti pendekatan ilmiah (*takes a scientific approach*), serta

(d) menggunakan metode-metode aktif dan pragmatik untuk mengubah perilaku (*uses pragmatic and active methods to change behavior*). Karakteristik modifikasi perilaku yaitu, 1) perilaku modifikasi merupakan perilaku yang teramati dan terukur, 2) prosedur atau teknik intervensi bertujuan mengubah lingkungan untuk membantu subjek dalam berperilaku di masyarakat, 3) rasional metode yang digunakan dapat dijelaskan secara logis, 4) modifikasi perilaku yang digunakan dapat diterapkan pada lingkungan sehari-hari, 5) teknik dan prosedur yang dipakai dalam modifikasi perilaku berdasar pada prinsip psikologi belajar secara umum, dan 6) modifikasi perilaku dilakukan berdasarkan pengetahuan ilmiah (Juang Sunanto, 2005).

Berdasarkan pemaparan diatas, penulis ingin menjelaskan bagaimana perilaku *Temper tantrum* pada anak bisa diturunkan dengan intervensi yang menggunakan bahwa modifikasi perilaku anak usia dini adalah sebuah upaya yang dilakukan dengan tujuan untuk menghilangkan perilaku yang tidak dikehendaki pada anak melalui pendekatan atau metode sesuai dengan prosedur sebagai inti dari pengobatan dan bagaimana hal tersebut bisa menjadi pilihan bagi anak Indonesia yang cukup banyak mengalami keadaan *Temper tantrum*.

PEMBAHASAN

1. *Temper Tantrum*

Temper tantrum merupakan masalah perilaku anak usia dini yang berupa bentuk emosi pada anak yang meluap-luap dan berlebihan ketika anak dalam kondisi tertentu. *Temper tantrum* adalah suatu luapan emosi yang tidak terkontrol pada anak. *Temper tantrum* merupakan luapan emosi yang meledak-ledak dan tidak terkontrol (Sembiring, 2017). Tantrum terjadi pada anak yang aktif dengan energi yang melimpah. Menurut (Syamsuddin, 2021) *Temper tantrum* merupakan suatu bentuk ledakan emosi kuat sekali, disertai rasa marah, serangan agresif, menangis, menjerit-jerit, menghentak-hentakkan kedua kaki dan tangan ke lantai atau tanah.

Temper tantrum adalah perilaku destruktif buruk dalam bentuk luapan yang bisa bersifat fisik (memukul, menggigit, mendorong), maupun verbal (menangis, berteriak, merengek) atau terus menerus merajuk. Perilaku ini seringkali muncul pada anak usia 15 bulan sampai 5 tahun. Menurut Hasan dalam (Sembiring, 2017) tantrum terjadi pada anak yang aktif dengan energi yang berlimpah. Tantrum juga lebih mudah terjadi pada anak-anak yang dianggap lebih sulit, dengan ciri-ciri: (1) Memiliki kebiasaan tidur, makan, dan buang air besar tidak teratur; (2) Sulit menyukai situasi, makanan, dan orang-orang baru; (3) Lambat beradaptasi terhadap perubahan; (4) Suasana hati lebih sering negative; (5) Mudah terprovokasi, gampang merasa marah, dan kesal; (6) Sulit dialihkan perhatiannya.

Temper tantrum pada anak disebabkan oleh banyak faktor seperti: rasa kecewa saat tidak bisa mendapatkan yang diinginkan, pola asuh orang tua dan bagaimana komunikasi antara orang tua maupun anak (Sari, 2019), kebutuhan dasar anak akan kasih sayang dan rasa aman nya tidak terpenuhi (Herawati, 2003) dan ketidakmampuan anak untuk mengungkapkan sesuatu secara verbal (Suzanti, 2014). Hayes dikutip dari (Wulansari, 2015) memaparkan dua jenis tantrum yang berbeda: 1) tantrum yang berawal dari kesedihan dan amarah, 2) tantrum yang berakar pada kebingungan dan ketakutan.

Dalam menangani perilaku *temper tantrum* anak, Rina Eka dalam (Shanti, penerapan teknik penyisihan sesaat (*time-out*) untuk mengurangi durasi perilaku tantrum pada autisme kelas III di sekolah luar biasa (slb) autisma dian amanah yogyakarta, 2015) memaparkan cara menangani anak temper tantrum: 1) orang tua maupun pendidik dapat melakukan pencegahan dengan mengenali kebiasaan-kebiasaan anak dan mengetahui secara pasti kondisi pada saat akan timbul perilaku tantrum, 2) pada saat terjadi tantrum, hendaknya orangtua atau pendidik tetap tenang dan berusaha menjaga emosinya, 3) ketika perilaku tantrum telah berlalu, orang tua maupun pendidik jangan memberikan hukuman maupun pengukuhan tetapi berikanlah

rasa aman kepada anak, 4) orang tua maupun pendidik dapat memberikan perhatian minimal pada kemarahan anak dan memastikan keamanan anak dan orang lain, 5) jika kemarahan menyebabkan kekacauan, pindahkan anak dengan cepat ke daerah yang aman atau jauh dari anak-anak lain, dan 6) orang tua maupun pendidik dapat mengawasi anak dengan teliti untuk mengamati waktu kemarahan paling sering muncul terjadi.

Dari berbagai penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa *temper tantrum* adalah bentuk luapan emosi yang berlebihan dan meledak-ledak pada anak serta tidak terkendali berupa rasa marah, berteriak, menangis, menjerit, menghentakan tangan dan kaki atau badannya ke lantai apabila anak dalam kondisi tertentu.

2. Teknik *Cognitive Behavior Modification*

Terdapat tiga teknik modifikasi perilaku yang dapat digunakan untuk mengatasi anak dengan *temper tantrum* sesuai dengan kondisi maupun keadaan anak, yaitu : (1) *self-management* menurut Komalasari dalam (Isnaini, 2015) (Pengelolaan diri) adalah prosedur pengaturan perilaku oleh individu sendiri. Tujuan *self-management* adalah untuk mengurangi perilaku yang tidak pantas, meningkatkan kemampuan adaptif, dan kemampuan bahasa/komunikasi. (2) *Token ekonomi* adalah pemberian satu kepingan (atau suatu tanda, satu isyarat) kepada anak untuk meningkatkan motivasi seorang anak dalam melakukan sesuatu. Kepingan-kepingan ini nantinya dapat ditukar dengan benda atau aktivitas penguah yang diinginkan subjek (Muriyawati, 2013). (3) *cognitive behavior modification* menurut Goldstein dalam (Yonita, 2019) merupakan sebuah pendekatan psikoterapi yang menekankan peran penting cara berpikir seseorang dan merasakan sesuatu yang dilakukannya. Teknik bertujuan mengubah perilaku yang tampak namun tersembunyi dengan mengaplikasikan metode kognitif dan metode perilaku. Dari pemaparan di atas dapat diketahui bahwa terdapat beberapa teknik modifikasi

perilaku untuk mengatasi anak dengan temper tantrum yaitu: *self-management*, token ekonomi dan *cognitive behavior modification*.

PENUTUP

Pada tahap perkembangan sosial emosional pada anak usia dini, orang tua dan pendidik perlu memberikan perhatian kepada anak. Hal ini dilakukan dengan tujuan agar orang tua dan pendidik dapat mengetahui perilaku anak, baik perilaku positif (adaptif) maupun perilaku negatif atau menyimpang (maladaptif). Perlunya modifikasi perilaku dalam perbaikan perilaku anak usia dini, menjadi salah satu strategi dalam mengatasi perilaku negatif atau menyimpang pada anak seperti anak dengan temper tantrum. Melalui modifikasi perilaku diharapkan anak dengan temper tantrum dapat berkembang, mampu memahami, mengelola dan mengekspresikan emosinya, baik emosi negatif maupun emosi positif, sehingga anak mampu bersosialisasi, berkomunikasi dan bereksplorasi terhadap lingkungannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiwijaya, R. P. (2019). Penerapan differential reinforcement of alternative behavior untuk menurunkan screen-time pada anak dengan language disorder. *Journal of Psychological Science and Profession*, 3(1), 57.
- Fatimah, S. I. (2020). Studi kasus perilaku temper tantrum anak dalam bersosialisasi di TK Dharma Wanita Kempleng II. PRESCHOOL. *Jurnal Perkembangan dan Pendidikan Anak Usia Dini*, 2 (1), 155–162.
- Harris, K. (1985). "Definitional, Parametric, and Procedural Conditions in Timeout Interventions and Research. *Exceptional Children*, 51: 279-288.
- Hasan, M. (2009). *Pendidikan Anak Usia Dini*. Yogyakarta : Diva Press.
- Hendarko, A. C. (2018). Efektivitas teknik prompting dan positive reinforcement untuk meningkatkan frekuensi kontak mata pada

- anak prasekolah dengan autisme. *Jurnal Psikogenesis, Volume 6, No.2, (2)*, 176–185.
- Herawati, N. I. (2003). Menghadapi anak usia dini yang temper tantrum. *PG Paud UPI Kampus Cibiru*.
- Hurlock. (1978). *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga.
- Indanah, S. K. (2017). Todler Temper Tantrum. *The 5TH Urecol Proceeding*.
- Isnaini, F. &. (2015). Strategi self-management untuk meningkatkan kedisiplinan belajar. *Penelitian Humaniora, 16*, 33–42.
- Juang Sunanto, K. T. (2005). *Peengantar penelitian dengan subyek tunggal*. Tsukuba: Center for Research on International Cooperation in Educational Development (CRICED) University of Tsukuba.
- Kirana, R. S. (2013). ubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Tempertantrum Pada Anak Pra Sekolah. *Under Graduates thesis, Universitas Negeri Semarang.*, 1-130.
- Laforge.A.E. (2002). *Kiat-kiat meredakan badai kerewelan balita anda*. Bandung: Kaifa.
- Muriyawati, &. R. (2013). engaruh pemberian token ekonomi terhadap motivasi belajar siswa sekolah dasar. *JPSD : Jurnal Pendidikan Sekolah Dasar, 53(9)*, 1689–1699.
- Natasha, L. M. (2016). Pengaruh teknik shaping dengan positive reinforcement terhadap kecemasan berpisah pada anak. *E-Journal Pendidikan Anak Usia Dini, 4(1)*, 1–10.
- Nurfadilah, M. F. (2021). Modifikasi Perilaku Anak Usia Dini untuk Mengatasi Temper Tantrumpada Anak. *Jurnal Pendidikan Anak, Volume10(1)*, 2021,69-76.
- Purwanti. (2014). Peningkatan pengendalian diri melalui modifikasi perilaku pada anak tungarungu di kelas C TKLB SLB Negeri 2 Bantul. *Universitas Negeri Yogyakarta*.
- Ranuh, S. d. (2012). *Tumbuh Kembang Anak. Edisi 2*. Jakarta: EGC.

- Sari, E. R. (2019). Faktor pekerjaan, pola asuh dan komunikasi orang tua terhadap temper tantrum anak usia prasekolah. *Jurnal Ilmu Keperawatan Anak*, 2(2), 50.
- Sembiring, A. K. (2017). Persepsi orang tua terhadap pemecahan masalah temper tantrum anak usia dini diKecamatan Rumbai Kota Pekanbaru. *Lectura: Jurnal Pendidikan*, 23(7), 88–96.
- Shanti, A. I. (2015). Penerapan teknik penyisihan sesaat (time-out) untuk mengurangi durasi perilaku tantrum pada autisme kelas iii di sekolah luar biasa (slb) autisma dian amanah yogyakarta. *In Pendidikan Luar Biasa. Fakultas Ilmu Pendidikan*, (Vol. 151). Universitas Negeri Yogyakarta.
- Shanti, A. I. (2015). Penerapan teknik penyisihan sesaat (time-out) untuk mengurangi durasi perilaku tantrum pada autisme kelas iii di sekolah luar biasa (slb) autisma dian amanah yogyakarta. *n Pendidikan Luar Biasa. Fakultas Ilmu Pendidikan*(Vol. 151). Universitas Negeri Yogyakarta.
- Sinaga, J. D. (2015). Time-out sebagai teknik modifikasi perilaku di sekolah dan di rumah. *Ulasan singkat dan rekomendasi*, 1. 27–28.
- Siti Fatimah, T. I. (2020). Studi Kasus Perilaku Temper Tantrum Anak Dalam Bersosialisasi di TK DHARMA WANITA KEMPLENG II. *Jurnal Perkembangan dan Pendidikan Anak Usia Dini*.
- Suzanti, M. W. (2014). Efektivitas finger painting untuk menurunkan perilaku temper tantrum pada anakKB PK Yogyakarta. *Jurnal Pendidikan Anak*, 3.
- Syamsuddin. (2021). Mengenal perilaku tantrum dan bagaimana mengatasinya. *Early Childhood Education and Development Journal*, 18(02), 73–82.
- Tandry, N. (2010). *Bad Behavior, Tantrums and Tempers*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Wulansari, M. (2015). Perilaku tantrum anak usia 5-6 tahun di tk marditama timbulharjo sewon bantul(issue september). *Universitas Negeri Yogyakarta*.

Yonita, E. N. (2019). The effectiveness of the cognitive behavior modification approach with group settings to reduce bullying behavior. *Jurnal Neo Konseling*, 1(3), 1–7.

Zakiah, N. (2015). Hubungan Pola Asuh Orangtua Dengan Kejadian Tempertantrum Pada Anak Usia Toddler di Bantul. *Jurnal Ilmu Kesehatan*.

PROFIL SINGKAT



Annisa Rizky Apriliani lahir di Jayapura 15 April 1997, Annisa merupakan anak ke satu dari tiga bersaudara dan memiliki ketertarikan di bidang Psikologi sehingga memutuskan untuk kuliah S1 Psikologi pada tahun 2016 lalu melanjutkan S2 Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dan Remaja pada tahun 2022. Annisa menyelesaikan studi S1 nya di Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi dan setelah lulus di tahun 2019, Annisa bekerja di *Human Resource* PT. Pos Indonesia selama satu tahun 9 bulan, kemudian dipertengahan 2022 melanjutkan S2 di Universitas Kristen Maranatha Bandung.

GAMBARAN DEPRESI DAN *SELF-INJURIOUS* PADA REMAJA DI ERA COVID-19

Natasha Indira Ariandina

Magister Profesi Psikologi Universitas Kristen Maranatha
natashaindirapsi@gmail.com

PENDAHULUAN

Sudah 3 tahun berlangsung sejak COVID-19 menjadi pandemi di dunia, meskipun saat ini COVID-19 sudah tidak lagi dinyatakan sebagai pandemi, namun hal tersebut pernah menguras semua perhatian masyarakat di segala kalangan seluruh dunia, tak terkecuali Indonesia. Kasus kematian yang hampir setiap hari diberitakan di televisi, masalah ekonomi yang membuat banyak perusahaan tak dapat bertahan, dan adanya penetapan peraturan *social distancing* dari pemerintah, membuat stres tersendiri di kalangan masyarakat, tak terkecuali pada remaja di Indonesia. Survey yang dilakukan oleh *Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS)* yang mengukur angka kejadian gangguan mental pada remaja dari usia 10-17 tahun menunjukkan bahwa satu dari tiga remaja di Indonesia memiliki masalah kesehatan mental sementara satu dari dua puluh remaja Indonesia memiliki gangguan mental dalam 12 bulan terakhir. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gangguan mental yang paling banyak diderita oleh remaja adalah gangguan cemas (gabungan antara fobia sosial dan gangguan cemas menyeluruh) sebesar 3,7%, diikuti oleh gangguan depresi mayor (1,0%), gangguan perilaku (0,9%), serta gangguan stres pasca-trauma (PTSD) dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD) masing-masing sebesar 0,5%. Meskipun pada masa pandemi COVID-19 pemerintah dan banyak lembaga biro psikologi memberikan banyak akses dan layanan kepada masyarakat, namun hanya sedikit remaja yang mencari pertolongan profesional untuk diri mereka sendiri (Gloria, 2022).

Adapun faktor-faktor yang dapat yang menyebabkan remaja mengalami depresi, diantaranya yang pertama ialah rasa bersalah, dimana ketika remaja melakukan kesalahan yang tidak disukai oleh orangtuanya atau orang yang dianggap memiliki *power*, remaja berpikir bahwa ia pantas menerima hukuman atau pantas untuk disakiti atas kesalahan mereka. Seperti contohnya ketika anak mendapatkan nilai buruk, atau gagal mendapatkan prestasi tertentu yang dirasa membuat kecewa orangtua, kemudian remaja tersebut merasa ia harus mendapatkan hukuman sebagai penebusan atas perilaku buruknya, jika tidak rasa bersalah akan terus menghantuinya. Faktor kedua ialah kemarahan pada diri remaja sendiri yang menyebabkan remaja memiliki keinginan untuk melukai diri sendiri sebagai bentuk penghukuman diri sendiri. Hal ini dapat disebabkan karena orangtua tidak mau atau tidak mampu memberikan respond yang tepat ketika anak mengekspresikan perasaan negatif yang dimilikinya. Faktor ketiga yaitu rasa tidak berdaya. Adanya rasa tidak berdaya dari remaja ketika ia memiliki keyakinan bahwa tidak ada seorangpun yang dapat mengatasi masalahnya. Faktor yang keempat ialah rasa kehilangan yang besar. Ketika seorang remaja kehilangan orang-orang yang penting dalam hidup remaja, maka perasaan depresi muncul, seolah dunia telah berakhir, hidup akan menjadi suram dan tidak ada harapan untuk masa depannya. Faktor yang kelima adanya rasa tidak dicintai, tidak mendapatkan simpati dan keinginan untuk balas dendam. Setiap orang memiliki kebutuhan untuk dicintai, diterima dan dihargai, oleh karena itu, jika remaja merasa diri tidak dicintai, maka tak heran ia merasa terbuang dan merasa diri tidak berharga sehingga perasaan depresi muncul dan membuat remaja memiliki keinginan untuk mengakhiri hidupnya. Faktor keenam adalah ketegangan dari rasa kegelisahan batin remaja. Hal ini dapat disebabkan karena stres atau tekanan masalah yang dirasakan oleh remaja. Faktor ketujuh yaitu keluarga, dimana keluarga yang tidak harmonis membuat remaja mengalami depresi hal tersebut karena rasa tertekan yang dirasakan remaja secara intensif didalam rumahnya sendiri, dimana rumah atau keluarga seharusnya menjadi tempat paling nyaman

dan juga tempat paling aman didunia, namun pada remaja dengan keluarga yang memiliki konflik, justru menciptakan tekanan yang besar pada remaja. Faktor yang terakhir adanya masalah fisik atau memiliki kecacatan fisik atau sakit penyakit, seperti kanker, penyakit *autoimun* yang tidak dapat disembuhkan dapat membuat remaja mengalami putus asa dan juga depresi. (Millman & Schaefer, 1994)

Depresi pada remaja, bisa diakibatkan karena akibat kegagalan sekolah atau karena kematian orang tua atau kerabat, perceraian orangtua, konflik orangtua yang berkelanjutan, kemiskinan dan hubungan teman sebaya yang buruk. Dimana hal tersebut diperparah dengan adanya COVID-19, seperti banyaknya keluarga yang bercerai dan adanya anggota keluarga yang meninggal, masalah ekonomi, dan adanya pembatasan bersosialisasi dengan teman-teman sebayanya, serta tuntutan akademik ditengah pembelajaran jarak jauh dari sekolahnya yang mengharuskan remaja belajar secara online dengan tantangannya sendiri, serta masalah lainnya yang tentu membuat *stressor* yang terasa seperti teror pada diri remaja, sehingga dari adanya perubahan ini menyebabkan adanya perubahan emosi yang bergejolak dan tidak stabil, sehingga ditemukannya masalah-masalah kesehatan mental pada remaja, terlebih depresi pada remaja (sejati, 2021). Depresi sendiri adalah perasaan sedih dan muram, yang seringkali terjadi karena berkurangnya aktivitas pada remaja. Perilaku melukai diri sendiri terjadi ketika orang berusaha merusak atau melukai dirinya sendiri. Bunuh diri adalah bentuk ekstrem dari perilaku melukai diri sendiri yang sering terjadi pada individu yang depresi. Selain karena depresi, adapun tren yang menyebar dilakukan oleh remaja dengan aksi menyayat atau menyakiti diri sendiri yang disebabkan oleh masalah kesehatan mental, rasa *frustasi* akibat stres, sehingga *self-injury* dianggap sebagai jalan keluar untuk mengatasi tekanan emosional yang dirasakan oleh remaja tersebut. Seperti yang dilakukan oleh 52 siswa/siswi SMP di Bengkulu yang menyayat tangannya sendiri setelah melihat di media sosial (detiknews, 2023). Dimana remaja yang melakukan hal tersebut bukan berupaya untuk mengakhiri hidupnya, namun untuk membuat rasa sakit sesaat.

Self-Injury sendiri adalah tindakan melukai diri sendiri dengan sengaja, yang tidak ditujukan untuk bunuh diri (Hartanto, 2010). Penelitian ini dianggap penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat secara luas bahwa fenomena ini bukanlah hal yang dapat diremehkan. Adanya kesadaran mengenai fenomena ini diharapkan masyarakat dapat melakukan upaya pencegahan yang dapat dilakukan, sebelum masalah ini menjadi semakin berat sehingga membutuhkan pertolongan profesional, salah satunya dengan pemberian CBT, konseling dan pemberian obat-obatan bila diperlukan.

PEMBAHASAN

Saat ini, diperkirakan satu dari lima anak mengalami depresi. 58% orang tua dari anak-anak yang depresi juga mengalami depresi. Sedih, reaksi tak berdaya bisa terjadi di antara 1.000.000 anak yang dipukuli dan dilecehkan setiap tahun di Amerika Serikat. Berdasarkan penelitian dari APA terkait depresi remaja, pada tahun 2015 ditemukan sebesar 11 persen remaja mengalami depresi. Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS), survei kesehatan mental nasional pertama yang mengukur angka kejadian gangguan mental pada remaja 10 – 17 tahun di Indonesia, menunjukkan bahwa satu dari tiga remaja Indonesia memiliki masalah kesehatan mental sementara satu dari dua puluh remaja Indonesia memiliki gangguan mental dalam 12 bulan terakhir. Angka ini setara dengan 15,5 juta dan 2,45 juta remaja. Remaja dalam kelompok ini adalah remaja yang terdiagnosis dengan gangguan mental sesuai dengan panduan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Edisi Kelima (DSM-5) yang menjadi panduan penegakan diagnosis gangguan mental di Indonesia.

Remaja yang mengalami Depresi dan melakukan *self-injury*, dapat terjadi karena beberapa hal, seperti diantaranya sebagai berikut:

1. *Guilt* dimana remaja merasa bahwa ia bersalah, dan remaja percaya bahwa dirinya pada dasarnya jahat sehingga pantas untuk mendapatkan hukuman.

2. *Feeling helpless* rasa bersalah yang dihadapi remaja, membuat remaja merasa marah pada dirinya sendiri, dan berupaya untuk menyakiti dirinya sendiri sebagai upaya memberikan hukuman pada dirinya sendiri untuk mengatasi rasa bersalah yang dirasakannya.
3. *Reaction to Deep Loss* ketika remaja kehilangan orang-orang yang dianggap istimewa, seperti orangtua atau figur-figur signifikan yang menjadi sumber ketergantungan, maka remaja akan mudah mengalami depresi. Hal tersebut disebabkan karena duka yang sangat mendalam dalam diri remaja. Remaja merasa tidak lagi menemukan keberartian lagi di hidupnya, sehingga remaja merasa kehilangan minat dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pesimis, dan memiliki rasa ingin mengakhiri hidupnya sendiri. Kasus tersebut banyak terjadi pada masa COVID-19, dimana banyak remaja yang kehilangan keluarga yang dicintainya, baik secara perlahan maupun kematian mendadak, yang membuat perubahan yang signifikan pada diri remaja yang mengalami kehilangan.
4. *Gain Attention, Love, Sympathy or Revenge* yaitu cinta, simpati dan balas dendam. Hal yang dapat dilakukan remaja untuk mendapatkan cinta dan rasa empati dari orang lain, yaitu remaja dapat melukai dirinya sendiri. Adanya rasa marah sekaligus menginginkan rasa sayang pada diri remaja, membuat remaja mengalami frustrasi hingga akhirnya ia melukai diri sendiri.
5. *Reaction to Tension* yaitu reaksi remaja terhadap adanya ketegangan. Ketegangan ini dapat dirasakan ketika remaja mengalami konflik dari dalam diri dan juga reaksi terhadap kegelisahan. Reaksi yang tampak pada diri remaja seperti mengelupas kulit di bibir, menarik rambut, mengelupas kulit kering, menggaruk kulit tubuhnya, yang bila dilakukan secara berlebihan akan meninggalkan luka pada tubuhnya.
6. *Family Context* yaitu konteks dalam keluarga, seperti memiliki orangtua yang depresi, konflik keluarga yang intens, sehingga menyebabkan perasaan tertekan pada diri remaja atau tuntutan

yang besar dari orang tua pada remaja seperti tuntutan berprestasi, dan lain sebagainya yang membuat remaja mengalami perasaan tertekan secara terus menerus. Adanya rasa ketidakberdayaan, dan penolakan dari orangtua, rasa frustrasi, rasa ketidakbahagiaan yang membuat remaja merasa tidak dapat diterima, akan membuat remaja menjadi rentan mengalami depresi. Kasus ini banyak ditemukan pada era COVID-19 ini (sejati, 2021).

7. *Physiological Fisiologis* seperti penyakit fisik maupun medis yang dirasakan remaja, dan juga faktor hormonal yang dirasakan remaja, terutama pada masa pubertas pada anak perempuan. Penyebab depresi lainnya adalah anemia defisiensi besi, disfungsi tiroid, virus (terutama mononukleosis pada remaja), alergi makanan, dan ketidakteraturan gula darah.

Cara mencegah depresi pada remaja, dapat dilakukan berbagai cara, diantaranya :

1. *Open communication and expression of feelings* yaitu orangtua dapat membangun komunikasi yang terbuka dan menggunakan mengekspresikan perasaan kepada anak remaja. Tujuannya adalah sebagai bentuk kehangatan dan penerimaan dasar, dengan dengan menghormati, menghargai dan mendengarkan remaja. Beberapa aturan komunikasi yang bermanfaat telah dijabarkan dan dicantumkan secara selektif seperti: (1) Tindakan berbicara lebih keras daripada kata-kata yang penting adalah apa yang anda lakukan daripada apa yang anda katakan anda lakukan. (2) Bersikaplah jelas, spesifik, dan positif saat berkomunikasi. (3) Makna komunikasi tergantung pada pengalaman dan persepsi masing-masing orang. (4) Jujur, adil, perhatian, dan bijaksana. (5) Jangan mengomel, atau membuat alasan.
2. *Promote Adequacy and Effectiveness* yaitu orangtua dapat memperhatikan kebutuhan dan efektivitas. Sangat penting untuk mempromosikan perasaan kecukupan dan kemandirian. Pemecahan masalah aktif dan mendapatkan kepuasan pribadi

mencegah ketidakberdayaan. Remaja harus diberi pilihan dan perasaan memiliki penilaian yang baik terus diperkuat. Ini dicapai dengan menetapkan tujuan yang menantang tetapi dapat dicapai dan mengharapkan remaja menguasai sebagian besar tugas. orangtua mendorong remaja untuk mencoba dan mengambil inisiatif, daripada menggunakan pendekatan pasif terhadap situasi.

3. *Promote Many Sources of Self-Esteem* yaitu orangtua dapat mempromosikan banyak sumber harga diri. Remaja sangat rentan terhadap depresi jika harga diri mereka pada dasarnya bergantung pada satu atau dua sumber. Orang-orang yang pada dasarnya hanya berhubungan secara emosional dengan pasangannya kemungkinan besar akan mengalami depresi, dan, sayangnya, bunuh diri tidak jarang terjadi dalam situasi tersebut. Beberapa remaja menjadi sangat terikat pada satu orang tua, hampir secara emosional mengucilkan orang lain. Orangtua harus mendorong anak-anak untuk merasa dekat dengan orang dewasa lainnya, serta dengan teman sebaya.
4. *Model optimism and Flexibility* orangtua dapat menjadi model optimisme dan fleksibilitas. Orangtua harus menyadari pengaruh langsung anda dalam mempromosikan optimisme atau pesimisme dengan teladan orangtua sendiri orang tua yang fokus pada masalah dan tragedi dalam hidup biasanya memiliki remaja yang melakukan hal yang sama.
5. *Be Alert to Warning Signs* orangtua harus waspada tanda peringatan. Tidak ada pengganti untuk peka terhadap perasaan dan perilaku remaja. Waspada tanda-tanda perasaan tidak berdaya atau depresi yang berkelanjutan. Tanggapi keluhan remaja dengan serius dan hormat. Perhatikan komentar dan perilaku nonverbal mereka menyepelekan keluhan remaja dapat menyebabkan depresi atau tindakan yang merugikan diri sendiri sebagai cara untuk mendapatkan perhatian atau rasa hormat. Peringatan dan indikator yang baik tentang perlunya evaluasi dan intervensi profesional adalah setiap perubahan

perilaku yang tiba-tiba. Perubahan perilaku menarik diri, inefisiensi, tugas sekolah yang buruk, dan kehilangan minat harus segera ditanggapi dengan serius.

Hal yang harus dilakukan oleh orangtua bila anak mengalami masa depresi dan melakukan *self-injury* menurut Schaefer & Millman, 1994:

1. ***Openly discuss sadness and hurting*** terbuka membahas kesedihan dan menyakiti diri sendiri.
2. ***Assure Perception of Goal Achievement*** menjamin persepsi pencapaian tujuan.
3. ***Plan and Do Enjoyable Activities*** rencanakan dan lakukan kegiatan yang menyenangkan.
4. ***Positive Self-Talk*** Self-Talk Positif anak-anak dapat diberi tahu bahwa pernyataan diri yang negatif memperburuk keadaan.
5. ***Eliminate Self-Injurious Behavior*** hilangkan perilaku melukai diri sendiri gunakan koreksi berlebihan.
6. ***Use rewards and time outs*** gunakan hadiah dan waktu menyendiri. Setelah perilaku yang merugikan diri sendiri, "time out" dapat diberlakukan. Ini bisa berarti pergi ke kamar cadangan yang relatif tandus selama 10 menit.
7. ***Medication*** pengobatan. Metode ini tercantum di sini untuk situasi di mana metode di atas tidak efektif atau tidak dapat digunakan karena beberapa alasan (seperti kurangnya waktu atau tidak tersedianya orang dewasa untuk jangka waktu tertentu).

PENUTUP

Berdasarkan penelitian dari APA terkait depresi remaja, pada tahun 2015 ditemukan sebesar 11 persen remaja mengalami depresi. Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS), survei kesehatan mental nasional pertama yang mengukur angka kejadian gangguan mental pada remaja 10 – 17 tahun di Indonesia, menunjukkan bahwa satu dari tiga remaja Indonesia memiliki

masalah kesehatan mental sementara satu dari dua puluh remaja Indonesia memiliki gangguan mental dalam 12 bulan terakhir. Angka ini setara dengan 15,5 juta dan 2,45 juta remaja. Remaja yang mengalami depresi mengalami perasaan sedih dan muram, seringkali terjadi karena berkurangnya aktivitas pada anak. Perilaku melukai diri terjadi ketika orang merusak atau melukai diri sendiri. Hal-hal yang dapat menyebabkan remaja mengalami depresi dan melakukan *self-injury* diantaranya memiliki perasaan bersalah yang mendalam yang menyebabkan remaja tersebut merasa bahwa dirinya pantas untuk dihukum, kehilangan orang-orang terdekat, tidak mendapatkan cinta, simpati dan rasa ingin balas dendam, reaksi terhadap ketegangan bisa karena stres, masalah keluarga, sakit penyakit atau cacat fisik. Upaya pencegahannya diantaranya membangun komunikasi yang terbuka, memperhatikan kebutuhan remaja, memberikan kalimat afirmatif yang menunjukkan keberhargaan diri remaja, memberikan contoh optimis dan fleksibel, peka terhadap perilaku remaja. Namun apabila remaja sudah mengalami depresi, ada hal-hal yang dapat dilakukan, seperti terbuka membahas kesedihan remaja, menjamin persepsi yang dimiliki remaja dan tujuan remaja, membuat rencana kegiatan yang menyenangkan, mencegah anak melukai diri, atau mengkritik diri berlebihan, memberikan hadiah dan waktu menyendiri, memberikan pengobatan jika dibutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Gloria. (2022, October 24). *Hasil Survei I-NAMHS: Satu dari Tiga Remaja Indonesia Memiliki Masalah Kesehatan Mental | Universitas Gadjah Mada*. [www.ugm.ac.id](http://www.ugm.ac.id/id/berita/23086-hasil-survei-i-namhs-satu-dari-tiga-remaja-indonesia-memiliki-masalah-kesehatan-mental). <https://www.ugm.ac.id/id/berita/23086-hasil-survei-i-namhs-satu-dari-tiga-remaja-indonesia-memiliki-masalah-kesehatan-mental>
- Putri, A. W. (2023, March 30). *Mengapa Tren Self Harm Mudah Memengaruhi Anak-anak?* *Tirto.id*. <https://tirto.id/mengapa-tren-self-harm-mudah-memengaruhi-anak-anak-gDQo>

Rahayu, L. S. (2023, March 13). *Kasus 52 Siswa Sayat Tangan Sendiri, Legislator Usul Akses Medsos Dibatasi*. Detiknews. <https://news.detik.com/berita/d-6615431/kasus-52-siswa-sayat-tangan-sendiri-legislator-usul-akses-medsos-dibatasi>

Rizal Sejati, Y., & Ghozali. (2021). Literature Review Dampak Pandemi COVID-19 Terhadap Depresi Pada Remaja. *Borneo Student Research*, 3(1), 2021.

Schaefer, C., & Millman, H. L. (1994). *How to help children with common problems*. Jason Aronson, Incorporated.

PROFIL SINGKAT



Natasha Indira Ariandina lahir di Bandung 22 Bandung 1997, Natasha merupakan anak kedua dari dua bersaudara dan memiliki ketertarikan di bidang Psikologi sehingga memutuskan untuk melanjutkan S2 pada tahun 2022. Natasha menyelesaikan studi S1 nya di Universitas Kristen Maranatha Bandung dan melanjutkan S2 di universitas yang sama.

PERMASALAHAN ANAK DENGAN ISOLASI SOSIAL

Nyi Rd Ghupti Raina Putri

Universitas Kristen Maranatha

ghuptirainap@gmail.com

PENDAHULUAN

Para peneliti atau ahli seringkali menggunakan istilah berbeda-beda dalam menamai isolasi sosial. Beberapa peneliti dan ahli menggunakan istilah *social withdrawal*, *social anxiety*, inhibisi sosial, pemalu dan lain sebagainya. Perkembangan sosial adalah suatu proses perkembangan yang dapat membantu seseorang berinteraksi dengan orang lain. Perkembangan sosial pada usia anak merupakan proses belajar dalam menyesuaikan diri dengan norma yang ada di masyarakat. Awal perkembangan sosial yang dimiliki anak yaitu dari hubungan anak dengan orangtua dan sanak saudara yang dimiliki. Anak mulai bermain bersama keluarga, tanpa disadari anak mulai belajar berinteraksi dengan orang yaitu dengan keluarganya

Interaksi sosial anak dengan teman-temannya memberikan ruang untuk mendapatkan informasi satu sama lain. Tetapi pada kenyataan yang terjadi di lingkungan sekolah, terdapat anak yang memiliki kesulitan dalam bersosialisasi, salah satunya ialah menarik diri dari lingkungan. Saat anak terjun ke lingkungan yang baru atau sekolah, anak akan mempengaruhi atau dipengaruhi oleh orang-orang dalam berbagai konteks sosial, yang meliputi guru, teman-teman sebaya, dan sekolah. Untuk mencapai sebuah sosialisasi yang baik, anak harus belajar membuat penyesuaian baru (Pratiwi, 2020).

Piaget menggambarkan tentang hubungan anak dengan teman sebaya tidak seperti hubungan mereka dengan orang dewasa, yakni bersifat seimbang, egaliter, dan horizontal dalam hal dominasi, kekuasaan dan pernyataan. Dalam konteks egaliter, Piaget percaya

bahwa anak bisa memiliki kesempatan dalam menumbuhkan ide-ide yang saling menjelaskan atau saling bertentangan, untuk dapat saling berdiskusi dan bernegosiasi dari berbagai perspektif dan memutuskan untuk menyetujui atau menolak pendapat dari teman-teman sebayanya. Pentingnya hubungan pertemanan ini sangat berpengaruh untuk menimbulkan keprihatinan pada anak-anak yang memiliki masalah dalam hal berinteraksi secara sosial dengan teman-teman sebayanya (Rubin, 2009 dalam Grace Angela & Herdina Indrijati, 2019).

Pada kenyataannya, anak kurang menyadari akan pentingnya bersosialisasi dengan teman-temannya dalam proses perkembangan yang sedang di jalani. Anak yang mengalami kesulitan dalam bersosialisasi dengan teman-temannya disebabkan oleh kurangnya pembinaan dan bimbingan mengenai cara bersosialisasi. Pembinaan dan bimbingan yang baik akan membuat seorang anak berubah menjadi yang lebih baik dan mampu menjalankan tugas perkembangannya. Anak yang mengalami kesulitan bersosialisasi dengan teman sebaya perlu mendapat perhatian dan bimbingan, sebab jika dibiarkan begitu saja dapat menimbulkan masalah yang baru sehingga masalahnya menjadi kompleks (Ahmat Husaini, dkk. 2022).

Bersosialisasi berarti memiliki persahabatan dan interaksi dengan kelompok dan merasakan rasa memiliki. Isolasi berarti memisahkan diri dari orang lain - menyendiri dan menyendiri hampir sepanjang waktu. Sangat sering, keterasingan dimulai karena alasan yang tidak berada di bawah kendali seseorang, dan kemudian orang tersebut semakin lama semakin menarik diri. Anak yang pemalu merasa tidak nyaman tetapi terus mencari kontrol sosial, sementara individu yang terisolasi secara aktif mencegah interaksi sosial apa pun.

Sejumlah ahli sudah lama mengetahui kesepian atau perasaan terisolasi dapat menyebabkan kecemasan, depresi, dan demensia pada orang dewasa. Respons sistem kekebalan tubuh yang melemah, tingginya tingkat obesitas, tekanan darah,

penyakit jantung, dan harapan hidup yang lebih pendek juga dapat menjadi faktor berpengaruh. Anak-anak yang punya sedikit teman, terintimidasi atau terisolasi di sekolah cenderung mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, depresi, dan beberapa kelambanan dalam perkembangan (Elena dalam VOA, 2020). Isolasi sosial jangka panjang pada anak dapat menurunkan keterampilan sosialnya saat dewasa. Orangtua berperan memberi stimulasi terus-menerus dan membangun kemampuan sosial anak. Anak yang menghadapi isolasi jangka panjang diprediksi kemampuan sosial dan kognitifnya terhambat. Keterlambatan tersebut dapat dikejar, bahkan dikembangkan lagi saat dewasa. Untuk itu, anak-anak butuh stimulasi yang bisa membangun kemampuan kognitif dan sosialnya. (Anna Surti Ariani dalam Kompas, 2020).

Isolasi sosial sangat berkorelasi dengan masalah-masalah lain seperti kesulitan di sekolah, ketidaksesuaian kepribadian secara umum, dan kemudian, masalah-masalah emosional saat dewasa. Anak-anak ini mungkin bisa menjadi produktif dan merasa bahagia. Namun, mereka masih cenderung merasa berbeda dan menerima umpan balik negatif dari orang lain. Dalam masyarakat kita, keramahan sangat dihargai. Kebanyakan orang yang terisolasi merasa takut, tidak yakin, disalahpahami, ditolak, ditinggalkan, dan sendirian di tengah keramaian. Sekitar 10 persen anak-anak di sekolah dasar tidak dipilih sebagai orang yang akan menghabiskan waktu bersama oleh teman sebayanya. Anak-anak ini mungkin secara aktif ditolak oleh orang lain atau hanya diabaikan. Bentuk ekstrim dari isolasi terjadi ketika anak-anak benar-benar atau sering menarik diri ke dalam dunia fantasi mereka sendiri. Jenis masalah ini membutuhkan intervensi profesional segera (Schaefer, C., & Millman, H. L., 1981).

Berdasarkan hal tersebut penulis ingin menjelaskan faktor penyebab dan bagaimana pendekatan yang dapat dilakukan oleh orangtua, pengasuh dan *significant other* yang dapat diterapkan pada anak mengalami isolasi sosial.

PEMBAHASAN

Anak pendiam, susah bergaul dan sampai melakukan isolasi sosial bukan tanpa alasan. Terdapat beberapa faktor penyebab mengapa mereka menjadi seperti itu (Schaefer, C., & Millman, H. L., 1981). Beberapa penyebab diantaranya:

Takut pada orang lain. Takut pada orang lain adalah alasan yang kuat untuk tetap menyendiri. Ketakutan memiliki banyak bentuk, tetapi pada dasarnya menghasilkan keinginan untuk melarikan diri dari perasaan negatif dengan menghindari orang lain. Interaksi telah disamakan dengan rasa sakit secara psikologis. Pola ini dapat dibentuk sejak dini oleh anak-anak yang mengalami reaksi negatif yang kuat di hadapan figur orang tua. Orang dewasa yang tegang, marah, tidak peduli, ambivalen, atau tidak peka dapat menyebabkan bayi dan balita ingin menarik diri dari orang lain. Orang lain diasosiasikan dengan rasa sakit, dan kesendirian diasosiasikan dengan rasa aman dan kesenangan. Demikian pula, pengalaman saudara kandung atau teman sebaya di masa kecil dapat menentukan pola interaksi sosial di kemudian hari. Anak-anak yang diejek, diganggu, dan dipermalukan sering kali menjadi sadar diri, terlalu sensitif, dan mengharapkan tanggapan negatif dari orang lain.

Kurangnya Keterampilan Sosial. Beberapa anak tidak tahu bagaimana berhubungan dengan orang lain. Penting untuk menganalisis keterampilan sosial berdasarkan usia. Dengan demikian, orang tua dapat menentukan keterampilan mana yang kurang. Anak-anak prasekolah mungkin belum mempelajari aturan dasar dalam berhubungan dengan orang lain seperti bergiliran, berbagi, memuji orang lain, dan menyumbangkan ide untuk permainan." Anak-anak yang lebih besar mungkin tidak mengetahui metode yang terlibat dalam menjalin dan menjaga pertemanan. Mereka mungkin belum belajar atau berlatih memberi dan menerima. Mereka mungkin belum belajar bagaimana berbicara dengan siapa pun tentang apa pun. Kurangnya paparan terhadap orang lain dapat mengakibatkan tidak adanya kesamaan minat

dengan teman sebaya. Hubungan sosial diperlukan untuk belajar dan berbagi keprihatinan bersama.

Penolakan Orang Tua terhadap Teman Sebaya. Konsekuensi negatif terjadi ketika orang tua memiliki ekspektasi yang terlalu tinggi terhadap teman anak-anak mereka. Apa yang disampaikan secara terbuka atau secara halus adalah bahwa teman yang dipilih tidak cukup baik. Hal ini secara langsung dapat membuat teman sebaya enggan bergaul dengan anak karena merasa tidak diinginkan dan ditolak oleh orang tua. Pukulan yang sebenarnya datang ketika anak-anak belajar untuk meragukan penilaian mereka sendiri atau merasa bahwa mereka tidak akan pernah bisa menyenangkan orang tua dalam memilih teman. Isolasi menjadi hasil yang tidak menguntungkan. Pola yang terbentuk adalah memperoleh kepuasan dari kegiatan menyendiri dan orang lain menjadi tidak relevan.

Setelah mengetahui apa penyebab anak mengalami isolasi sosial, terdapat beberapa pendekatan yang dapat dilalukan (Schaefer, C., & Millman, H. L., 1981), diantaranya;

Perkenalan Dini dengan Orang Lain. Penting untuk memberikan pengalaman positif sejak dini dengan orang lain. Partisipasi orang tua dengan kelompok anak kecil harus menumbuhkan sikap berbagi, bergiliran, kerja sama, dan mampu bertoleransi untuk tidak memiliki cara sendiri.

Mencontohkan, Mengajarkan, dan Mendiskusikan Kebersamaan dalam Kelompok yang Positif. Keterampilan sosial harus dicontohkan dan diajarkan sejak kecil. Anak-anak belajar dengan mengamati Anda bergaul dengan teman-teman dan mendengar Anda mendiskusikan karakteristik positif orang lain. Apa yang harus diajarkan pada setiap kesempatan adalah apa yang membuat anak-anak menjadi anggota kelompok yang berharga. Anak yang populer adalah anak yang murah hati, suka berbagi, perhatian, kooperatif, dan sering melakukan lebih dari bagiannya sendiri yang berkontribusi pada orang lain. Dengan mengekspresikan diri dengan cara yang positif, orang lain akan lebih menerima dan mencari anak Anda sebagai teman. Hubungan

pertemanan harus terus ditingkatkan, dalam hal kehangatan, dukungan, dan keterbukaan untuk mengekspresikan perasaan.

Mendorong Rasa Percaya Diri dan Pengambilan Risiko.

Anak-anak harus merasa cukup dan relatif aman. Mengembangkan penguasaan dan kompetensi awal adalah kuncinya. Ketika anak-anak merasa relatif percaya diri, mereka mampu mengambil risiko meskipun ada kemungkinan penolakan. Toleransi terhadap penolakan dibangun secara bertahap.

Hargai Setiap Interaksi Sosial.

Isolasi sosial tidak boleh dikritik. Berbicara dengan atau menyalai orang lain harus dipuji atau diberi penghargaan nyata. Jika anak tidak pernah berinteraksi dengan orang lain, Anda dapat memberikan saran khusus dan segera memberi penghargaan atas perilaku tersebut. Meskipun tidak ada komunikasi yang terjadi, penting bagi anak untuk belajar atau makan dengan teman sebaya. Mainan favorit anak dapat digunakan sebagai hadiah hanya jika ia menghabiskan waktu dengan orang lain. Poin dapat diperoleh untuk membeli hak istimewa atau mainan kecil. Bermain permainan interaktif, mengikuti aturan kelompok, atau memperhatikan orang lain bisa mendapatkan poin.

Mendorong Partisipasi Kelompok Secara Aktif.

Anak-anak yang terisolasi harus didorong untuk berinteraksi dengan orang lain dalam berbagai kondisi. Orang tua harus cukup kreatif untuk mengembangkan situasi yang membuat kebersamaan dengan anak mereka menjadi berharga. Perjalanan ke teater, acara olahraga, dan taman hiburan sangat baik. Anak-anak menikmati perjalanan dan mengasosiasikan bersenang-senang dengan bersama orang lain. Daftarkan anak Anda di klub atau kelompok minat tertentu. Orang lebih mudah mendekati satu sama lain dalam situasi di mana mereka terlibat dalam kegiatan bersama. Jika tidak ada klub di masyarakat, aktiflah untuk membentuknya dan terlibat secara pribadi. Anak-anak harus didorong untuk berpartisipasi dalam drama sekolah, paduan suara, atau acara-acara khusus lainnya. Jangan segan untuk mendekati guru dan meminta mereka untuk mengajak anak Anda bergabung. Anak-anak yang terisolasi menjadi lebih diterima oleh

teman-temannya ketika mereka berpartisipasi dalam acara-acara sekolah.

Ajarkan Keterampilan Sosial Spesifik. Sangat penting untuk mengajari mereka perilaku yang sesuai dan memberi mereka banyak latihan dalam penggunaan keterampilan. Untuk mengajarkan keterampilan sosial pada anak-anak yang terisolasi, panduan berikut ini mungkin dapat membantu: (1) Ajarkan keterampilan komunikasi, terutama cara mendengarkan. Berbicara dalam hati kepada diri sendiri dan mengajukan pertanyaan tentang bagaimana cara melanjutkannya harus didemonstrasikan. (2) Tunjukkan bagaimana cara berteman. Hal ini termasuk menyapa, meminta dan memberi informasi, menawarkan untuk melibatkan orang lain dalam kegiatan, dan mengambil cuti secara efektif. (3) Tunjukkan cara memberi dan menerima interaksi yang positif. Anda menunjukkan ketertarikan, perhatian, sikap suka menolong, kerja sama, memparafrasekan aspek-aspek yang menarik dari apa yang Anda dengar, meringkas apa yang orang lain katakan, memenuhi permintaan, memberikan persetujuan dan dukungan, dan bersikap penuh kasih sayang.

PENUTUP

Isolasi sosial seringkali terjadi pada anak, terutama ketika anak memasuki usia sekolah yang mana mereka akan bertemu dengan teman sebayanya. Anak tidak begitu saja mengalami isolasi sosial tetapi terdapat beberapa faktor penyebab yang mempengaruhinya. Namun, terdapat beberapa pendekatan yang dapat dilakukan oleh orangtua, pengasuh dan *significant other* untuk diterapkan pada anak mengalami isolasi sosial. Hal penting yang perlu diperhatikan adalah pendekatan tersebut dilakukan secara bertahap, konsisten dan persisten.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmat Husaini, dkk. (2022). Studi Kasus Tentang Siswa Yang Kesulitan Bersosialisasi Dengan Teman Sebaya. Untan Pontianak.
- Gandhawangi, Sekar. (2020). Isolasi Jangka Panjang Menurunkan Kemampuan Bersosialisasi pada Anak. Jakarta: Kompas. (<https://www.kompas.id/baca/dikbud/2020/09/01/isolasi-jangka-panjang-menurunkan-kemampuan-bersosialisasi-pada-anak>).
- Grace Angela & Herdina Indrijati. (2019). Hubungan Antara *Peer Group Relationship* Dengan Perilaku *Social Withdrawal* Pada Remaja Awal SMP Kartika IV-10 Surabaya. Malang: Naskah Prosiding Temilnas XI IPPI.
- Hanna Ririn Pratiwi. (2020). Studi Kasus Perilaku *Social Withdrawal* Pada Anak Usia Dini. JP2KG AUD (Jurnal Pendidikan, Pengasuhan, Kesehatan dan Gizi Anak Usia Dini).
- RSP Fauziah dan RK Rusli. (2013). Pertumbuhan dan Perkembangan Peserta Didik Secara Sosial. Jurnal Sosial Humaniora ISSN 2087-4928 Volume 4 Nomor 2.
- Schaefer, C., & Millman, H. L. (1981). *How To Help Children With Common Problems*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Titi Sahidah Fitriana. (2015). Pendekatan Berbasis Pola Asuh Orang Tua Dalam Mengatasi *Social Withdrawal* Pada Anak. Jurnal Psikologi Tabularasa.
- VOA Indonesia. (2020). Dampak Isolasi Diri Terhadap Kesehatan Mental. (<https://www.voaindonesia.com/a/dampak-isolasi-diri-terhadap-kesehatan-mental-/5358382.html>).

PROFIL SINGKAT PENULIS

Nyi Rd Ghupti Raina Putri lahir di Bogor 20 Oktober 1994, Ghupti merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Ghupti menyelesaikan S1 di Fakultas Psikologi Universitas Kristen Maranatha. Ghupti memiliki ketertarikan di bidang Psikologi terutama perkembangan anak, sehingga memutuskan untuk melanjutkan S2 Magister Profesi Psikologi majoring Klinis Anak dan Remaja di Universitas Kristen Maranatha Bandung pada tahun 2022.

EXPOSURE THERAPY UNTUK MENANGANI SPECIFIC PHOBIA

Tifani Meilianawati, S.Psi.

Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dan Remaja
Universitas Kristen Maranatha
tifani.meilianawati@gmail.com

PENDAHULUAN

Cemas (*anxious*) merupakan hal yang wajar dirasakan oleh manusia. Perasaan cemas dapat dijelaskan dengan kondisi psikologis, fisiologis, maupun perilaku yang terjadi sebagai reaksi dari suatu ancaman terhadap ketenangan, kesejahteraan, maupun keberlangsungan hidup baik yang bersifat aktual maupun potensial. Oleh karena itu, rasa cemas berperan penting dalam kehidupan manusia, guna membuat setiap individu menjadi lebih peka terhadap ancaman dan bahaya, serta menimbulkan motivasi dan mendorong individu untuk memunculkan respon adaptif yang tepat (Steimer, 2022). Sejalan dengan itu, Mash dan Wolfe (2015) juga menyatakan bahwa rasa cemas berperan penting dalam menimbulkan emosi yang adaptif, yaitu emosi yang mempersiapkan setiap individu baik secara fisik maupun psikologis dalam menghadapi orang lain, suatu benda, ataupun peristiwa tertentu yang dapat membahayakan keselamatan atau kesejahteraan mereka.

Perasaan cemas ini dirasakan oleh segala usia. Artinya, cemas tidak hanya dirasakan oleh orang dewasa, melainkan juga dirasakan oleh anak-anak dan remaja. Contoh sederhana dari munculnya perasaan cemas pada anak-anak dan remaja adalah ketika mereka menghadapi ujian dan ketika berada di keadaan yang mengharuskan mereka untuk berbicara di depan umum (UNICEF, 2022). Tentu saja perasaan cemas dapat mendorong mereka untuk giat belajar dan mempersiapkan diri dalam menghadapi ujian. Hal ini bertujuan supaya mereka mampu menghadapi hal-hal yang membuat mereka

cemas, dengan harapan bahwa setelah berhasil melaluinya maka perasaan cemas pun teratasi dengan baik (Slameto, 2015).

Akan tetapi seperti yang telah kita ketahui, segala sesuatu yang baik pun menjadi tidak baik jika berlebihan. Sama halnya dengan perasaan cemas, jika anak merasa cemas secara berlebihan, maka anak akan mengalami gangguan kecemasan (*anxiety disorder*). Gangguan kecemasan sendiri dapat mengakibatkan gangguan perilaku (APA, 2022), yaitu seperti anak yang merasa dirinya lemah dan tidak berdaya, sehingga memungkinkan mereka untuk gagal dalam ujian, terlalu lama larut dalam kegagalannya, terganggunya produktivitas, maupun hal-hal yang merugikan lainnya (Mash & Wolfe, 2015). Berdasarkan fokus kecemasan dan bentuk reaksi yang ditunjukkan oleh anak, maka gangguan kecemasan dapat dibagi menjadi tujuh kategori, diantaranya adalah Gangguan Kecemasan Perpisahan (*Separation Anxiety Disorder*), Fobia Spesifik (*Specific Phobia*), Gangguan Kecemasan Sosial (*Social Anxiety Disorder*), Mutisme Selektif (*Selective Mutism*), Gangguan Panik (*Panic Disorder*), Agorafobia (*Agoraphobia*), dan Gangguan Kecemasan Umum (*Generalized Anxiety Disorder*).

Faktanya, gangguan kecemasan adalah salah satu masalah kesehatan mental yang paling umum terjadi pada anak-anak dan remaja, tetapi sering kali tidak terdeteksi atau tidak terobati (Mash & Wolfe, 2015). Hampir 1 dari 12 anak dan 1 dari 4 remaja mengalami gangguan kecemasan (Kowalchuk, dkk., 2022). Telah diperkirakan bahwa lebih dari 7% remaja dan lebih dari 36% anak-anak telah didiagnosis mengalami gangguan kecemasan (Ghandour, dkk., 2019). Gangguan kecemasan pada remaja memiliki prevalensi berkisar antara 20% untuk fobia spesifik, 9% untuk gangguan kecemasan sosial, 8% untuk gangguan kecemasan berpisah, dan masing-masing 2% untuk agorafobia, gangguan panik, dan gangguan kecemasan umum (Merikangas, dkk., 2010). Sejalan dengan itu, gangguan kecemasan kategori fobia spesifik juga memiliki prevalensi sekitar 4% hingga 10% pada anak-anak. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa prevalensi tertinggi dari gangguan kecemasan berada pada kategori gangguan kecemasan fobia spesifik. Meski begitu, sangat

sedikit dari anak-anak dan remaja yang dirujuk untuk pengobatan, di mana hal ini menunjukkan bahwa kebanyakan orang tua tidak menganggap fobia spesifik berbahaya secara signifikan (Mash & Wolfe, 2015).

Fobia spesifik yang dialami oleh anak-anak dapat dijelaskan dengan rasa takut yang ekstrem terhadap objek atau situasi tertentu, di mana pada kenyataannya objek atau situasi tersebut menimbulkan sedikit atau tidak ada bahaya. Objek atau situasi yang ditakuti bisa bervariasi, seperti telepon, air, surat kabar, matematika, potong rambut, berbicara di depan banyak orang, buang air besar, dan lainnya (Mash & Wolfe, 2015). Oleh karena rasa takutnya yang ekstrem, maka reaksi emosi yang umum ditunjukkan adalah merasa panik, cemas, dan takut (Campos, dkk., 2019), lalu reaksi fisiologis yang ditunjukkan adalah berkeringat dan jantung berdebar kencang, sedangkan perilaku yang ditunjukkan adalah menghindari objek atau situasi yang mereka takuti secara berlebihan, menangis, membeku, ataupun marah (Mash & Wolfe, 2015).

Sesuai dengan contoh objek atau situasi yang ditakuti beserta respon fobia yang telah dipaparkan di atas, maka dapat dicontohkan bahwa ketika seorang anak memiliki fobia spesifik terhadap matematika, maka reaksi fisiologis, emosi, maupun perilaku yang anak tunjukkan mengarah pada penghindarannya terhadap matematika. Sama halnya dengan ketika anak memiliki fobia spesifik terhadap berbicara di depan banyak orang, maka secara fisiologis, emosi, dan perilaku anak juga menghindari situasi-situasi yang mengharuskannya untuk berbicara di depan banyak orang seperti menghindar ketika harus presentasi di depan kelas, menghindar ketika diminta untuk menunjukkan performa tertentu di depan banyak orang, dan lainnya. Maka dari itu, dapat disimpulkan bahwa fobia spesifik yang anak alami dapat mengganggu aktivitas mereka sehari-sehari; apalagi jika anak sering dihadapkan dengan hal-hal yang menjadi fobia mereka, maka hal ini dapat menjadi masalah yang serius jika dibiarkan secara berkelanjutan (Albano, dkk., 2003).

Fobia spesifik dapat ditangani dengan berbagai cara, diantaranya adalah dengan pendekatan *exposure therapy* desensitisasi *in vivo*, *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT), maupun strategi manajemen kecemasan (Lipsitz dalam Gabbard, 2014). Di antara ketiga cara tersebut, yang dinilai paling efektif adalah *exposure therapy* desensitisasi *in vivo* (Gabbard, 2014; Guo, 2021). Sesuai dengan namanya, *exposure therapy in vivo* berarti memaparkan atau menghadapkan individu langsung dengan rangsangan fobianya berdasarkan pendekatan bertingkat, yaitu mulai dari rangsangan yang tidak terlalu ditakuti hingga rangsangan yang sangat ditakuti. Terapi ini bertujuan untuk mengurangi reaksi ketakutan dan kecemasan individu terhadap rangsangan fobianya (Neudeck & Wittchen, 2012).

Berdasarkan paparan di atas, penulis akan menjelaskan lebih lanjut bagaimana cara menangani fobia spesifik menggunakan pendekatan *exposure therapy* desensitisasi *in vivo*. Penulis harap pendekatan ini dapat menjadi solusi bagi ibu dan ayah dalam membantu ananda yang mengalami fobia spesifik.

PEMBAHASAN

Fobia spesifik tidak didiagnosis semata hanya karena anak mengalami kecemasan dan ketakutan berlebih terhadap suatu objek maupun situasi, melainkan fobia spesifik dapat didiagnosis apabila memenuhi kriteria-kriteria di bawah ini (APA, 2022):

1. Ketakutan atau kecemasan yang jelas tentang objek atau situasi tertentu (misalnya, terbang, ketinggian, binatang, menerima suntikan, melihat darah).
2. Catatan: Pada anak-anak, rasa takut atau kecemasan dapat diekspresikan dengan menangis, mengamuk, membeku, atau menempel.
3. Objek atau situasi fobia hampir selalu menimbulkan ketakutan atau kecemasan langsung.
4. Objek atau situasi fobia secara aktif dihindari atau ditanggung dengan ketakutan atau kecemasan yang intens.

5. Ketakutan atau kecemasan tidak sebanding dengan bahaya aktual yang ditimbulkan oleh objek atau situasi tertentu dan konteks sosiokultural.
6. Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran terus-menerus, biasanya berlangsung selama 6 bulan atau lebih.
7. Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran menyebabkan penderitaan yang signifikan secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau area penting lainnya.
8. Gangguan tidak lebih baik diterangkan oleh gangguan mental lain, termasuk ketakutan, kecemasan, dan penghindaran situasi yang berhubungan dengan gejala seperti panik atau gejala melumpuhkan lainnya (seperti dalam agorafobia); objek atau situasi yang berkaitan dengan obsesi (seperti pada gangguan obsesif kompulsif); pemicu peristiwa traumatis (seperti pada gangguan stres pasca-trauma); perpisahan dari rumah atau figur keterikatan (seperti dalam gangguan kecemasan perpisahan); atau situasi sosial (seperti dalam gangguan kecemasan sosial).

Apabila kriteria-kriteria fobia spesifik yang telah disebutkan di atas terpenuhi, maka dapat pula kita tentukan kode fobia spesifik berdasarkan rangsangan fobianya, diantaranya yaitu:

- **Kode F40.218:** rangsangan fobia adalah hewan (misalnya: laba-laba, serangga, anjing)
- **Kode F40.228:** rangsangan fobia adalah lingkungan alam (misalnya: ketinggian, badai, air)
- **Kode F40.23x:** rangsangan fobia adalah darah-injeksi-cedera (misalnya: jarum, prosedur medis invasif)

Keterangan lebih lanjut:

- » F40.230: rangsangan fobia adalah darah.
- » F40.231: rangsangan fobia adalah injeksi dan transfusi.
- » F40.232: rangsangan fobia adalah perawatan medis lainnya.
- » F40.233: rangsangan fobia adalah cedera,
- **Kode F40.248:** apabila rangsangan fobia adalah situasional (misalnya: pesawat terbang, elevator, tempat tertutup).

- **Kode F40.298:** rangsangan fobia adalah selain dari yang telah disebutkan di atas (misalnya: situasi yang menyebabkan tersedak atau muntah; pada anak-anak, misalnya suara keras atau karakter berkostum).

Jika kita melihat ke belakang, dapat diketahui bahwa fobia spesifik yang dialami anak dan remaja dapat disebabkan karena berbagai faktor. Beberapa faktor penyebab fobia spesifik meliputi: Psikologis:

1. Psikodinamika:

Stimulus yang menimbulkan kecemasan dapat memicu pembentukan tiga jenis mekanisme pertahanan diri, yaitu pengalihan (*displacement*), proyeksi, dan penghindaran (*avoidance*) (Gabbard, 2014). Mekanisme pertahanan diri yang dominan ditunjukkan oleh individu dengan fobia spesifik adalah proyeksi (Nevid, Rathus, & Greene, 2018). Proyeksi ditunjukkan dengan mengalihkan perasaan terancam ke rangsangan fobianya. Mereka dapat menyadari fobia yang mereka miliki, namun mereka tidak menyadari simbolisme dari impuls yang mendasari fobianya tersebut.

2. Perspektif belajar:

Fobia spesifik dapat dialami karena proses dari dua pengkondisian, yaitu pengkondisian klasikal dan pengkondisian operan. Hasil proses pengkondisian klasikal berupa rasa takut dan cemas terhadap rangsangan fobia, sedangkan hasil proses pengkondisian operan berupa perilaku menghindari rangsangan fobia.

3. Perspektif kognitif:

Tiga faktor yang menyebabkan fobia spesifik berdasarkan pendekatan kognitif, yaitu:

- a. Kepekaan berlebihan terhadap ancaman
- b. Prediksi berlebihan tentang ancaman
- c. Memikirkan keyakinan yang tidak rasional (Nevid, Rathus, & Greene, 2018)

Ketiga perspektif kognitif tersebut saling berkaitan sehingga membentuk reaksi fobia spesifik pada individu.

Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, fobia spesifik dapat ditangani dengan pendekatan *exposure therapy* desensitisasi *in vivo*. Berikut adalah tahap-tahap penerapannya (Gabbart, 2004; Mustajab & Suryaningrum, 2019):

1. Tahap 1: Psikoedukasi

Pada tahap ini akan dijelaskan tentang respon yang diberikan, gejala yang ditunjukkan, dan faktor-faktor yang mempengaruhi fobia spesifik klien, serta konsekuensi atau tingkat bahaya yang sesungguhnya dari rangsangan fobia klien.

2. Tahap 2: Hirarki kecemasan

Pada tahap ini, terapis akan mendampingi klien untuk menyusun hirarki kecemasan. Hirarki ini disusun berdasarkan hasil identifikasi di berbagai kondisi yang membuat klien merasa cemas dan takut saat berhadapan dengan suatu objek atau situasi. Hirarki kecemasan disusun berdasarkan rangsangan yang ditakuti. Semakin tinggi tingkatnya, maka semakin rangsangan tersebut ditakuti, sebaliknya semakin rendah tingkatnya, maka semakin rangsangan tersebut tidak terlalu ditakuti. Oleh karena itu, tingkat yang berada di paling bawah diisi dengan rangsangan yang tidak terlalu ditakuti, sedangkan tingkat yang berada di paling atas diisi dengan rangsangan yang sangat ditakuti.

3. Tahap 3: Relaksasi

Relaksasi dapat dilakukan dengan mengatur pernafasan dan membayangkan tempat kedamaian. Tempat kedamaian dapat diciptakan dengan memejamkan mata dan membayangkan suatu keadaan yang membuat kita merasa damai, dengan melibatkan lingkungan alam dan indra kita. Contohnya yaitu individu membayangkan dirinya sedang menikmati pemandangan pegunungan yang membuatnya merasa damai, lalu di sana individu tersebut melihat pepohonan yang hijau dan mendengarkan kicauan burung.

4. Tahap 4: Pemaparan rangsangan fobia

Pada tahap ini, klien akan berhadapan langsung dengan rangsangan fobianya. Berdasarkan hirarki kecemasan yang telah disusun, maka paparan terhadap rangsangan fobia dimulai dari tingkat pertama, yaitu tingkat yang paling rendah terlebih dulu. Pertama-tama klien akan dihadapkan dengan rangsangan yang tidak terlalu ditakutinya; jika klien sudah berhasil menghadapinya maka klien mengalami peningkatan. Langkah selanjutnya, klien akan dihadapkan dengan rangsangan tingkat kedua. Jika klien masih belum mampu menghadapinya, maka terapis dapat mengajak klien untuk melakukan relaksasi terlebih dulu. Setelah itu terapis juga dapat mengingatkan kembali konsekuensi atau tingkat bahaya yang sesungguhnya dari rangsangan fobia klien. Relaksasi berlangsung hingga klien siap menghadapi paparan rangsangan fobia tingkat kedua. Selanjutnya, setelah klien berhasil, maka klien akan dihadapkan ke paparan rangsangan fobia tingkat selanjutnya, yaitu tingkat ketiga. Hal ini terus berlanjut hingga klien berhasil menghadapi paparan rangsangan fobia tingkat terakhir, yaitu tingkat yang paling atas.

PENUTUP

Fobia spesifik merupakan salah satu dari tujuh kategori gangguan kecemasan yang banyak dialami oleh anak dan remaja. Namun fobia spesifik sendiri belum tentu ditangani karena dianggap tidak berbahaya secara signifikan. Tentu saja hal ini tidak tepat, karena fobia spesifik justru dapat mengganggu aktivitas anak dan remaja sehari-hari. Oleh karena itu, penanganan fobia spesifik penting dilakukan salah satunya dengan menerapkan pendekatan *exposure therapy* desensitisasi *in vivo*. *Exposure therapy* desensitisasi *in vivo* dapat menjadi solusi bagi ibu dan ayah dalam membantu anak menangani fobia spesifik yang dialaminya, sehingga anak dapat secara bertahap menghadapi dan mengatasi fobianya dengan lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. *Child psychopathology*, 2, 279–329.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition text revision DSM-5-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Campos, D., Bretón-López, J., Botella, C., Mira, A., Castilla, D., Mor, S., ... & Quero, S. (2019). Efficacy of an internet-based exposure treatment for flying phobia (NO-FEAR Airlines) with and without therapist guidance: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 19, 1-16.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice 5th edition*. Virginia: American Psychiatric Publishing.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of paediatrics*, 206, 256-267.
- Guo, R. (2021). Exposure therapy for phobia treatment. In *2021 3rd International Conference on Economic Management and Cultural Industry (ICEMCI 2021)*, 1563-1566).
- Habsara, D. K., Ibrahim, A. R. A., Putranto, A. K., Suryadi, D., Risnawati, W., Kusumawardhani, N. Suryadinata, P. I. (2021). *Penatalaksanaan Gangguan Psikologis Edisi 1*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Kowalchuk, A., Gonzalez, S. J., & Zoorob, R. J. (2022). Anxiety disorders in children and adolescents. *American family physician*, 106(6), 657-664.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2015). *Abnormal child psychology*. Boston USA: Cengage learning.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement

- (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Mustajab, Q. A., & Suryaningrum, C. (2020). Terapi Perilaku dengan teknik eksposur untuk mengatasi fobia jarum suntik. *PROCEDIA Studi Kasus dan Intervensi Psikologi*, 8(3), 119-126.
- Neudeck, P., & Wittchen, H. U. (Eds.). (2012). *Exposure therapy: Rethinking the model- refining the method*. Springer Science & Business Media.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2018). *Abnormal psychology in a changing world 10th ed*. USA: Pearson Education Inc.
- Slameto. (2015). *Belajar dan faktor-faktor yang memengaruhinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Steimer, T. (2022). The biology of fear-and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 4(3), 231–249.
- UNICEF. (2022). Apa itu kecemasan? Retrieved from <https://www.unicef.org/indonesia/id/kesehatan-mental/artikel/kecemasan>.

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Tifani Meilianawati lahir di Surabaya pada tanggal 20 Mei 1999. Tifani merupakan anak ke dua dari dua bersaudara. Tifani meminati bidang ilmu psikologi, khususnya ilmu psikologi klinis anak dan remaja. Tifani menyelesaikan pendidikan Sarjana Psikologi pada tahun 2021 di Universitas Ciputra Surabaya. Kemudian Tifani melanjutkan pendidikan Magister Profesi Psikologi pada tahun 2022 di Universitas Kristen Maranatha Bandung. Saat ini, pekerjaan dan aktivitas yang ditekuni oleh Tifani adalah sebagai mahasiswa sekaligus sebagai pemilik Learning by Tifani.

DRUG ADDICTION PADA REMAJA

Zulfa Hidayana, S.Psi

Magister Profesi Psikologi, Universitas Kristen Maranatha
zhidayana@gmail.com

PENDAHULUAN

Penyalahgunaan narkoba merupakan isu yang menjadi perbincangan setiap tahunnya, tidak terkecuali di Indonesia. Pada tahun 2022, Indonesia memiliki 851 kasus penyalahgunaan narkoba dan obat-obatan (narkoba) yang mana angka tersebut mengalami kenaikan 11,1% dibandingkan tahun sebelumnya yang sebesar 766 kasus (<https://puslitdatin.bnn.go.id>). Sedangkan berdasarkan Indonesia Drugs Report (2019), pada tahun 2018, Jawa Barat termasuk dalam 3 provinsi dengan angka prevalensi terbesar berdasarkan status pemakaian narkoba yaitu coba pakai sebesar 2,0%, pecandu sebesar 0,2% dan pemakai teratur sebesar 3,0%.

Dalam Indonesia drugs report (2019) kelompok pelajar dan mahasiswa pada tahun 2018 memiliki angka prevalensi penggunaan narkoba sebesar 3,2% atau setara dengan 2.297.492 orang dari 15.440.000 orang. Selanjutnya, hasil survei nasional penyalahgunaan narkoba tahun 2021, kelompok umur kelompok umur 15-24 tahun sebesar 1,96% (Puslitdatin BNN, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa salah satu kalangan yang memiliki risiko dalam penggunaan narkoba yaitu remaja.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun. Sedangkan dalam Hurlock (1990) rentang usia 11- 18 tahun merupakan masa remaja. Masa remaja merupakan periode penting dalam rentang kehidupan karena merupakan masa transisi dari anak-anak menjadi dewasa. Masa remaja merupakan masa pencarian identitas dan jati diri yang dilakukan dengan mengeksplorasi lingkungan sekitarnya.

Rasa ingin tahu yang tinggi dan keinginan untuk mencoba hal baru merupakan sifat remaja yang beresiko. Remaja akan sulit untuk menolak tawaran atau terdorong karena beberapa alasan seperti: ingin diterima dalam kelompok, ingin dianggap sudah dewasa, adanya dorongan yang kuat untuk mencoba, ingin menghilangkan rasa jenuh dan bosan, adanya rasa kesepian, dan adanya stress atas persoalan yang sedang dihadapinya (Lukman, Alifah, Divarianti & Humaedi, 2021). Hal inilah yang menyebabkan anak menjadi rentan terhadap perilaku penyalahgunaan narkoba.

Penyalahgunaan narkoba dan kecanduan narkoba adalah penyakit anak muda. Sembilan puluh persen dari pecandu yang dikenal mulai sejak remaja, menggunakan obat non-adiktif seperti lem dan ganja. Anak muda rentan terhadap penyalahgunaan narkoba karena penularannya begitu mudah dari satu ke yang lain dan yang menyebarkan adalah seorang "teman". Insidensi tertinggi pada kelompok usia 16-28 tahun. Berdasarkan Indonesia Drugs report (2022), teman merupakan sumber terbanyak seseorang memperoleh narkoba dengan persentase sebanyak 88,4%.

Drug addiction adalah keadaan ketergantungan psikologis atau fisik, atau keduanya, yang dihasilkan dari penggunaan kronis, periodik, atau terus menerus (Schaefer & Milman, 1981). Sedangkan ketika penggunaan zat tersebut membahayakan diri dan menghasilkan distress atau hambatan keberfungsian mulai dari pemakaian ringan hingga parah disebut *substance use disorder/ USD* (American Psychiatric Association, 2013). Sebuah studi menemukan bahwa perilaku nakal pada remaja dan agresif dikaitkan dengan penggunaan zat (Zhang & Slesnick, 2018; Tomlinson, 2016 dalam Ismail, Damayanti, Nurpahmi & Hamid, 2021). Ólafsdóttir et al. (2018 dalam Ismail, Damayanti, Nurpahmi & Hamid, 2021) menemukan bahwa 36% atau lebih dari pecandu narkoba di Selandia, rata-rata memiliki depresi yang sangat serius, kecemasan, dan stres. Salah satu jenis narkoba yang akan dibahas dalam artikel ini adalah penggunaan ganja pada remaja.

PEMBAHASAN

Menurut *World Health Organization*, *drug addiction* adalah keadaan dimana seseorang keracunan periodik dan kronis yang disebabkan oleh konsumsi berulang sehingga merugikan individu dan masyarakat. Ciri-ciri seseorang adiksi diantaranya; a) Keinginan dan dorongan yang sangat kuat untuk terus minum obat-dan untuk mendapatkannya dengan cara apapun; b) Kecenderungan untuk meningkatkan dosis; dan c) Ketergantungan psikologis, dan terkadang fisik, pada efek dari obat (Schaefer & Milman, 1981).

Ketergantungan psikologis atau habituasi yaitu keinginan psikologis untuk mengulangi penggunaan obat sesekali atau terus menerus karena alasan emosional. Seorang remaja yang bergantung dengan obat untuk merasa lebih baik dan ketika dia tidak bisa mendapatkannya akan merasa buruk serta pemikiran untuk mendapatkan lebih banyak obat. Sedangkan ketergantungan fisik atau kecanduan yaitu pengembangan toleransi dan penarikan diri. Saat seseorang mengembangkan toleransi sehingga membutuhkan obat dalam jumlah yang lebih besar dan lebih besar untuk menghasilkan efek yang sama. Selanjutnya ketika obat adiktif dihentikan secara tiba-tiba akan muncul efek dengan gejala seperti muntah dan kejang.

Dalam DSM V (dalam Kristyawati, Dian dkk, 2021) gangguan terkait ganja diklasifikasikan dalam gangguan terkait zat adiktif, penggunaan ganja secara berlebihan yang mempengaruhi kondisi psikologis dan mengalami fungsi kognitif, biologis, perilaku dan sosial atau pekerjaan. Schaefer dan Milman (1981) menjelaskan bahwa penggunaan ganja didasari oleh beberapa alasan diantaranya: 1 (1) Keyakinan bahwa narkoba dapat menyelesaikan semua masalah; (2) Meluasnya akses terhadap berbagai obat; (3) Tekanan teman sebaya yang membuat anak menyesuaikan diri dengan arus gaya dalam perilaku, hiburan-dan obat-obatan; (4) Pencarian berbagai persepsi dan ide yang dimiliki beberapa orang meyakini mereka dapat memperoleh dari obat-obatan yang mengubah pikiran; (5) Penggunaan ganja dalam peran yang mirip dengan alkohol dalam

konteks sosial; (6) Pemberontakan terhadap orang tua. Remaja yang menggunakan narkoba secara umum memiliki lebih dari satu alasan untuk melakukannya. Adapun penggunaan ganja terutama pada remaja akan menimbulkan efek diantaranya:

1. *Immediate*

Ganja merupakan obat yang memabukkan atau menyebabkan halusinasi. Dalam dosis rendah, ganja akan menghasilkan euforia ringan. Selain itu, penggunaan ganja dapat menyebabkan perubahan persepsi indra dan reaksi fisik seperti detak jantung yang cepat, penurunan suhu tubuh, dan kemerahan pada mata. Obat ini juga mengubah kadar gula darah, merangsang nafsu makan, dan membuat tubuh dehidrasi. Efek pada emosi dan indra sangat bervariasi, bergantung pada jumlah dan kekuatan ganja yang digunakan.

2. Bahaya jangka panjang

Survei menunjukkan bahwa sebagian besar ganja tidak menimbulkan kecanduan secara fisik karena tidak ada gejala penarikan yang menyertai penghentian penggunaannya, tetapi dapat menjadi habituasi secara psikologis.

3. Risiko nyata

Ganja dapat merusak persepsi jarak dan kemampuan berpikir jernih ketika ganja digunakan sebagai jalan pintas dari kecemasan, kegelisahan, dan masalah dapat dikaitkan dengan perkembangan remaja yang diperlambat atau ditunda. Remaja tidak dapat menyelesaikan tugas tumbuhnya untuk menjadi dewasa tanpa sejumlah perjuangan dan rasa sakit. Pertumbuhan mental remaja terganggu karena tidak belajar bagaimana menghadapi frustrasi dan masalah. Remaja cenderung menarik diri dari kenyataan, kehilangan ambisi dan kehilangan motivasi. Ia berorientasi pada masa kini daripada berorientasi pada masa depan. Selain itu, keaktifan di sekolah akan berkurang. Penggunaan ganja secara terus-menerus tampaknya menghasilkan sindrom "kelelahan" atau menjadi lesu dan tidak memikirkan masa depan.

Orang tua perlu peka mengenai anak dan lingkungannya. Orang tua perlu memperhatikan anak, apakah ia berada di bawah stres yang tidak biasa, seperti menarik diri, ketidakstabilan, atau persaingan saudara kandung yang intens. Beberapa tanda spesifik penyalahgunaan ganja adalah; (a) Pada tahap awal penggunaan ganja, anak mungkin tampak bersemangat dengan pembicaraan yang cepat dan keras serta tawa yang meledak. Sedangkan pada tahap selanjutnya, dia mungkin mengantuk; (b) Pupil mungkin membesar dan mata menjadi merah muda; dan (c) Anak mungkin mengalami distorsi persepsi dan, jarang, halusinasi.

Berdasarkan DSM V (APA, 2013), kriteria diagnostik gangguan terkait ganja dapat dilihat sebagai berikut;

1. Ganja sering dikonsumsi dalam jumlah besar atau dalam jangka yang lebih lama dari yang telah ditentukan
2. Ada keinginan untuk terus-menerus atau upaya yang tidak berhasil untuk menghentikan atau mengendalikan penggunaan ganja
3. Banyak waktu yang dihabiskan untuk mendapatkan atau menggunakan ganja dengan dalih menghilangkan efek ganja
4. Adanya keinginan yang kuat untuk menggunakan ganja (*craving*)
5. Penggunaan ganja secara berulang mengakibatkan kegagalan untuk memenuhi kewajiban peran utama di tempat kerja, sekolah atau rumah
6. Penggunaan ganja secara berulang atau terus menerus hingga memiliki masalah sosial atau interpersonal yang persisten atau berulang yang disebabkan oleh efek penggunaan
7. Menunjukkan perilaku mengurangi kegiatan sosial, menyerah dalam pekerjaan, atau hilang minat untuk berekreasi
8. Penggunaan ganja berulang dalam situasi di mana secara fisik berbahaya

9. Penggunaan ganja terus berlanjut meskipun diketahui memiliki masalah fisik atau psikologis yang terus menerus atau yang semakin diperburuk oleh gangguan ganja.

Pengguna ganja sulit untuk dikenali kecuali dia benar-benar berada di bawah pengaruh obat. Dalam menanggulangi penyalahgunaan zat/obat pada remaja dibutuhkan komunikasi yang terbuka, jujur, dan berkelanjutan antara orang tua dan anak tentang penggunaan dan penyalahgunaan ganja. Dalam bukunya, Schaefer dan Howard (1981) orang tua dapat mengatasi permasalahan mengenai *drug addiction* sebagai berikut:

1. **Pelajari fakta ganja.** Biarkan informasi mengenai penggunaan dan penyalahgunaan ganja muncul secara alami, seperti artikel surat kabar. Orang tua dapat memberikan penekanan bahaya langsung dari penggunaan ganja seperti kecelakaan mobil atau kerusakan lainnya.
2. **Mengambil sikap.** Setelah mempelajari semua fakta yang diketahui, orang tua dapat menentukan sikap seperti apa yang diberlakukan ketika anak menggunakan obat/zat tersebut. Dalam menetapkan aturan atau batasan, orang tua perlu menekankan alasan dibaliknya.
3. **Berikan contoh.** Tiga studi skala besar baru-baru ini menunjukkan bahwa dalam kasus di mana orang tua adalah pengguna obat penenang atau obat perangsang legal, keturunannya banyak lebih cenderung untuk masuk ke obat-obatan terlarang. Ketika orang tua memperlihatkan bahwa mereka tidak mengkonsumsi narkoba dan bersikap melawan penggunaan narkoba, anak akan belajar dari sikap yang ditampilkan oleh orang tua
4. **Menjaga hubungan dekat keluarga.** Studi menunjukkan bahwa perselisihan keluarga meningkat kemungkinan penyalahgunaan narkoba. Ketika ikatan keluarga melemah, pengaruh kelompok sebaya tumbuh. Penggunaan/ penyalahgunaan obat pada remaja yang terjadi apabila fungsi keluarga tidak berjalan dengan baik dan memunculkan perilaku menarik diri (*withdrawal*), kontak

dengan keluarga yang menurun dan remaja kurang ekspresif dalam keluarga, muncul konflik, remaja (Rahmawati, 2018).

5. **Kecanduan positif.** Bantu anak menemukan sejumlah kegiatan positif yang dapat dilakukannya dan memberikan kesenangan, kegembiraan, dan prestasi.

Selanjutnya, berdasarkan Schaefer dan Howard (1981), orang tua juga dapat mengambil sikap seperti, berikut:

1. **Bicaralah.** Dengarkan anak dan tunjukkan sikap bahwa Anda ingin berbicara terus terang. Cari tahu sebanyak mungkin tentang situasi dari sudut pandang anak, terutama motif yang mendasari penggunaan ganja pada anak. Orang tua perlu mengungkapkan keprihatinan secara terbuka dan terus terang terhadap penyampaian anak. Kemampuan dalam mendengarkan terlihat mudah tetapi sangat sulit diterapkan. Kecemasan sering mendorong orang tua untuk berbicara lebih banyak dan sedikit mendengarkan. Padahal anak berada pada situasi yang membutuhkan orang lain untuk mendengarkannya. Komunikasi yang baik antara orang tua dan anak ditandai dengan saling menghargai dan mengakui perbedaan pengetahuan, pengalaman, dan kompetensi. Orang tua perlu memberikan kesempatan dan kepercayaan pada anak bahwa anak memiliki kapasitas untuk berpikir dan menentukan alasannya.
2. **Bersikaplah suportif.** Hal terpenting adalah tidak menyerah pada anak dengan penyalahgunaan narkoba. Pada masa itu, anak membutuhkan dukungan terutama orang tua. Perhatikan keyakinan bahwa anak dapat bangkit, mengubah arah, mengembangkan sikap baru, dan menemukan minat baru. Potensi kesehatan dan pertumbuhan ada untuk digali sejak muda.
3. **Tegaslah.** Biarkan anak tahu bahwa Anda tidak akan mentolerir penyalahgunaan narkoba. Jelaskan kepada anak bahwa penggunaan ganja yang tidak bertanggung jawab akan mengakibatkan berkurangnya kebebasan, seperti kebebasan

untuk bermain, kehilangan hak istimewa, atau pengawasan kehidupan sosial

4. **Carilah alternatif yang positif.** Bantu anak menemukan aktivitas fisik, rekreasi, emosional, mental, atau spiritual yang sama bermakna dan mengasyikkannya dengan penggunaan narkoba. Selanjutnya, orang tua dapat mendukung alternatif positif yang dimiliki oleh anak dan dapat bersama-sama melakukan kegiatan tersebut dengan anak.

PENUTUP

Drug addiction merupakan keadaan ketergantungan psikologis atau fisik, atau keduanya, yang dihasilkan dari penggunaan kronis, periodik, atau terus menerus. Permasalahan ini sering terjadi pada remaja dikarenakan remaja berada pada masa pencarian jati diri dengan mengeksplorasi lingkungan. Peran lingkungan terutama keluarga dan teman sangat berperan penting. *Drug addiction* yang terus dibiarkan sehingga membahayakan diri dan menghasilkan distress atau hambatan keberfungsian mulai dari pemakaian ringan hingga parah disebut *substance use disorder/ USD*. Oleh karena itu, perlunya sikap dan penanganan dari kita semua terutama orang tua dalam mengatasi permasalahan tersebut. Sehingga hal demikian tidak mengganggu masa perkembangan yang sedang dijalani oleh remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorder Edition "DSM-5"*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. Washington DC.
- Hurlock, Elizabeth. 1990. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan dalam Suatu Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- Ismail, W., Damayanti, E., Nurpahmi, S., Dayang, Tiawa & Hamid. (2021) Coping strategy and substance use disorders: The mediating role of drug hazard knowledge. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*, 6(2), 171–186

- Kristyawati, Dian dkk. 2021. Penatalaksanaan Gangguan Psikologis Jilid 1. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Lukman, G.A., Aifah, A. P. & Humaedi, S. (2021). Kasus Narkoba Di Indonesia Dan Upaya Pencegahannya Di Kalangan Remaja. *Jurnal Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (JPPM)*, 2(3), 405-417
- Puslitdatin BNN. (2019). Indonesia Drugs Report 2019. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. Statistics of Narcotics Case Uncovered (bnn.go.id)
- Puslitdatin BNN. (2020). Data statistik penanganan kasus narkoba. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. <https://puslitdatin.bnn.go.id/portfolio/data-statistik-kasus-narkoba/>
- Puslitdatin BNN. (2022). Indonesia Drugs Report 2022. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. Statistics of Narcotics Case Uncovered (bnn.go.id)
- Schaefer, Charles E. dan Howard L. Millman. (1981). How To Help Children With Common Problems. New York: Van Nostrand Reinhold Company Inc.

BIODATA PENULIS



Zulfa Hidayana lahir di Padang pada tanggal 14 September 1998. Zulfa merupakan anak keempat dari empat bersaudara. Zulfa memiliki ketertarikan pada ilmu Psikologi sehingga menempuh pendidikan sarjana di jurusan psikologi Universitas Andalas dan lulus pada tahun 2020. Minat yang mendalam mengenai psikologi menuntun Zulfa untuk kembali mendalami ilmu tersebut dan melanjutkan pendidikan magister profesi di Universitas Kristen Maranatha Bandung dengan mayoring Klinis Anak dan Remaja di pada tahun 2022.

PERMASALAHAN PERSAINGAN SAUDARA KANDUNG (*SIBLING RIVALRY*) PADA ANAK

Regine Larasati Trioni Puteri

Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dan Remaja
Universitas Kristen Maranatha
reginelarasati.psy@gmail.com

PENDAHULUAN

Orang terdekat yang dilihat seorang anak selain figur orangtua yaitu saudara kandung. Hubungan paling dasar sebelum kita memasuki dunia masyarakat adalah hubungan dengan saudara kandung. Beberapa bentuk interaksi antar saudara tidak hanya dalam bentuk komunikasi positif seperti diskusi, berbagi cerita, bercanda atau percakapan sehari-hari, tetapi dapat juga dalam bentuk interaksi yang sifatnya negatif seperti misalnya konflik antar saudara kandung (*sibling rivalry*). Persaingan saudara kandung, atau kecemburuan, dan konflik antara saudara kandung merupakan masalah umum yang dihadapi banyak keluarga. Fenomena ini dapat terjadi pada semua usia, tetapi umumnya terjadi pada anak usia prasekolah (Erwin, et al., 2022).

Umumnya, jarak usia yang memicu munculnya *sibling rivalry* adalah jarak usia antara 1-3 tahun dan muncul pada usia 3-5 tahun kemudian muncul kembali pada usia 8-12 tahun (Millman & Schaefer, 1981). Menurut Boyle (dalam Putri et al., 2013) terdapat berbagai macam reaksi *sibling rivalry* dalam bentuk perilaku agresif yang bisa diamati, seperti memukul, mencubit, melukai adiknya, bahkan menendang, juga terjadinya kemunduran seperti mengompol, menangis histeris, rewel, manja, dan sebagainya. Terdapat sekitar 89,9% kakak yang mengalami *sibling rivalry* menyebabkan cedera pada adiknya dan ditemukan hampir 30% kekerasan yang dilakukan oleh saudara kandung sendiri terjadi di antara umur 2-17 tahun. Kemudian Komisi Perlindungan Anak

Indonesia (KPAI) juga mengungkapkan angka kekerasan anak yang dilakukan oleh saudara kandungnya sendiri yaitu sebesar 26,2% (Fitri & Hotmauli, 2022). Mengidentifikasi persaingan saudara kandung pada anak-anak dapat menjadi tantangan, karena dapat terwujud dalam berbagai cara.

Menurut hasil penelitian, beberapa perilaku umum yang ditunjukkan oleh anak yang mengalami persaingan saudara kandung (*sibling rivalry*) antara lain agresi fisik, seperti memukul, mendorong, dan mencubit (Elinda et al., 2022). Termasuk beberapa kemungkinan tanda lainnya seperti agresi verbal, seperti memanggil nama dan mengejek, serta perilaku mencari perhatian, seperti bertingkah atau berperilaku buruk (Rahmawati, 2013). Orang tua mungkin juga memperhatikan bahwa anak mereka terus-menerus bersaing untuk mendapatkan perhatian atau kasih sayang, atau bahwa mereka terlalu kritis terhadap satu sama lain (Rahmawati, 2013). Selain itu, orang tua dapat mengamati perubahan perilaku anak-anak mereka, seperti peningkatan kecemasan, depresi, atau penarikan diri (Rahmawati, 2013). Penting bagi orang tua untuk menyadari beberapa tanda tersebut dan mengambil langkah-langkah untuk mencegah dan mengelola persaingan antar saudara pada anak-anak mereka.

Sibling rivalry yang tidak diatasi pada masa awal anak-anak dapat menimbulkan *delayed effect*, yaitu dimana pola perilaku tersimpan di bagian alam bawah sadar pada usia 12 tahun hingga 18 tahun dan dapat muncul kembali bertahun-tahun kemudian dalam berbagai bentuk dan perilaku psikologis yang merusak (Boyle dalam Putri et al., 2013). Persaingan saudara dapat menyebabkan hasil emosional yang negatif bagi anak-anak dan dapat mempengaruhi kualitas hubungan mereka satu sama lain (Erwin, et al., 2022). Karena itu, penting untuk memahami sebab dan akibat dari persaingan saudara kandung, serta strategi yang efektif untuk mencegah dan mengelolanya. Berdasarkan hal tersebut, penulis mencoba untuk memberikan informasi pencegahan dan penanganan masalah persaingan saudara kandung pada anak usia prasekolah.

PEMBAHASAN

Terdapat beberapa alasan yang dapat menimbulkan terjadinya persaingan saudara kandung (*sibling rivalry*), alasan spesifik dari saudara kandung yang merasakan kecemburuan dan permusuhan satu sama lain adalah sebagai berikut (Schaefer & Millman, 1981):

1. Anak-anak sangat bergantung pada orang tua mereka untuk mendapatkan cinta, perhatian, dan pemenuhan kebutuhan mereka sehingga mereka tidak suka membagi orang tua mereka dengan siapa pun.
2. Terdapat konflik dan ketidaksepakatan normal yang dihasilkan dari kedekatan hidup dengan orang lain untuk waktu yang lama.
3. Favoritisme orang tua terhadap satu anak dapat memicu kebencian pada anak lainnya.
4. Terkadang perasaan bermusuhan terhadap orang tua dilampiaskan pada adik.
5. Saudara kandung yang lebih tua mungkin menunjukkan ketidaksukaan atau penolakan terhadap adik yang tidak disadari oleh orang tua.
6. Ketika satu saudara kandung jelas memiliki bakat yang lebih rendah dari saudara kandung lainnya yang seusia dan berjenis kelamin sama, anak yang kurang berbakat cenderung menunjukkan lebih banyak permusuhan terhadap yang lain. Misalnya, jika seorang saudara kandung harus hidup dalam bayang-bayang prestasi saudara kandungnya yang berbakat, maka ia cenderung merasa individualitasnya dirampas. Dalam situasi ini dia merasa bahwa semua tindakan dan pencapaiannya dibandingkan dengan saudara kandungnya yang lain.

Berdasarkan alasan-alasan tersebut, *sibling rivalry* pada anak dapat membahayakan hubungan persaudaraan kakak adik di masa depan. Oleh karena itu, orangtua perlu memiliki pengetahuan tentang *sibling rivalry* sebagai upaya pencegahan maupun penanganan. Berikut ini adalah beberapa hal yang dapat dilakukan

oleh orangtua untuk mencegah sibling rivalry pada anak (Schaefer & Millman, 1981):

Mencintai dengan unik. Buat setiap anak merasa dicintai dan dihargai untuk dirinya sendiri. Lakukan upaya ekstra untuk melakukan ini jika salah satu saudara kandung tidak berbakat atau semenarik yang lain. Tunjukkan cinta tanpa syarat untuk anak yang kurang sukses, dengan sering mengungkapkan kasih sayang, menunjukkan kualitas uniknya, dan bantu anak menemukan peran baru di mana ia dapat memperoleh pengakuan keluarga dan harga diri. Cobalah untuk mencintai setiap anak dengan cara yang unik dan spesial.

Perlakukan semua anak dengan adil. Hindari membandingkan satu anak dengan anak lainnya, seperti dengan mengatakan, "Kenapa kamu tidak rajin sekolah seperti kakakmu?" Anak akan membencinya saudaranya yang lain dianggap sebagai sesuatu yang ideal. Hindari untuk menunjukkan atau berperilaku pilih kasih di antara anak-anak Anda. Biasakan untuk menghargai keunikan dan kemampuan yang berbeda dari setiap anak. Sehingga Anda menjadi lebih sadar akan tanda-tanda halus dari pilih kasih seperti:

1. Lebih sering memanggil salah satu anak dengan istilah sayang.
2. Akrab lebih baik dengan salah satu anak.
3. Hanya mengasuh salah satu anak.
4. Terus-menerus meremehkan minat, kemampuan, atau kinerja seorang anak.
5. Menghabiskan lebih banyak waktu dengan salah satu anak.
6. Lebih banyak tertawa atau berbicara lebih banyak dengan salah satu anak.
7. Menghabiskan lebih banyak uang untuk salah satu anak (pakaian yang lebih baik, lebih banyak les privat, kuliah lebih mahal).
8. Jangan mengandalkan penilaian Anda dalam hal ini, tetapi secara teratur Anda dapat menanyakan kepada anak Anda apakah mereka merasa Anda memiliki anak favorit.

Perkiraan kelahiran adik/bayi jauh sebelumnya. Biarkan anak sebagai seorang kakak membantu dengan kelahiran adik baru, dan beri mereka perasaan bahwa ini adalah bayi mereka juga. Ketika orangtua akan memberi hadiah, hadiah harus dibeli untuk semua anak, bukan hanya bayi yang baru lahir. Kemudian beri tahu anak-anak bahwa dengan kelahiran adik baru berarti banyak pekerjaan untuk orangtua; jika mereka merasa Anda sebagai orangtua tidak cukup memiliki waktu bermain atau mencintai mereka, mereka harus memberi tahu Anda sehingga Anda dapat memberi mereka cinta dan perhatian ekstra. Ekspektasikan anak-anak Anda menunjukkan kebencian terhadap adik baru dan/atau menggunakan cara kekanak-kanakan. Jangan mengkritik atau menghukum mereka karena ini. Dengarkan, beri dukungan, dan yakinkan mereka Anda mencintai mereka.

Individualisasikan. Ketahuilah bahwa setiap anak berbeda. Anda dapat memberikan pujian lainnya sekali lagi karena dia memintanya, tetapi hanya yang memang patut ia peroleh karena dia membutuhkannya. Jangan membelikan semua anak Anda hadiah yang sama saat Anda kembali dari suatu perjalanan kerja. Individualisasikan mainan untuk memenuhi minat setiap anak. Kemudian, jangan memaksakan waktu tidur yang sama untuk semua anak. Anak-anak yang lebih tua biasanya ingin begadang karena mereka membutuhkan lebih sedikit tidur.

Waktu untuk sendirian. Luangkan waktu setiap hari untuk bersama setiap anak sendirian. Biarkan anak menjadi pusat perhatian Anda. Jadilah teman istimewanya untuk waktu yang singkat. Jangan bicara tentang anak-anak Anda yang lain. Sebaliknya, biarkan anak itu menjadi anak Anda satu-satunya untuk saat itu. Ini adalah waktu untuk mendengarkan, peduli, dan saling menikmati kebersamaan. Ingatlah bahwa anak tengah, khususnya, cenderung menderita karena pengabaian orang tua. Semakin banyak Anda memberikan diri Anda kepada anak-anak Anda, semakin sedikit mereka harus bersaing untuk mendapatkan perhatian Anda.

Beri jarak anak. Persaingan saudara kandung cenderung berkurang ketika anak-anak berjarak 3,5 hingga 5 tahun. Pada usia 3 tahun, seorang anak mulai belajar berbagi perhatian orang tua, dan sebagian besar persaingan dapat dihindari.

Berikan Privasi. Beri setiap anak privasi sebanyak mungkin. Cobalah mengatur kamar tidur dan lemari yang terpisah. Semakin banyak ruang fisik yang ada di rumah, semakin besar kemungkinan konflik di antara anak-anak akan berkurang. Anda dapat menganjurkan semua anggota keluarga untuk menghormati privasi satu sama lain.

Cara yang berbeda. Dorong anak-anak Anda untuk memiliki pengalaman berbeda. Tinggal berdekatan dengan orang lain untuk waktu yang lama dapat menyebabkan gesekan. Jangan meminta kakak untuk selalu membiarkan adiknya "ikut" dengan mereka. Aturlah agar anak-anak menghabiskan beberapa jam sehari secara terpisah. Beri dorongan untuk mencari sesuatu yang berbeda, memiliki jadwal yang berbeda, dan teman yang berbeda. Keterpisahan secara fisik dalam jumlah tertentu akan menumbuhkan identitas yang berbeda dan membantu mengurangi gesekan antar saudara kandung.

Ajarkan tentang hak milik. Ajarkan anak tentang rasa hormat terhadap hak milik pribadi sejak dini dan latih anak Anda untuk meminta daripada menggunakan hak milik anak lain tanpa izin. Cobalah untuk meminimalkan kemungkinan anak-anak harus berbagi properti seperti mainan. Jangan memaksa anak-anak untuk berbagi milik pribadi mereka.

Aktifitas keluarga. Atur kegiatan bersama keluarga yang sering bersifat menyenangkan, seperti piknik, pesta, dan permainan. Bersenang-senang bersama keluarga membangun perasaan positif yang membantu menangkal perasaan negatif.

Bangun suatu sistem. Tentukan dengan jelas tugas dan tanggung jawab rumah tangga (siapa melakukan apa dan kapan). Atur tugas agar anak-anak tidak saling menghalangi. Beri kesempatan anak untuk bergantian tugas dan tanggung jawab,

dan pastikan bahwa tidak ada salah satu anak hanya mendapatkan semua pekerjaan yang baik, sementara anak yang lain mendapatkan “pekerjaan kotor”. Beri label dan identifikasi dengan jelas mainan dan barang apa saja yang menjadi milik setiap anak. Tetapkan batas waktu berapa lama anak boleh berbicara di telepon (misalnya, 10 menit).

Dewan keluarga. Buat dewan keluarga. Artinya, pada waktu-waktu tertentu seluruh anggota keluarga inti bertemu untuk berdiskusi, berbagi, mengeluh, dan merencanakan. Anak-anak dapat melampiaskan perasaan pada saat-saat ini dan yakin bahwa akan didengar secara adil.

Hindari proteksi berlebihan. Jangan terlalu melindungi anak bungsu dalam keluarga. Setiap anak harus belajar menghormati hak orang lain dan berbagi perhatian Anda.

Kemudian, apa yang dapat dilakukan orangtua jika anak-anak sudah terlanjur mengalami *sibling rivalry*? Berikut adalah prosedur menurut Schaefer & Millman (1981) yang terbukti bermanfaat dalam mengurangi *sibling rivalry* di antara saudara kandung dari segala usia. Biasanya orang tua menggunakan kombinasi dari teknik-teknik ini.

Mengabaikan. Jika anak-anak tampak seimbang, tampaknya akan bijaksana jika membiarkan mereka menyelesaikan pertengkaran kecil mereka sendiri. Dengan cara ini mereka belajar mengatasi sendiri tanpa terlalu bergantung pada orang dewasa. Dengan melakukan teknik ini, Anda akan menemukan bahwa cara ini cenderung lebih efektif.

Penengah. Anda dapat membantu anak-anak menyelesaikan sejumlah perbedaan mereka dengan bertindak sebagai negosiator yang tidak memihak. Dalam kebanyakan kasus, tidak akan jelas siapa yang salah. Alih-alih mencoba menyalahkan, peran Anda dalam hal ini adalah membantu anak-anak menyelesaikan konflik itu sendiri. Awalnya, Anda harus duduk bersama anak-anak dan mengajari mereka keterampilan pemecahan masalah yang efektif, seperti berikut ini:

Ekspresikan perasaan marah. Ajari anak cara mengungkapkan perasaan marah atau kesal secara langsung terhadap satu sama lain. Membiarkan perasaan marah keluar lebih baik daripada memaksanya untuk disembunyikan. Jangan membuat anak menyangkal bahwa mereka sangat membenci kakak atau adiknya saat itu. Anda dapat memberi tahu anak-anak Anda bahwa Anda mengerti dan mau membantu mereka merasa tidak terlalu bersalah tentang perasaan mereka yang kuat. Beri tahu anak-anak bahwa perasaan ini normal. Instruksikan mereka bahwa masing-masing harus tegas (nyatakan apa hak, kebutuhan, dan perasaan mereka) tetapi tidak agresif (tidak dengan memanggil nama, membentak, mengancam, memukul) kepada satu sama lain.

Pemecahan masalah bersama. Beri dorongan anak-anak untuk mencari solusi. Seringkali ide mereka jauh lebih adil, dan pemahaman mereka tentang motif satu sama lain lebih benar daripada Anda. Setiap anak harus mencoba memikirkan beberapa kemungkinan solusi. Beri tahu mereka bahwa solusi yang efektif sering melibatkan kompromi untuk memenuhi kebutuhan semua pihak. Gunakan rasa keadilan dan kewajaran mereka yang kuat. Jika anak-anak terlalu kesal untuk bernegosiasi, biarkan mereka duduk dan tenang sebentar.

Berkelahi. Ajari anak-anak Anda bahwa mereka memiliki pilihan untuk menerima atau menolak ajakan orang lain untuk berkelahi. Ketika pada kali berikutnya seorang saudara menggoda mereka, yang harus mereka katakan adalah, "Maaf, kamu merasa seperti itu," dan tidak memperhatikan lebih lanjut. Dengan mengajarkan keterampilan di atas, Anda memberi anak alternatif selain agresi untuk menyelesaikan konflik. Setelah Anda mengajarkan keterampilan ini, peran Anda sebagai penengah akan menjadi salah satu dorongan. Tunjukkan kepercayaan pada kemampuan anak-anak untuk memecahkan kesulitan mereka dengan mengatakan, "*Ibu/Ayah tahu kamu akan menemukan cara untuk memenuhi kebutuhanmu berdua. Beri tahu ibu/ayah apa yang kamu putuskan,*" atau "*Ibu/Ayah yakin kalian berdua akan menyelesaikannya.*"

Menjadi hakim. Ketika Anda memiliki alasan untuk meyakini bahwa salah satu anak jelas-jelas bersalah atau anak-anak tersebut tidak mampu memecahkan masalahnya sendiri, Anda mungkin harus bertindak sebagai hakim dan juri. Ajak anak-anak untuk bertemu secara tatap muka dengan Anda, atau dapat juga berbicara dengan setiap anak secara terpisah. Pastikan Anda mendengar kedua sisi masalah. Nyatakan ulang konflik dengan kata-kata Anda sendiri, dan tanyakan kepada kedua anak apakah Anda menyatakannya kembali dengan adil. Pastikan semua pendapat diketahui dengan jelas, argumen ditinjau, dan ketika sudah menentukan keputusan, dapat dipahami dengan jelas oleh kedua anak. Hindari memihak secara terprediksi atau terus-menerus.

Hadiah. Ketika dua saudara kandung terus-menerus bertengkar, katakan kepada mereka, *"Dengar, jika kalian berdua bermain bersama sore ini tanpa salah satu dari kalian memukul, berkelahi, atau saling memanggil nama, ayah/ibu akan memberi kalian berdua kejutan. Ayah/ibu tidak bisa memberi tahu kalian apa kejutannya sekarang, tetapi itu akan menjadi sesuatu yang kalian berdua sukai. Kalau ayah/ibu sama sekali tidak mendengar pertengkaran apa pun selama 2 jam ke depan, maka kalian berdua akan mendapat kejutan. Tetapi jika salah satu dari kalian mulai berdebat, maka tidak ada yang mendapat kejutan, tidak peduli siapa yang memulainya. Apakah kalian mengerti?"* Sebagai hadiah, Anda dapat memberikan masing-masing camilan favorit, mainan kecil, atau jalan-jalan ke taman.

Tetapkan batasan. Jelaskan kepada anak-anak Anda dengan tegas, bahwa Anda tidak akan membiarkan mereka menyakiti satu sama lain secara fisik (memukul, mendorong, mencubit, dan sebagainya) atau dengan kata-kata (mengejek). Maka, dalam keadaan apa pun, Anda tidak akan menoleransi kekerasan fisik atau setiap ejekan di antara anak-anak Anda. Sebagai pedoman umum, jangan biarkan anak-anak Anda memperlakukan satu sama lain dengan cara yang tidak dapat Anda toleransi jika mereka adalah anak orang lain. Jangan izinkan kekerasan dalam keluarga dengan membenarkan keyakinan bahwa jika seseorang berbuat salah,

dan “tidak mau mendengarkan alasan”, memukul orang itu dapat diterima.

Memisahkan. Jika kedua anak benar-benar kasar satu sama lain, pertimbangkan untuk menyesuaikan jadwal mereka (waktu makan, pekerjaan rumah, waktu senggang) dengan cara yang akan menjauhkan mereka dari satu sama lain.

PENUTUP

Dalam menghadapi masalah persaingan atau kecemburuan saudara kandung (*sibling rivalry*) pada anak, orangtua dapat melakukan beberapa tindakan pencegahan, yang paling utama adalah memastikan dan memperkirakan kesiapan anak pertama untuk memiliki adik, baik dari segi jarak usia maupun secara psikologis anak. Orangtua juga dapat menggabungkan beberapa teknik penanganan masalah *sibling rivalry* pada anak yang dirasa lebih tepat dan efektif. Namun, apabila persaingan anak tidak dapat ditangani dengan teknik-teknik tersebut, orangtua dapat berkonsultasi ke psikolog anak supaya dapat ditangani dengan tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Yektiningsih, E., Firdausi, N., & Yuliansari, P. (2022). Systematic review dampak sibling rivalry terhadap permasalahan emosional pada anak preschool. *Jurnal Ilmiah Pamenang*, 4(1), 6-15.
- Elinda, F., & Mulyani, D. (2022). Analisis Perilaku Sibling Rivalry pada Anak Usia 2-3 Tahun di Kabupaten Bandung. *Jurnal Riset Pendidikan Guru Paud*, 1-8.
- Fitri, I., & Hotmauli, H. (2022). Pola Asuh Orang Tua terhadap Sibling Rivalry pada Anak Usia Dini. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 6(5), 4163-4170.
- Putri, A. C. T., Deliana, S. M., & Hendriyani, R. (2013). Dampak sibling rivalry (persaingan saudara kandung) pada anak usia dini. *Developmental and Clinical Psychology*, 2(1).

Rahmawati, A. (2013). Sibling Rivalry Pada Anak Usia Dini. *Widya Sari*, 15(1), 1-11.

Schaefer, C., & Millman, H. L. (1981). *How To Help Children With Common Problems*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

PROFIL SINGKAT



Regine Larasati Trioni Puteri, S.Psi atau yang lebih akrab dipanggil Ayas merupakan wanita kelahiran Jakarta, 11 Agustus 1997. Ayas merupakan lulusan S1 Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya Jakarta pada tahun 2020. Ayas kemudian melanjutkan studi S2 Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dan Remaja di Universitas Kristen Maranatha Bandung. Saat ini, Ayas aktif berkuliah dan bekerja sebagai guru les privat untuk mata pelajaran calistung dan Bahasa Inggris. Selain itu, Ayas juga aktif mengajar les melukis dan tari tradisional.

KEMAMPUAN INTERAKSI SOSIAL ANAK DENGAN *AUTISM SPECTRUM DISORDER*, BISA KAH BERKEMBANG ?

Yulita Anggelia¹⁾, Ira Adelina²⁾

Universitas Kristen Maranatha^{1,2)}

yulita.angelia@univ.satu.ac.id¹ ira.adelina@psy.maranatha.edu²

PENDAHULUAN

Menurut APA (2022), interaksi sosial adalah setiap proses yang melibatkan stimulus dan respon timbal balik antara dua atau lebih individu, yang terjadi terus menerus antar individu hingga pada akhirnya membentuk hubungan sosial antar individu. Dalam kehidupan sehari-hari, hampir semua kegiatan manusia melibatkan interaksi sosial dengan orang lain. Melalui interaksi sosial, manusia belajar berbagai keterampilan sosial yang penting dalam menjalani fungsinya sebagai makhluk sosial dan beradaptasi satu sama lain. Berbagai penelitian telah menghubungkan interaksi sosial dengan sejumlah indikator psikologis dan kesehatan yang lebih positif (misalnya, Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Kiecolt-Glaser et al., 1997), sebaliknya isolasi sosial dikaitkan dengan hasil kesehatan dan *well-being* yang memburuk (misalnya, Cacioppo & Hawkley, 2003; Lang & Baltes, 1997; Larson, Zuzanek, & Mannell, 1985; Park, 2004). Namun tidak semua individu, secara alamiah, memiliki kemampuan untuk memulai, menanggapi dan mengelola interaksi sosial dengan individu lain, salah satunya adalah anak dengan *autism spectrum disorder*.

Menurut WHO, 1 dari 100 anak didunia diperkirakan merupakan penyandang autisme (WHO, 2022). Bahkan, WHO menjelaskan beberapa penelitian lanjutan melaporkan angka yang jauh lebih tinggi dari perkiraan tersebut. *Autism Spectrum Disorder* (ASD) adalah gangguan *neurodevelopmental* yang ditandai dengan defisit dalam dua domain inti yaitu; defisit dalam komunikasi sosial dan interaksi

sosial; adanya pola perilaku, minat, dan aktivitas yang berulang dan terbatas (APA, 2013). Klasifikasi *autism spectrum disorder* dalam kelompok gangguan perkembangan saraf, juga menjelaskan bahwa *autism spectrum disorder* termasuk gangguan yang berkembang sejak anak berada dalam usia perkembangan dan mungkin tidak dapat disembuhkan. Levy et al (2009) menjelaskan masalah-masalah pada anak dengan ASD memengaruhi pemrosesan informasi di otak dengan mengubah cara keterhubungan dan pengaturan sel saraf dan sinapsisnya di otak, yang mana hal ini membuat informasi-informasi yang diterima oleh anak dengan ASD berbeda. Defisit interaksi sosial anak dengan ASD ditandai dengan kontak mata yang buruk, kesulitan dalam berbagi minat dengan orang lain, pola bicara yang aneh, kesulitan memulai dan mempertahankan percakapan, kurangnya kemampuan pemecahan masalah sosial, kurangnya empati, dan kesulitan menafsirkan bahasa tubuh (Schreiber, 2011). Sejak kecil, anak dengan autisme menunjukkan kekurangan dalam banyak keterampilan yang penting untuk perkembangan awal keterampilan sosialnya (Mash & Wolfe, 2019). Tidak seperti anak-anak lainnya, sejak awal mereka tampak menolak dipeluk, tidak menatap orang disekitarnya, atau bahkan tidak menanggapi tindakan-tindakan kasih sayang dari orang disekitarnya. Seiring bertambahnya usia, mereka jarang berbicara, saat berbicara, mereka berbicara dengan cara yang tidak biasa, misalnya mengulang apa yang diucapkan orang lain padanya, atau mengucapkan kata-kata yang tidak bermakna. Defisit kemampuan interaksi sosial anak dengan ASD juga membuat kurangnya kemampuan mereka dalam memulai, mempertahankan, merespon, dan mengakhiri percakapan dengan teman sebaya atau orang dewasa, yang seringkali membuat anak-anak dengan ASD mendapatkan label-label negatif seperti anak yang membosankan, kurang sopan, bahkan bodoh. Lebih lanjut, Pelphrey et al., (dalam Mash & Wolfe, 2019) menyatakan bahwa anak-anak dengan ASD mengalami kesulitan parah dalam berinteraksi dengan orang lain terutama dengan anak-anak yang seusianya, bahkan ketika mereka memiliki kecerdasan rata-rata atau di atas rata-rata. (Balakrishnan & Alias, 2017). Kesulitan anak

dengan ASD dalam memulai interaksi sosial dengan orang lain, pada akhirnya menyebabkan kurangnya keterampilan sosial yang dimiliki oleh anak dengan ASD (Brojerdi, 2017), yang mana hal ini juga akan berdampak pada aspek kehidupan lainnya. Misalnya, kesulitan interaksi sosial adalah alasan utama mengapa banyak orang dengan ASD hingga dewasa menghadapi kesulitan di sekolah, lingkungan sosial dan situasi pekerjaan (Grover, 2015). Howlin & Goode (1998) menyatakan bahwa siswa dengan ASD kurang memiliki kompetensi sosial, yang merupakan salah satu elemen penting yang dibutuhkan dalam lingkungan kerja masa depan mereka dan kualitas hidup mereka. Sawitree (2014) menemukan bahwa pembelajaran anak dengan ASD dipengaruhi oleh perkembangan interaksi sosial dengan teman sebayanya. Frith (1991) lebih lanjut mengusulkan bahwa defisit sosial dan komunikasi dapat berdampak pada kinerja akademik. Sehingga mengajarkan anak dengan ASD untuk berinteraksi dan memahami perasaan orang lain lebih penting daripada pembelajaran akademik, karena keterampilan sosial adalah area yang menjadi kelemahan terbesar pada anak dengan ASD (Bryson, Roger & Fombonne, 2003). Di sisi lain, bagi anak dengan ASD, mempelajari keterampilan-keterampilan sosial bukan lah proses yang mudah dan akan menjadi proses yang lebih sulit dibandingkan dengan anak-anak lainnya. Sehingga mereka perlu dukungan bahkan metode latihan khusus agar dapat mengembangkan keterampilan-keterampilan sosial.

Berdasarkan hasil penelitian lanjutan dan perkembangan ilmu pengetahuan, beberapa intervensi untuk membantu anak-anak dengan ASD sudah banyak ditemukan. Intervensi-intervensi ini berfokus pada defisit sosial, komunikasi, perilaku, dan kognitif anak-anak dengan ASD. Intervensi yang dirancang bertujuan untuk mengurangi perilaku mengganggu; mengajarkan perilaku sosial yang sesuai dengan orang dewasa dan teman sebaya, termasuk perhatian bersama, peniruan, dan interaksi timbal balik; meningkatkan fungsional, komunikasi spontan; meningkatkan keterampilan kognitif dan mengajarkan keterampilan adaptif yang mempersiapkan anak untuk meningkatkan tanggung jawab dan

kemandirian anak dengan ASD. Beberapa metode intervensi yang cukup banyak digunakan, misalnya: *Applied Behavior Analysis* (ABA), *Discrete Trial Training* (DTT), serta *Functional Communication Training* (FCT), *Play therapy*, *Supportive therapies*, dan (c) *Developmental relationship-based treatment* atau *DIR Floortime* (Lindgren & Doobay, 2011).

Mash & Wolfe (2019) menyebutkan salah satu cara meningkatkan interaksi sosial anak dengan ASD, adalah dengan mengajarkan anak untuk terlibat dalam permainan interaktif atau bermain sosial, yang akan mengajarkan anak bagaimana memulai dan mempertahankan interaksi, bergiliran dan berbagi dengan orang lain dalam kegiatan bermain. Meskipun bermain tampaknya tidak memiliki tujuan yang jelas, namun kegiatan bermain memiliki fungsi yang penting untuk perkembangan anak (Bjorklund & Pellegrini, 2002; P. K. Smith, 2005). Di berbagai konteks, hubungan antara bermain dan berbagai aspek interaksi sosial telah menjadi perhatian, termasuk meningkatnya sikap *turn-taking* dan berbagi (Anderson-McNamee & Bailey, 2010; Stanton Chapman & Snell, 2011), kolaborasi (Rowe et al., 2018; White, 2012; Yogman et al., 2018), negosiasi (Bergen & Dariberg, 2009; Hirsh-Pasek dkk., 2009; Mraz et al., 2016), timbal balik sosial (Carrero et al., 2014; Wolfberg, 1995) dan dari perspektif *theory of mind* (Qu et al., 2015). Aspek lain dari interaksi bermain juga dikaitkan dengan kompetensi sosial, seperti perhatian bersama, inisiasi timbal balik, imitasi serta memberi dan membaca isyarat nonverbal (Godin et al., 2019; Radley et al., 2014). Bermain menyediakan konteks alami untuk pengembangan hubungan sosial dan digambarkan sebagai "cara berteman alami" anak-anak (Gray, 2011). Hasil penelitian menunjukkan bahwa bermain meningkatkan interaksi sosial pada anak dengan ASD (Pangesti, 2015; Iskandar & Indaryani, 2020). Para peneliti juga menekankan potensi kegiatan bermain dalam mendukung keterampilan komunikasi sosial anak dengan ASD dalam konteks pendidikan (Jordan, 2003; Kossyvaki & Papoudi, 2016; Manning & Wainwright, 2010; Wolfberg et al., 2015) dan pada setting klinis (Guldborg, 2017; Papoudi & Kossyvaki, 2018, 2018; Whalon et al., 2015). Hasil ini juga didukung oleh penelitian

yang dilakukan Hu, Zheng & Lee (2018) yang menemukan bahwa intervensi dengan kegiatan bermain mengindikasikan peningkatan interaksi sosial anak dengan ASD, berupa inisiasi sosial dan respon anak yang tampak setelah menjalani intervensi bermain. Baru-baru ini, tinjauan sistematis tentang efektivitas intervensi berbasis kegiatan bermain pada anak dengan ASD usia 1-11 tahun, menunjukkan manfaat yang signifikan dalam aspek-aspek seperti interaksi sosial, komunikasi, fungsi sehari-hari dan ikatan emosional orang tua-anak (Neijs et al, 2021). Lebih lanjut penelitian tersebut juga menemukan bahwa adanya penurunan perilaku bermasalah, penyesuaian diri dengan orangtua yang lebih baik dan interaksi sosial orang tua-anak.

Salah satu pendekatan intervensi yang melibatkan aktivitas bermain untuk meningkatkan interaksi sosial pada anak dengan ASD adalah DIR/*floortime* (Puspaningtyas et al, 2018). Model berbasis hubungan yang telah diperkenalkan oleh Stanley I. Greenspan (1990) adalah *the Developmental, Individual Difference, Relationship-based model* (DIR), yang juga disebut dengan istilah "*floortime*". Melalui pendekatan *floortime* anak dengan ASD dibantu untuk mencapai enam tahap penting dalam pengembangan perilaku sosial yaitu *self-regulation*, keintiman, komunikasi dua arah, komunikasi yang kompleks, ide emosional, dan pemikiran emosional, (Lal et al, 2013). Tujuan penerapan *floortime* antara lain mendorong munculnya atensi dan keakraban, komunikasi dua arah, mendorong munculnya ekspresi dan penggunaan perasaan serta gagasan, dan pemikiran logis anak (Greenspan & Wieder, 2008 dalam Kirana et al, 2018). Komponen unik model *floortime* dibandingkan model berbasis hubungan lainnya adalah anak-anak tidak hanya menunjukkan peningkatan fungsi sosial dan emosional dasar dalam berhubungan, berinteraksi, dan berkomunikasi, tapi mereka juga menunjukkan perolehan keterampilan ini jauh melampaui kapasitas aslinya, khususnya pada anak-anak dengan ASD (Greenspan, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Lal & Chhabria (2013) menemukan bahwa metode *floortime* terbukti efektif dalam mengembangkan perilaku sosial anak dengan ASD. Lebih lanjut penelitian yang

dilakukan Mercer (2015) menyatakan bahwa interaksi sosial anak dengan ASD meningkat setelah pemberian sesi intervensi *floortime*. Penelitian lain menemukan bahwa, metode *floortime* juga terbukti efektif untuk meningkatkan keterampilan komunikasi dua arah anak-anak dengan ASD (Pandhinata et al, 2017; Isnannisa et al, 2019) dan juga meningkatkan kapasitas emosi anak dan remaja dengan ASD (Horn, 2011; Kirana et al, 2018). Firnaldy et al (2019) dalam penelitiannya menemukan bahwa pendekatan *floortime* dapat meningkatkan keterampilan komunikasi pada anak dengan ASD yang juga mengalami penurunan intelektual.

Namun saat ini, metode ini masih jarang diterapkan, khususnya di Indonesia. Padahal prinsip-prinsip dalam metode *floortime* sangat mungkin serta bermanfaat untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, dalam berbagai *setting*. Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk menelaah lebih lanjut bagaimana penerapan *floortime* dapat meningkatkan interaksi sosial pada anak dengan ASD.

PEMBAHASAN

Autisme, atau gangguan spektrum autisme (ASD), adalah gangguan perkembangan saraf kompleks yang ditandai dengan kelainan pada komunikasi sosial dan perilaku serta minat yang tidak biasa. ASD menyentuh setiap aspek interaksi anak, yang melibatkan banyak bagian otak, dan mengganggu sifat-sifat dasar yang menjadikan individu manusia misalnya responsivitas sosial, kemampuan berkomunikasi, dan perasaan individu terhadap orang lain. Anak-anak dengan ASD tidak menggunakan ekspresi wajah atau gerak tubuh untuk mengomunikasikan kebutuhannya pada orang-orang disekitarnya. Mereka juga tampak tidak menunjukkan emosinya dengan tersenyum, anggukan dan gelengan kepala, mereka juga tampaknya tidak memahami wajah tersenyum yang orang lain tunjukkan saat mencoba melibatkan diri secara sosial. Selama beberapa tahun pertama kehidupan, anak dengan ASD menjadi semakin terisolasi dan terperangkap dalam dunia ritual dan minatnya sendiri, saat ia terganggu, dia menjadi sangat marah.

Meskipun semua anak dengan ASD menampilkan karakteristik inti (seperti yang ada dalam DSM), karakteristik ini sangat bervariasi dalam bentuk, penyebaran, dan tingkat keparahan gejala, kemampuan, kondisi terkait, dan dukungan yang dibutuhkan (Pine & Fox, 2015). Untuk menjelaskan variasi ini, ASD didefinisikan juga sebagai gangguan spektrum karena gejala, kemampuan, dan karakteristiknya diekspresikan dalam banyak kombinasi berbeda dan dalam tingkat keparahan yang berbeda pula (Lai et al., 2013 dalam Mash & Wolfe, 2019).

Menurut DSM-V kriteria diagnostik untuk *autism spectrum disorder*, adalah sebagai berikut;

1. Defisit terus-menerus dalam komunikasi sosial dan interaksi sosial di berbagai konteks, sebagaimana diwujudkan oleh, saat ini atau berdasarkan riwayat (contohnya ilustratif tidak lengkap):
 - a. Defisit dalam timbal balik sosial-emosional, mulai, misalnya, dari pendekatan sosial yang abnormal dan kegagalan dalam percakapan normal back-and forth; mengurangi berbagai minat, emosi, atau pengaruh; kegagalan untuk memulai atau menanggapi interaksi sosial.
 - b. Defisit dalam perilaku komunikatif nonverbal yang digunakan untuk interaksi sosial, misalnya, dari integrasi verbal dan nonverbal yang kurang baik; seperti sulit untuk kontak mata dan bahasa tubuh atau defisit dalam memahami dan menggunakan gerakan; kurangnya ekspresi wajah dan komunikasi nonverbal.
 - c. Defisit dalam membangun, memelihara dan memahami hubungan, misalnya, dari kesulitan menyesuaikan perilaku agar sesuai dengan berbagai konteks sosial; kesulitan dalam berbagi permainan imajinatif atau dalam berelasi dengan teman sebaya; tidak adanya minat pada teman sebaya.
2. Pola perilaku, minat, atau kegiatan yang terbatas dan berulang, sebagaimana diwujudkan oleh setidaknya dua dari ciri berikut ini, yang ada saat ini atau berdasarkan riwayat perkembangan (contohnya ilustratif, tidak lengkap):

- a. Gerakan motorik stereotip atau berulang, penggunaan benda, atau ucapan (mis., Stereotip motorik sederhana, antrean mainan atau membalik objek, echolalia, ungkapan istimewa)
 - b. “Desakan” pada kesamaan, sikap taat yang tidak fleksibel terhadap rutinitas, atau pola ritual perilaku verbal atau nonverbal (mis., sulit menerima pada perubahan kecil, kesulitan dengan transisi, pola berpikir yang kaku, ritual ucapan, perlu mengambil rute yang sama atau makan makanan yang sama setiap hari).
 - c. Minat sangat terbatas, minat menetap yang tidak normal dalam intensitas atau fokus (mis., Keterikatan yang kuat dengan atau keasyikan dengan objek yang tidak biasa, terlalu terbatas atau minat gigih).
 - d. Hiper- atau hiporeaktivitas terhadap input sensorik atau minat yang tidak biasa pada aspek sensorik lingkungan (mis., Ketidakpedulian yang nyata terhadap rasa sakit / suhu, respons negatif terhadap suara atau tekstur tertentu, berbau berlebihan atau menyentuh objek, daya tarik visual dengan lampu atau gerakan). Tentukan tingkat keparahan saat ini berdasarkan gangguan komunikasi sosial dan pola perilaku berulang yang terbatas.
3. Gejala harus ada pada periode perkembangan awal (tetapi mungkin tidak menjadi nyata sepenuhnya sampai tuntutan sosial melebihi kapasitas terbatas, atau dapat ditutupi oleh strategi yang dipelajari di kemudian hari).
 4. Gejala menyebabkan gangguan signifikan secara klinis di bidang sosial, pekerjaan, atau bidang penting lainnya dari fungsi saat ini.
 5. Gangguan ini tidak lebih baik dijelaskan oleh kecacatan intelektual (gangguan perkembangan intelektual) atau perkembangan yang tertunda secara global. Kecacatan intelektual dan gangguan spektrum autisme sering terjadi bersamaan; untuk membuat diagnosis komorbid spektrum

autism gangguan dan kecacatan intelektual, komunikasi sosial harus di bawah yang diharapkan untuk tingkat perkembangan umum.

Dalam penegakan diagnosa *autism spectrum disorder* usia dan pola onset juga perlu menjadi catatan penting. Gejala biasanya dikenali selama tahun kedua kehidupan (usia 12-24 bulan) tetapi dapat dilihat lebih awal dari 12 bulan jika keterlambatan perkembangan parah, atau tampak jelas di usia lebih dari 24 bulan jika gejalanya lebih samar-samar. Pola deskripsi onset termasuk informasi tentang keterlambatan perkembangan awal atau hilangnya keterampilan sosial atau bahasa. Fitur perilaku gangguan spektrum autisme pertama kali menjadi jelas di awal masa kanak-kanak, dengan beberapa kasus menunjukkan kurangnya minat dalam interaksi sosial pada awal tahun kehidupan. Beberapa anak-anak dengan gangguan spektrum autisme mengalami perkembangan yang stabil atau regresi, dengan kemunduran bertahap atau relatif dalam perilaku sosial atau penggunaan bahasa, sering selama 2 tahun pertama kehidupan. Pola ini jarang terjadi pada kelainan/gangguan lain dan mungkin merupakan "*red flag*" yang penting pada gangguan spektrum autisme. Gejala pertama gangguan spektrum autisme sering melibatkan perkembangan bahasa yang tertunda, sering disertai dengan kurangnya minat sosial atau interaksi sosial yang tidak biasa, pola permainan aneh (mis., membawa mainan berkeliling tetapi tidak pernah memainkannya), dan pola komunikasi yang tidak biasa (mis., mengetahui alfabet tetapi tidak menanggapi nama sendiri). Selama tahun kedua, perilaku aneh dan berulang serta tidak adanya permainan khas menjadi lebih jelas.

Selanjutnya, dalam hal penyebab, tidak ada kelainan tunggal yang dapat menjelaskan semua gangguan terkait dengan ASD, atau untuk berbagai bentuk gangguan, mulai dari yang ringan sampai yang berat. Meskipun penyebab pasti ASD masih belum diketahui, pemahaman kita tentang kemungkinan mekanisme telah meningkat secara dramatis (Kiser, Rivero, & Lesch, 2015; Mandy & Lai, 2016). Saat ini, secara umum diterima bahwa ASD adalah gangguan perkembangan saraf berbasis biologis dengan banyak penyebab

yang melibatkan faktor risiko genetik dan lingkungan (Klinger et al., 2013). Untuk memahami ASD, kita harus mempertimbangkan masalah dalam perkembangan awal, pengaruh genetik, dan temuan neuropsikologis dan neurobiologis.

Metode DIR adalah salah satu metode yang belakangan ini mendapatkan perhatian dan mulai banyak dipertimbangkan sebagai metode yang efektif untuk membantu anak-anak dengan ASD, khususnya dalam meningkatkan kemampuan interaksi sosial. Fokus utama model DIR menurut Greenspan (2008) dibagi menjadi tiga komponen inti; 1) Kapasitas perkembangan emosional fungsional, 2) Perbedaan pemrosesan individu, dan 3) Hubungan dan interaksi (Wieder & Greenspan, 2003). Setiap komponen dari model DIR berfokus pada aspek perkembangan yang berbeda yang bertepatan satu sama lain. Memahami setiap komponen model DIR memungkinkan kita untuk melihat perkembangan anak secara keseluruhan, bukan berdasarkan masing-masing area tertentu secara terpisah (Greenspan, 2008).

Komponen pertama model DIR adalah tingkat kapasitas perkembangan fungsional, atau tingkat kapasitas perkembangan emosional. Tingkat ini mengidentifikasi bagaimana anak-anak dengan ASD menggabungkan semua kapasitas mereka untuk mencapai tujuan emosional yang bermakna (Wieder & Greenspan, 2003). Tingkat kapasitas perkembangan didasarkan pada enam tonggak perkembangan emosional fungsional yang bersama-sama sesuai dengan empat tujuan spesifik dari model DIR (Simpson, 2005). Tonggak ini mencakup kemampuan untuk regulasi diri, membangun hubungan dan keintiman, *intentional two-way communication, complex sense of self: behavioral, organization & behavioral elaboration, emotional ideas: representational capacity and elaboration* dan terakhir pemikiran emosional. Keenam tonggak ini masing-masing merepresentasikan kapasitas emosional anak pada usia tertentu, sehingga capaian setiap tonggak akan juga menentukan perkembangan emosional anak. Sehingga kesemua tonggak ini memainkan peran penting dalam perkembangan keseluruhan anak dan mengatur semua kapasitas mental dengan

berfokus pada pengaruh dan emosi sebagai panduan untuk pengembangan (Greenspan, 2008).

Komponen kedua dari model DIR mencakup perbedaan pemrosesan individu. Komponen ini fokus pada cara anak memahami lingkungannya dan bagaimana mereka memproses informasi yang masuk (Greenspan, 2008). Misalnya, beberapa anak dengan ASD mungkin terlalu reaktif atau kurang reaktif terhadap rangsangan seperti sentuhan, penciuman, atau tingkat pendengaran. Perbedaan individu ini dikategorikan sebagai variasi dan/atau defisit prenatal, genetik, dan maturasi (Wieder & Greenspan, 2003). Greenspan mengidentifikasi empat area yang dapat dipengaruhi oleh defisit pemrosesan sensorik yaitu 1) modulasi sensorik seperti hipo atau hiperaktifitas pada setiap modalitas sensorik (sentuhan, penciuman, penglihatan, atau gerakan dalam ruang), 2) pemrosesan sensorik di setiap modalitas termasuk pendengaran, bahasa, pemrosesan spasial visual, 3) pemrosesan afektif sensorik seperti kemampuan bereaksi terhadap afek/niat atau menghubungkan afek ke perencanaan dan pengurutan motorik, dan 4) perencanaan motorik termasuk kemampuan mengurutkan perilaku, tindakan, dan simbol untuk dikembangkan pemikiran, ide dan konsep lainnya (Wieder & Greenspan, 2003).

Komponen terakhir, dan menjadi dasar dari model DIR, adalah hubungan dan interaksi. Dalam komponen ini, tonggak perkembangan fungsional emosional dan perbedaan individu digabungkan bersama dan dimasukkan ke dalam hubungan belajar dengan teman sebaya, pengasuh, dan orang tua (Greenspan, 2008). Hubungan belajar ini mencakup hubungan yang sesuai dengan perkembangan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan perbedaan masing-masing anak. Jika hubungan berada di atas atau di bawah tingkat fungsional emosional perkembangan anak, maka ada kemungkinan tonggak penting dapat terlewatkan (Greenspan, 2008). Juga, interaksi yang tidak fokus pada tingkat perkembangan anak atau perbedaan pemrosesan individu dapat menunda kemajuan perkembangan (Wieder & Greenspan, 2003). Interaksi anak dan pengasuh juga membantu memperkuat kapasitas berpikir anak

dengan membentuk sinyal emosional bolak-balik yang mendorong penggunaan bahasa yang bermakna (Greenspan, 2008). Hubungan dan interaksi terjadi pada komponen paling penting dari model DIR, yang dikenal sebagai *floortime*.

Sesi *floortime* yang khas dilakukan di lingkungan naturalistik anak dan mengharuskan terapis atau orang tua untuk duduk di lantai dan bermain dengan anak. Yang mana hal ini membantu anak-anak dengan ASD untuk beradaptasi dengan lebih mudah karena aktivitas dilakukan di lingkungan yang familiar dengan mereka. Tujuannya adalah untuk membantu anak mencapai tahap perkembangan, dengan membawanya kembali ke tonggak sejarah yang mungkin terlewatkan. Selama sesi, orang tua atau terapis mengikuti petunjuk anak. Ini membantu dalam membangun hubungan antara anak dan orang dewasa. Hubungan inilah yang secara perlahan memungkinkan anak mengembangkan kemampuan dasar sosial, emosional dan komunikasi. Selama sesi, anak belajar untuk terlibat dengan orang lain, memulai tindakan, melakukan keinginannya dan membangun kesadaran bahwa tindakannya dapat memperoleh tanggapan dari orang lain. Sesi *floortime* berpusat pada anak sehingga kegiatan disetiap sesinya memotivasi anak karena dialah yang memilih setiap tindakan dan aktivitas yang dilakukan. Selain itu, pemilihan lingkungan alami anak untuk sesi ini juga berkontribusi untuk menenangkannya dan meningkatkan kenyamanannya. Singkatnya prinsip utama *floortime* adalah berusaha memanfaatkan setiap kesempatan yang ada untuk berinteraksi dengan cara yang disesuaikan dengan tahap perkembangan emosi. Interaksi diharapkan dimulai dari inisiatif anak, anak dianggap sebagai pemimpin dan kita mengikuti minatnya (Phytanza & Purwanta, dkk, 2021). Selain itu, penerapan metode *floortime* menekankan pada spontanitas dan suasana yang menyenangkan (Metzler, 2017; Scharoun et al., 2017), sehingga menciptakan interaksi dan komunikasi yang hangat bagi anak dan fasilitator (orangtua/pengasuh/terapis). Tidak hanya itu, metode ini juga mendorong anak berperan dan terlibat lebih aktif dalam setiap sesinya, sehingga tidak hanya membantu anak mencapai

perkembangan emosinya tapi juga perilaku, kognitif (kreativitas) serta keterampilan sosial lewat interaksi selama sesi berlangsung. Hal ini juga diperkuat dengan beberapa penelitian sebelumnya yang telah membuktikan bahwa intervensi kegiatan bermain *floortime* adalah metode yang efektif dalam meningkatkan keterampilan interaksi sosial anak ASD (Greenspan & Wieder, 2006; Dionne & Martini, 2011; Pajareya & Nopmaneejumruslers, 2011; Hess, 2013).

PENUTUP

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa metode *floortime* merupakan salah satu metode intervensi yang baik dan efektif untuk meningkatkan interaksi sosial anak dengan ASD, dalam rangka mengembangkan keterampilan sosialnya. Selain pelaksanaannya yang dilakukan dalam *setting* natural dan mengikuti arahan serta minat anak, setiap sesinya juga melibatkan tidak hanya terapis, tapi juga orangtua, saudara atau bahkan teman sebaya anak.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition (DSM-V). Washington : American Psychiatric Publishing.
- Badiah, Isni, Lutfi. (2018). The Importance of Social Skills for Autism. Advances in social science, educational and humanities research.
- Brojerdi, S. Farnaz. (2017). Social interaction in learners with Autism; How do teachers try to enhance social interactions in students with autism and which methods do they apply ?. University of Gothenburg.
- Dionne, Maryse & Rose Martini. (2010). Floortime Play with a child with Autism : A single-subject study. Canadian Journal of Occupational Therapy. CAOT Publications ACE.
- Firnady, Azlia, Dhisty, Lia M.B. (2020). Floortime Approach to Increase Communication Skills for Children With Autism Spectrum Disorder and Intellectual Impairment. Advances in

Social Science, Education and Humanities Research. ATLANTIS PRESS.

- Greenspan, I. Stanley, Georgia A.D. (2001). Functional emotional assessment scale. Interdisciplinary Council on Development & Learning Disorders.
- Grover, Vijay Kumar. (2015). Autism: social skills deficit and implication for classroom situation. International Journal of Multidisciplinary Research and Development.
- Horn, Stephanie E. (2011). DIR/FLOORTIME MODEL: USING RELATIONSHIP-BASED INTERVENTION TO INCREASE SOCIAL-EMOTIONAL FUNCTIONING IN CHILDREN WITH AUTISM. Southern Illinois University Carbondale.
- Isnania, D. Ezra, Lia M.B. (2019). DIR/Floortime untuk meningkatkan komunikasi antara anak dengan autisme dan ibu dengan profil sensori berbeda. Jurnal Psikologi Sains dan Profesi.
- Kirana, Elita, Ediasri T. A & Debora Basaria. (2018). Penerapan DIR Floortime pada anak dengan Autism Spectrum Disorder untuk meningkatkan kemampuan sosial. Jurnal Psibernetika.
- Lal Rubina & Rakhee Chhabria. (2013). Early intervention of Autism : A case for Floortime Approach. INTECH.
- Larasati, Ratih, Lia M.B., Mita A. (2017). Penerapan prinsip DIR/ Floortime meningkatkan kemampuan memusatkan atensi pada anak dengan ADHD.
- Liao, Ting-Shu, Yea-Shwu H. Yung-Jung Chen, et al. (2014). Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder: Preliminary Findings. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. Informa healthcare. USA
- Livingston, Lucy Anne, Emma Colvert, the Social Relationships Study Team, Patrick Bolton & Francesca Happé. (2019). Good social skills despite poor theory of mind: exploring compensation in autism spectrum disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry.

- Mash, J. Eric., David A. Wolfe. (2017). *Abnormal child psychology, seventh edition*. USA: Cengage Learning.
- Mercer, Jean. (2015). *Examining DIR/Floortime as a treatment for Children with Autism Spectrum Disorder : A review of research and theory*. Research on Social work practice. SAGE.
- Phytanza, Diajeng Tyas Pinru, Edi Purwanta, Hermanto Hermanto, Erick Burhaein² & Nevzat Demirci. (2021). FLOORTIME APPROACH: CAN IT IMPROVE THE LEARNING OUTCOMES OF SIDE-ROLLING EXERCISES FOR AUTISM SPECTRUM DISORDER STUDENTS?. *Sport Science*.
- Rohmawati, Anggraeni & Febrita Ardianingsih. (2020). Penerapan Floortime untuk interaksi sosial anak spektrum autis. UNESA.
- Runcharoen, Sawitree. (2014). The development of social interaction of children with autism in inclusive classroom. *Procedia-social and behavioral sciences*.
- Stone, Wendy, Lisa Ruble, Elaine Coonrod, et al. (2010). *TRIAD Social Skill Assessment Second Edition*. Vanderbilt Kennedy Center.
- Yeo, Jiar Kee, Kie Yin Teng. (2015). Social skill deficits in Autism. *Universal Journal of Educational Research*.

PROFIL SINGKAT

Yulita Anggelia adalah lulusan S1 dan juga Magister Psikologi Profesi (*majoring* klinis anak dan remaja) di Universitas Kristen Maranatha. Yulita memiliki pengalaman bekerja sebagai asisten dosen di UKM. Saat ini Yulita merupakan dosen muda di Satu University dan juga bekerja sebagai asisten psikolog sekaligus konselor di Biro Psikologi Mitra Pengembangan.

Ira Adelina lahir di Bandung; pendidikan S1 ditempuh di fakultas Psikologi Universitas Kristen Maranatha, dilanjutkan dengan Pendidikan Magister Profesi Psikologi di Universitas Kristen Maranatha. Ybs adalah dosen pengajar di Fakultas Psikologi Universitas Kristen Maranatha, juga aktif berkarya sebagai psikolog, konselor, pembicara, dan trainer.