

**TERAPI MODIFIKASI PERILAKU UNTUK PENANGANAN HIPERAKTIF
PADA ANAK RETARDASI MENTAL RINGAN**
*MODIFICATION BEHAVIOR THERAPY FOR TREATMENT HYPERACTIVE BEHAVIOR IN
MILD MENTAL RETARDATION*

Sukma Noor Akbar*

*Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat,
Jl. A. Yani Km 36,00 Banjarbaru Kalimantan Selatan, 70714, Indonesia*

**Email : snakbar@unlam.ac.id*

No. Handphone: 081330121200

ABSTRAK

Tujuan dari penelitian ini adalah (1) faktor-faktor apakah yang menyebabkan hiperaktif anak pada anak retardasi mental ringan? (2) Intervensi apakah yang tepat untuk anak yang mengalami hiperaktif pada anak retardasi metal ringan?. Subyek dalam kasus ini bernama D, anak laki-laki berusia 12 tahun 3 bulan. D sekolah di SLB Bagian C. Berdasarkan hasil tes psikologi, Kapasitas intelektual D tergolong kurang dan masuk dalam kategori Mild mentally retarded (IQ=52, Stanford Binet), sedangkan berdasarkan hasil asesmen observasi, wawancara dan tes psikologi (tes Binet, Grafis, VSMS) menunjukkan adanya keterlambatan dalam bicara dan berjalan, hambatan dalam berperilaku yaitu perilaku D sangat aktif terutama dalam keadaan situasional seperti di sekolah khususnya di kelas dan sulit berkonsentrasi (mudah teralihkkan perhatian oleh stimulus lain). Penyelesaian masalah ini adalah menggunakan modifikasi perilaku dengan menggunakan token ekonomi, untuk di sekolah bekerjasama dengan guru wali kelas D, reinforcement positif dan modelling untuk di rumah yang hasilnya ada sedikit pengurangan pada perilaku hiperaktif, D lebih mampu untuk memusatkan perhatian pada sesuatu yang sedang dilakukan dan lebih mampu untuk mengontrol perilakunya, serta D telah mampu melakukan keterampilan-keterampilan sederhana yang bermanfaat sehingga membantu D dalam aktivitas sehari-hari.

Kata Kunci : Retardasi Mental. Token Ekonomi, Modifikasi Perilaku

ABSTRACT

The purpose of this study (1) How factors that cause child hyperactivity in children mild mental retardation? (2) How appropriate interventions for children who have hyperactivity in children light metal retardation ?. The subjects a child aged 12 years and 3 months. Based on the results of psychological tests, subjects classified as less intellectual capacity and in the category Mild mentally retarded (IQ = 52, Stanford Binet), while based on the results of asesmen observation, interviews and psychological tests (Binet test, Graphics, VSMS) indicate a delay in speech and walk, obstacles in the act that is the behavior of the subjects are very active, especially in the situational circumstances such as in schools, especially in the classroom and difficulty concentrating (easily distracted attention by other stimulus). Completion of this problem is to use behavior modification using a token economy, positive reinforcement and modeling for the home which result there was a small reduction in hyperactive behavior.

Keywords: mental retardation. token economy, behavior modification

Tidak semua anak dilahirkan tumbuh dengan normal, salah satu hambatan perkembangan pada anak adalah retardasi mental, yaitu gangguan pada kognitif. Anak dengan gangguan tersebut tentunya membutuhkan perhatian lebih dari orangtua sebab anak

dengan retardasi mental sepanjang hidupnya menghadapi lebih banyak risiko daripada individu yang normal, risiko ini akan bertambah sesuai dengan beratnya retardasi mental. (Maramis, 1994) *The American Association on Mental Retardation*

(AAMR), mendefinisikan retardasi mental adalah fungsi intelektual yang secara umum berada di bawah rata-rata yang disertai dengan keterbatasan fungsi adaptasi di dua atau lebih area yaitu komunikasi, merawat diri, kecakapan sosial-interpersonal, memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat, mengatur diri, kemampuan fungsi akademik, bekerja, memanfaatkan waktu luang, kesehatan dan keselamatan dan muncul sebelum usia 18 tahun (Hardman, M.L., Drew, C.J., & Egan, M.W., 2002 :280). Anak yang mengalami retardasi mental mempunyai batas kemampuan dalam mengembangkan aneka keterampilan untuk menghadapi tuntutan-tuntutan lingkungan secara memadai dan mandiri (Supratiknya, 2003)

Sebenarnya banyak penderita retardasi mental ringan, retardasi mental sedang bahkan retardasi mental berat, dapat mengalami perkembangan kepribadian yang normal seperti orang yang intelegensinya normal. Sebagian besar jumlah penderita retardasi mental dapat mengembangkan penyesuaian sosial yang baik serta kemampuan hubungan dan kasih sayang antar manusia yang wajar bila terdapat lingkungan keluarga yang memahaminya dan memberi semangat kepadanya secara memadai serta fasilitas pendidikan latihan yang tepat (Maramis, 1994). Retardasi mental bisa dipandang sebagai masalah kedokteran, psikologis, atau pendidikan, akan tetapi pada analisis terakhir merupakan masalah sosial karena pencegahan, pengobatan dan terutama perawatan serta pendidikan penderita retardasi mental hanya dapat dilakukan dengan baik melalui usaha-usaha kemasyarakatan (sosial) (Maramis, 1994).

Retardasi mental bisa menyebabkan anak mengalami hendaya hiperaktif bukan merupakan penyakit tetapi suatu gejala simptom terjadi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kerusakan pada otak (*brain damage*), kelainan emosional (*an emotional disturbance*), kurang dengar (*a hearing deficit*) atau tunagrahita (*mental retardation*). Banyak sebutan atau istilah hiperaktif antara lain *minimal cerebral dysfunction*, *minimal brain damage*, *minimal cerebral palsy*, *hyperactive child syndrome* dan *attention deficit disorder with hyperactive*. Ciri-ciri yang dapat dilihat antara lain selalu berjalan, tidak mau diam, suka mengganggu teman, suka berpindah-pindah, sulit berkonsentrasi, sulit mengikuti perintah atau suruhan, bermasalah dalam belajar, dan kurang atensi terhadap pelajaran (Delphie, 2006). Penulis menganggap bahwa subyek yang menjadi kajian pada kasus ini adalah subyek yang mengalami hendaya retardasi mental ringan disertai dengan hiperaktif, hiperaktif subyek berbeda dengan anak gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif (GPPH) sebab hiperaktif subyek adalah situasional terutama saat subyek berada di sekolah, sedangkan anak gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif (GPPH) akan aktif di segala tempat yang seharusnya menuntut subyek untuk diam.

Berdasarkan studi preliminary D (subyek) yang mengalami hiperaktif akan mengacaukan seisi rumah tangga. Kegiatan motoriknya membuat penataan rumah menjadi kacau dan berantakan. Hiperaktif membuat D menjadi tidak dapat bermain dengan mainan apapun secara menetap, seringkali D tersebut bermain kelereng, kemudian berganti dengan permainan lain. Selama di rumah D sering melawan perintah orangtuanya dan berperilaku sesuai dengan kehendak hatinya, apabila sesuatu tidak dipenuhi oleh orangtuanya seperti meminta uang D terus mengejar-orangtuanya sampai diberikan uang, kalau tidak diberikan D akan memukul diri sendiri, *mangkel* dan pernah membenturkan kepalanya ketembok.

Di sekolah, saat dikelas dan pelajaran yang aktif seperti tanya jawab, D cepat dalam menangkap pertanyaan yang diajukan oleh gurunya, namun apabila pelajaran yang kurang aktif seperti menulis D menjadi kurang konsentrasi dan malas bahkan seringkali subyek tertidur, untuk itu guru dikelas sering menggedor-gedor meja biar D terbangun dan konsentrasi lagi dalam pelajaran, selama tanya jawab D terlihat aktif dan sering bercanda dengan teman dan gurunya.

D selalu mengaku bisa dalam menjawab setiap pertanyaan yang diberikan namun setelah ditanya ulang D menjawab salah, setelah diulang beberapa kali baru D mengerti. Saat ulangan umum D sangat cepat menjawab dibandingkan teman-teman lainnya, terlihat D cuma membaca sekali saja dan langsung menjawab tidak dipikir secara seksama sehingga hasilnya setelah diperiksa banyak yang salah, setelah selesai D keluar kelas tanpa permisi, Bu guru mengatakan bahwa ulangannya dicek lagi akan tetapi D bersikeras bahwa pekerjaannya telah selesai di jawab.

Saat teman-temannya kebingungan dalam menjawab pertanyaan dan bertanya dengan penulis D menyela dan memberi jawaban yang benar, tidak sesuai dengan jawaban di ulangannya yang salah. Bu T menyimpulkan bahwa D bisa mengerjakan apabila ditunggu didepan mejanya begitu juga dengan tambahan dan pengurangan dipapan tulis, D juga bisa menjawabnya, namun setelah D mengerjakan kembali di buku tulis, D asal-asalan dan banyak sekali kegiatan lain yang dilakukannya.

Anak-anak hiperaktif sangat mungkin memperlihatkan keterbelakangan maupun keterlambatan perkembangan. Saat anak mulai bisa berbicara seringkali terlambat, demikian pula kemampuan dalam belajar tentang cara memusatkan perhatian, mengurus diri sendiri dan bergaul dengan anak-anak lain. Anak hiperaktif juga lambat dalam belajar dan bisa menyebabkan anak mendapatkan masalah ketika sekolah (Taylor, 1992). Di sekolah anak hiperaktif akan bertingkah laku sama seperti di rumah dengan perilaku “mengacaunya” sehingga guru di sekolah tidak dapat mempertahankan anak tersebut dan kemudian mengeluarkannya (Sidharta, 1994) Perilaku-perilaku mengacau yang membedakan dengan

anak lain di sekolah tersebut adalah perilakunya yang sangat aktif seperti sering menolak dan mengacuhkan perintah yang diberikan oleh gurunya, sering mengganggu teman-temannya, berbicara terlalu banyak dan keras baik saat mengajak temannya untuk berbicara maupun saat berbicara sendiri dan perilaku-perilaku lainnya yang merugikan suasana kelas maupun bagi diri anak sendiri.

Anak hiperaktif yang berhasil melewati masa sulit adalah anak yang mempunyai orangtua dan guru yang bisa memahami adanya hambatan pada anak, mau menerima dan menghargai keadaan anak tersebut sebagai pribadi-pribadi (Taylor, 1992)

Melihat banyaknya permasalahan yang harus dihadapi baik bagi diri anak sendiri maupun orangtua, peneliti merasa perlu untuk memberikan penanganan yang tepat bagi anak dan orangtua. Selama ini yang menjadi fokus perhatian untuk diberikan penanganan hanya tertuju pada anak retardasi mental sedangkan bagi orangtua seperti kurang mendapat perhatian, padahal orangtua juga mengalami masalah yang cukup berat akibat dari perilaku-perilaku yang ditunjukkan anak retardasi mental dengan hiperaktif tersebut. Peneliti mencoba untuk memberikan pelatihan kepada orangtua dan guru dengan menggunakan modifikasi perilaku dalam menangani perilaku hiperaktif pada anak retardasi mental.

Spiegler & Guevremont (2003) menerangkan bahwa modifikasi perilaku adalah suatu prosedur dengan merubah konsekuensi perilaku (seperti penguatan) dan juga mengubah kondisi-kondisi stimulus yang menimbulkan perilaku. Dobron & Daniel (dalam Matson & Barret: 2003) menerapkan modifikasi perilaku pada enam anak retardasi mental dengan hiperaktif (rata-rata usia 11.5) dengan menggunakan token ekonomi dan teknik *reinforcement* menjelaskan ada penurunan hiperaktif sebanyak 75 persen.

D dalam kasus ini adalah seorang anak laki-laki berusia 12 tahun 3 bulan, merupakan anak pertama dari 3 bersaudara tetapi anak kedua dari pasangan pasangan A.R dan S.A.M meninggal dunia akibat terbelit tali pusar. D sekolah di SLB (Sekolah Luar Biasa) Bagian C di SLB Sasanti Wiyata Surabaya. Berdasarkan hasil tes psikologi, Kapasitas intelektual D tergolong kurang dan masuk dalam kategori *Mild mentally retarded* (IQ=52, Stanford Binet), sedangkan berdasarkan hasil asesmen observasi, wawancara dan tes psikologi (tes Binet, Grafis, VSMS) menunjukkan adanya keterlambatan dalam bicara dan berjalan, hambatan dalam berperilaku yaitu perilaku D sangat aktif terutama dalam keadaan situasional seperti di sekolah khususnya di kelas dan sulit berkonsentrasi (mudah teralihkan perhatian oleh stimulus lain). D telah tiga kali pindah sekolah dikarenakan D sering mengganggu temannya dan tidak bisa menerima pelajaran disekolah, kurangnya kemandirian D disebabkan oleh ketidakmampuan anak dalam mengendalikan

hiperaktifnya dan pola asuh di rumah yang selalu dibantu oleh nenek juga akan membuat D kurang mampu membangun perilaku positif secara mandiri, dari perilaku-perilaku yang ditunjukkan subyek di atas maka penulis menganggap bahwa kasus ini unik dan menarik untuk diteliti sehingga penulis mengambil kasus ini sebagai kajian.

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah (1) faktor-faktor apakah yang menyebabkan hiperaktif anak pada anak retardasi mental ringan? (2) Intervensi apakah yang tepat untuk anak yang mengalami hiperaktif pada anak retardasi mental ringan?

International Classification of Disease (ICD-10) mendefinisikan retardasi mental adalah suatu kondisi terhentinya atau tidak lengkapnya perkembangan pikiran, yang terutama ditandai oleh gangguan keterampilan yang dimanifestasikan selama periode perkembangan, yang mempengaruhi keseluruhan tingkat kecerdasan, yaitu, kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial (Kaplan & Sadock, 1997).

American Psychiatric Association (APA) membuat gambaran retardasi mental sebagai fungsi intelektual yang secara umum berada dibawah rata-rata (kriteria A) yang disertai dengan keterbatasan fungsi adaptasi minimal di dua area; komunikasi, merawat diri, kecakapan sosial-interpersoanal, memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat, mengatur diri, ketrampilan fungsi akademik, bekerja, memanfaatkan waktu luang, kesehatan dan keselamatan (kriteria B) dan muncul sebelum usia 18 tahun (DSM IV, 1994)

Faktor penyebab dalam retardasi mental adalah kondisi genetik (kromosom dan bawaan), kondisi pranatal dengan infeksi dan toksin, trauma perinatal (seperti prematuritas), kondisi yang didapat dan faktor sosiokultural. Keparahan retardasi mental didapat yang dihasilkannya adalah berhubungan dengan saat dan lama trauma atau pemaparan pada sistem saraf pusat (Kaplan & Sadock, 1997).

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya retardasi mental antara lain : (a) kelainan kromosom, Sejumlah kelainan kromosom autosomal diketahui berhubungan dengan retardasi mental seperti : *down's syndrome*, trisomy 22, trisomy 18, trisomy 13-15, chi du chat yang tidak terdapat cabang pendek kromosom 5 dan ring kromosom (Bakwin & Bakwin, 1972) Simptom-siptom *down's syndrome* adalah sering bermata sipit, mirip orang mongol, kelopak mata tebal, wajah lebar dan hidung pesek-lebar, belakang kepala lebar, lidah besar disertai garis-garis lubang dalam, leher pendek dan lebar, tangan pendek dan lebar, jari-jari tangan pendek dan tebal, mampu mempelajari aneka keterampilan untuk menolong diri sendiri (Supratiknya, 2003); (b) faktor genetik, faktor genetik yang kemungkinan menyebabkan retardasi mental (Erickson, 1982) adalah (1) *Phenylketonuria* (KPU) yaitu gangguan metabolisme bawaan, individu yang mengalami KPU kemungkinan besar mengalami

problem-problem perilaku seperti hiperaktivitas, kecemasan maupun perilaku mengamuk, ditambahkan oleh Kaplan & Sadock (1997) sebagian besar pasien dengan KPU mengalami retardasi mental berat tetapi beberapa pasien dilaporkan memiliki kecerdasan yang normal (2). *Neurofibromatosis* yaitu sindroma neurokutaneus yang paling sering disebabkan gen dominan tunggal, retardasi mental ringan ditemukan hampir pada sepertiga penderitanya (Kaplan & Sadock, 1997); (c) faktor Pranatal, persyaratan penting untuk perkembangan keseluruhan janin adalah kesehatan fisik, psikologis, nutrisi maternal selama kehamilan. Infeksi maternal selama kehamilan, terutama infeksi virus telah diketahui menyebabkan kerusakan janin dan retardasi mental. Gangguan-gangguan medis berikut ini telah diketahui pasti sebagai kondisi resiko tinggi untuk retardasi mental yaitu : (1) Pada wanita hamil yang terkena sipilis, bayi dikandungnya dapat mengalami kerusakan otak. Kerusakan ini juga dapat terjadi akibat infeksi sesudah bayi dilahirkan. Obat-obatan tertentu yang dikonsumsi oleh ibu selama hamil atau yang dikonsumsi bayi berlebihan dapat menimbulkan keracunan yang mengakibatkan kerusakan pada otak. Gangguan retardasi mental organik yang timbul dapat berupa kretinisme (Supratiknya, 2003). (2) Rubella (campak Jerman), rubella telah menggantikan sifilis sebagai penyebab utama malformasi kongenital dan retardasi mental oleh infeksi maternal. Anak-anak dari ibu yang terkena menunjukkan sejumlah kelainan termasuk penyakit jantung kongenital, retardasi mental, katarak, ketulian, mikrosefali dan mikroftalmia (Kaplan & Sadock, 1997: 684); (d) faktor Perinatal, banyak anak lahir prematur dengan berat badan kurang dari dua setengah kilogram ternyata memiliki gangguan saraf dan retardasi mental. Cedera fisik waktu lahir atau tak lama sesudah lahir juga dapat mengakibatkan kerusakan pada otak karena bayi terlambat bernafas sesudah dilahirkan atau karena sebab lain. Gangguan retardasi mental yang ditimbulkan dapat berupa kretinisme; (e) malnutrisi dan Sebab-Sebab Lain, kekurangan protein baik waktu bayi masih berada dalam kandungan maupun sesudah dilahirkan dapat mengakibatkan retardasi mental. Radiasi dan tumor otak juga dapat menjadi penyebab kerusakan otak dan retardasi mental. Kondisi-kondisi sosiokultural tertentu yang tidak menguntungkan juga dapat menimbulkan retardasi mental. Ada dua jenis: retardasi mental akibat deprivasi sensorik dan sosial yang berlangsung selama tahun-tahun pembentukan, misalnya seorang bayi yang diasuh dalam keadaan terisolasi dari dunia luar oleh seorang ibu yang mengalami gangguan mental dapat tumbuh menjadi anak yang terbelakang, yang kedua adalah retardasi kultural familial akibat kualitas interaksi dan lingkungan kultural yang tidak memadai, misalnya dapat dijumpai di kalangan anak-anak yang dibesarkan di tengah kondisi kemiskinan dengan segala eksisnya (Supratiknya, 2003:80).

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa secara umum ada dua faktor penyebab retardasi mental, yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan, misalnya gangguan prenatal, perinatal, postnatal, penelantaran psikososial.

Kata 'hiperaktif' (*hyperactivity*) digunakan untuk menyatakan suatu pola perilaku pada individu yang menunjukkan sikap tidak mau diam, tidak menaruh perhatian dan impulsif. Anak yang hiperaktif selalu bergerak, tidak mau diam bahkan dalam situasi ketika mengikuti pelajaran di kelas yang menuntut agar bersikap tenang, tidak pernah merasakan asyiknya permainan atau mainan yang umumnya disukai oleh anak-anak seusianya, sebentar-sebentar anak tersebut bergerak untuk beralih dari permainan atau mainan yang satu kelainnya (Taylor, 1992). Matson & Barret (1993) menjelaskan perilaku hiperaktif adalah (1) perilaku yang berlebihan secara kuantitatif, (2) perilaku yang berlebihan pada situasi yang tidak tepat, (3) sebuah sindrom psikiatri spesifik atau gangguan.

Dari berbagai pendapat di atas maka dapat disimpulkan bahwa hiperaktif yaitu pola perilaku pada individu yang menunjukkan sikap tidak mau diam, tidak menaruh perhatian dan impulsif. Anak yang hiperaktif selalu bergerak, tidak mau diam bahkan dalam situasi ketika mengikuti pelajaran di kelas yang menuntut agar bersikap tenang, tidak pernah merasakan asyiknya permainan atau mainan yang umumnya disukai oleh anak-anak seusianya, anak tersebut bergerak untuk beralih dari permainan atau mainan yang satu kelainnya.

Hiperaktif bisa terjadi pada semua tingkatan intelegensi dari di atas rata-rata, rata-rata maupun di bawah rata-rata (Baihaqi & Sugiarmin, 2006). Pendapat serupa dikemukakan Taylor (1992). Hiperkenetis dapat diderita oleh anak-anak dalam semua tingkat kecerdasan. Anak hiperaktif seringkali mengalami hambatan dalam belajar sehingga akan lambat dalam menguasai kemampuan memusatkan perhatian dan pengendalian diri. Anak dengan kemampuan memusatkan perhatian yang kurang berkembang dengan sendirinya mengalami kesulitan mempelajari kemampuan-kemampuan yang lain.

Anak retardasi mental biasanya memiliki motorik yang banyak gerak (hiperaktif) dan mempunyai masalah dalam konsentrasi dikarenakan anak retardasi mental mudah bereaksi atas macam-macam rangsangan sehingga cepat dibawa kelain arah (Dicke 2000)

Beberapa kasus hiperaktif dapat dianggap sebagai jenis keterbelakangan atau kelambatan perkembangan. Saat anak mulai bisa berbicara seringkali terlambat, demikian pula kemampuan dalam belajar tentang cara memusatkan perhatian, mengurus diri sendiri dan bergaul dengan anak-anak lain. Anak hiperaktif juga lambat dalam belajar dan bisa menyebabkan anak mendapatkan masalah ketika sekolah (Taylor, 1992) Di sekolah anak hiperaktif akan

bertingkah laku sama seperti di rumah dengan perilaku “mengacaunya” sehingga guru di sekolah tidak dapat mempertahankan anak tersebut dan kemudian mengeluarkannya (Sidharta, 1994)

Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa gangguan retardasi mental dapat menyebabkan anak menjadi hiperaktif sehingga anak lebih banyak mengalami kesulitan baik dalam bidang akademis di sekolah maupun dalam mengendalikan dirinya.

Metode asesmen terbagi tiga yaitu observasi, wawancara dan tes psikologi (Slamet & Markam 2003) teknik observasi yang digunakan adalah observasi partisipan, dimana peneliti turut ambil bagian dalam kehidupan. Pengamatan partisipatoris memungkinkan peneliti dapat berkomunikasi secara akrab dan leluasa, sehingga memungkinkan untuk bertanya secara lebih rinci dan detail (Rahayu & Ardani, 2004:11).

Alat observasi yang digunakan adalah *anecdotal*, pencatatan perilaku dilakukan sesegera mungkin pada tingkah laku anak retardasi mental yang hiperaktif, peneliti mencatat secara teliti apa dan bagaimana perilaku anak terjadi baik disekolah maupun dirumah. Hal-hal yang perlu diobservasi adalah (1) Penampilan fisik *observee* yang meliputi tinggi badan, berat badan, warna kulit dan lain-lain, (2) Gerakan tubuh atau penggunaan anggota tubuh seperti bagaimana postur tubuh subyek, bagian mana dari tubuh subyek yang sering digunakan, (3) Ekspresi wajah, yaitu bagaimana ekspresi wajah *observee* ketika berbicara, (4) Pembicaraan, yaitu bagaimana isi pembicaraan yang dilakukan, (5) Reaksi emosi, yaitu bagaimana reaksi emosi *observee*, (6) Aktivitas yang dilakukan, misalnya jenisnya, lamanya, dengan siapa dan sebagainya, (7) dan beberapa hal yang perlu diobservasi sesuai dengan tujuan observasi (Rahayu & Ardani, 2004:26-27).

Teknik wawancara yang digunakan adalah *semi-structured interviews*, peneliti menggunakan wawancara yang dibuat berupa daftar pertanyaan, tetapi tidak berupa kalimat-kalimat yang permanen (mengikat), dalam wawancara ini peneliti membawa kerangka-kerangka pertanyaan untuk disajikan kepada *significant others* yaitu orangtua, paman, bibi, guru, maupun D sendiri (Rahayu & Ardani, 2004)

Tes psikologi yang diberikan kepada D berupa tes intelegensi, tes proyektif dan tes kematangan sosial, tes tersebut adalah : Tes Stanford-Binet, Tes Grafis, Tes Vineland Social Maturity Scale (VSMS), Tes Visual Motorik.

Token ekonomi adalah bentuk perjanjian perilaku yang menggunakan token sebagai *reward* langsung untuk menentukan perilaku yang akan dibentuk, umumnya token tidak mempunyai nilai intrinsik sebelum ditukarkan dengan objek atau aktivitas lain yang bernilai bagi anak (Barkley, 1990) sedangkan menurut Spiegler & Guevremont (2003)

token ekonomi adalah suatu sistem untuk memotivasi klien untuk melaksanakan perilaku yang diinginkan dan untuk menahan diri dari perilaku yang tidak diinginkan. Token ekonomi digunakan karena berdasarkan pengamatan peneliti selain mudah diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, menggunakan token sebagai *reward* langsung, juga dapat mengajarkan D agar mampu menunda keinginannya. Token juga diberikan kepada murid-murid di kelas, hal ini dilakukan untuk membuat suasana kelas menjadi lebih kondusif, sebab murid-murid lain seringkali memberikan andil yang membuat D menjadi susah diatur oleh guru.

Berdasarkan pengamatan dari peneliti, D mampu melakukan pekerjaan sehari-hari yang sederhana misalnya membantu membelikan dan mengantarkan minuman/ teh botol apabila ada tamu di rumah D dan kemudian mempersilalkannya, meletakkan piring dan mencucinya sehabis makan, membelikan keperluan rumah tangga di warung dekat rumah D, merapikan barang-barang setelah D selesai bermain dan merapikan tempat tidur subyek serta tugas-tugas rumah tangga sederhana lainnya. D tampak terlihat sangat senang dan bangga jika ada orang lain yang memperhatikan serta memberi pujian atas perilakunya.

Aktivitas yang dijalani D dalam kesehariannya tidak efektif untuk pengembangan diri dan untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi tantangan hidup menjalani tugas-tugas perkembangannya. D lebih banyak memanfaatkan waktu dengan menonton televisi sendiri di rumah tanpa pendampingan orang tua dan bermain sehabis pulang dari sekolah dengan siapapun yang tidak jelas tujuannya. D terbiasa melakukan apapun yang dia kehendaki, orang tuanya maupun keluarga di rumah cenderung kurang memperhatikan bahkan terkesan membiarkan D saat D bermain diluar rumah.

D seringkali memotong pembicaraan orang lain atau mengamuk apabila keinginannya tidak segera dipenuhi, meminta perhatian saat itu juga, membuat keributan kalau disuruh menunggu beberapa menit, dan melakukan hal-hal seperti selalu merengek-rengok dan mengejar bapaknya apabila D minta sesuatu, melemparkan barang yang ada disekitarnya hanya mendapatkan sesuatu yang diinginkannya. Perilaku-perilaku negatif yang ditunjukkan oleh D di atas perlu dihadapi oleh orangtua adalah dengan dengan cara tidak ada perhatian sama sekali atau mengabaikannya (*reinforcement negative*) sehingga anak mengerti bahwa dengan perilaku negatifnya tidak akan membuat orangtua memberikan sesuatu yang diinginkannya.

Hukuman (*punishment*) akan efektif apabila langsung diberikan setelah anak melakukan sesuatu yang tidak menyenangkan, apabila hukuman itu tidak dilaksanakan yang dipelajari oleh anak dianggap orangtua tidak serius dengan hukumannya. Jadi orangtua harus menyadari bahwa mereka menghukum

anak harus melaksanakan hukuman tersebut, namun orangtua harus juga berpikir apakah hukuman itu realistis atau dapat dilaksanakan oleh D. Jangan menggunakan hukuman seperti kekerasan fisik (memukul) atau hukuman *verbal* (memarahi). Hal yang perlu diperhatikan adalah jangan terlalu sering memberikan hukuman karena akan mengurangi efektivitas dan D akan merasa menjadi tidak takut. Hukuman-hukuman yang diberikan bisa berupa pengurangan hak anak seperti tidak boleh bermain, tidak boleh menonton televisi atau pemotongan uang jajan.

Pada proses *modeling*, orang tua maupun guru di sekolahnya mengajarkan D aktivitas tertentu yang bermanfaat bagi D untuk pengembangan vokasional skill D, misalnya mencuci piring setelah D makan, membersihkan dan merapikan setelah selesai bermain, menjaga kerapian kamar serta membelikan keperluan sederhana di warung dekat rumah. D akan dilatih dengan kegiatan-kegiatan yang bermanfaat sebagai bekal menjalani tantangan hidupnya kelak, walaupun dalam lingkup kecil. Aktivitas dalam modeling ini berkaitan dengan prosedur pengukuhan positif di atas. Ketika D berhasil melakukan target perilaku yang diharapkan, maka D akan mendapat pengukuhan positif dari orang tua, guru atau dari peneliti.

Peneliti membantu menyusun jadwal kegiatan harian D yang bertujuan untuk membuat anak sadar dan bertanggungjawab untuk melakukan tugas mandiri sebagai motivasi D agar berperilaku konstruktif. Proses pembelajaran metode ini juga meningkatkan kontrol diri yang meliputi teknik pencatatan diri (*self-recording*), evaluasi diri (*self-evaluation*), dan pengukuhan diri (*self-reinforcement*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

D adalah seorang anak laki-laki berusia 12 tahun 7 bulan dan merupakan anak pertama dari 3 bersaudara tetapi yang masih hidup ada dua bersaudara, anak kedua pasangan A.R dan S.A.M meninggal dunia akibat terbelit tali pusar. Waktu hamil ibu D tetap kerja pada bagian proses di perusahaan obat, setelah itu pindah kerja ke perusahaan es saat itu Ibu D sering terjatuh karena licinnya lantai dan juga sering keletihan. Riwayat kelahiran D normal namun karena masa kelahiran terlambat membutuhkan obat perangsang dan Ibu di infus, berat badan lahir S 2,8 ons dan panjangnya 50 cm. Saat D lahir diinfus karena masa kehamilan terlambat yaitu sekitar 9 bulan 21 hari sehingga harus dirujuk ke Rumah sakit dr. Soetomo karang menjangan. Usia 13 bulan D di opname di rumah sakit selama 4 hari karena diare/ sakit berak karena kebanyakan makan. Usia 4 tahun D menderita demam berdarah dan harus diopname selama 10 hari.

D mulai bicara pada usia 4 tahun secara lancar, sebelumnya D hanya mengucapkan kata yang kurang jelas (*ngoceh*) seperti "*ba...baa...dan wa..waa*" untuk

berkomunikasi. Usia 4 tahun pula D sekolah di Play group TK Belia selama 2 tahun sampai dengan usia D 6 tahun, di TK tersebut keluhan yang didapat adalah D merupakan anak yang kurang bergaul dengan teman-temannya disekolah dan sering juga sendirian, selain itu motorik kasarnya mengalami hambatan karena bobot badan yang besar sehingga tidak bisa bergerak lincah seperti teman-teman lainnya serta pada kegiatan seperti pelajaran menyanyi subyek sering diam.

Tahun 2000 D masuk SDN Banjar Sugihan V pada usia 6 tahun. Selama di sekolah tersebut guru-guru mengeluhkan dan tidak sanggup untuk mendidik D disebabkan tingkah lakunya yang selalu mengganggu teman-teman lainnya dan sering menganggap mudah pelajaran walaupun sebenarnya D tidak bisa. D juga sering berkata kasar dan berani kepada gurunya, pernah suatu ketika D mengancam gurunya dengan melaporkan ke polisi dikarenakan D tidak terima dengan perkataan gurunya. Waktu kelas 1 juga D sering meludahi bapaknya namun sekarang sudah tidak pernah lagi, akibat dari tingkah laku D selama di sekolah D menjadi tidak naik kelas, namun gurunya mau memberikan dispensasi dengan menaikkan D ke kelas 2 namun dengan catatan D harus pindah sekolah, sedangkan dalam berjalan D juga mengalami kelambatan yaitu sekitar 17 bulan.

Akhirnya D pindah sekolah ke SDN Banjar Sugihan II, sekolah ini dipilih karena ada guru yang dekat dengan Ibunya sehingga perilaku D menjadi lebih mudah di perhatikan, namun tingkah laku D tidak berubah D juga berperilaku seperti saat di sekolah sebelumnya, suka mengganggu teman-temannya dan berkata kasar pada gurunya seperti bilang "*Bu guru baumu gak enak*", saat ada kambing di luar kelas D pergi keluar untuk bermain-main dengan kambing walaupun saat itu ada masih ada pelajaran di kelas. Gurunya juga mengeluhkan D sering mengantuk dan sering mendapat nilai jelek. D pernah protes kepada gurunya karena mendapat nilai nol dan sering menyembunyikan nilai jeleknya dilemari gurunya karena takut dimarahi oleh orangtuanya, namun apabila D mendapat nilai bagus, D sering memperlihatkan kepada orang tuanya dan meminta hadiah uang karena D mendapat nilai bagus.

D bersekolah di SDN Banjar Sugihan II hanya selama 1 semester, semester berikutnya S bersekolah di SLB sasanti wiyata kelas II SDLB sampai sekarang S sudah berada di kelas IV. D sebenarnya merupakan anak kelas IV namun karena keterbatasan guru dan tempat D digabungkan dengan anak kelas V, selama ini D mampu mengikuti pelajaran-pelajaran dan tidak mengalami hambatan yang diberikan setara dengan pelajaran anak kelas V. Waktu dikelas dan pelajaran yang aktif seperti tanya jawab D cepat dalam menangkap pertanyaan yang diajukan oleh gurunya, namun apabila pelajaran yang kurang aktif seperti menulis D menjadi kurang konsentrasi bahkan seringkali D tertidur untuk itu Bu T menggedor-gedor

meja biar D terbangun dan konsentrasi lagi dalam pelajaran, selama tanya jawab D terlihat aktif dan sering bercanda dengan teman dan gurunya. D selalu mengaku bisa dalam menjawab setiap pertanyaan yang diberikan namun setelah ditanya ulang D menjawab salah, setelah diulang beberapa kali baru D mengerti. Waktu ulangan umum D sangat cepat menjawab dibandingkan teman-teman lainnya, terlihat D cuma membaca sekali saja dan langsung menjawab tidak dipikir secara seksama sehingga hasilnya setelah diperiksa banyak yang salah, setelah selesai D keluar kelas tanpa permisi, bu guru mengatakan bahwa ulangannya dicek lagi akan tetapi D bersikeras bahwa pekerjaannya telah selesai D di jawab. Saat teman-temannya kebingungan dalam menjawab pertanyaan dan bertanya terhadap pemeriksa D menyela dan memberi jawaban yang benar, tidak sesuai dengan jawaban di ulangnya yang salah. Bu T menyimpulkan bahwa D bisa mengerjakan apabila ditunggu didepan mejanya begitu juga dengan tambahan dan pengurangan dipapan tulis, D juga bisa menjawabnya, namun setelah D mengerjakan kembali di buku tulis, D asal-asalan dan banyak sekali kegiatan lain (*action*) yang dilakukannya.

Selama di rumah D sering melawan perintah orangtuanya dan seenaknya sendiri, apabila sesuatu tidak dipenuhi oleh orangtuanya seperti meminta uang D terus mengejar-ngejar orangtuanya sampai diberikan uang, kalau tidak diberikan D akan memukul diri sendiri, mangkel dan membenturkan kepalanya ketembok. Pernah suatu hari D minta uang kepada bapaknya dana bapaknya tidak memberikan uang, namun D berkelit "*bahwa aku ini anakmu masa gak dikasih uang, mau tha anaknya kelaparan*". D sangat pintar dalam memanfaatkan situasi, menurut bapaknya D sering minta uang pada saat ada tamu dan bapaknya memberikan uang tersebut karena takut akan bertengkar dengan D. Hal ini terlihat pada saat peneliti datang bertamu D meminta uang untuk beli sesuatu.

D suka makan bahkan dalam sehari bisa sampai sepuluh kali makan-makanan orang dewasa seperti pecel, lontong lodeh, dan lain-lain juga makanan kesukaannya seperti pentol, untuk jajan D menurut ayahnya bahkan sekitar Rp. 10.000 sehari. D sangat susah untuk buang air besar pernah sampai beberapa hari D tidak kebelakang, menurut Ibunya hal ini terjadi sejak D masih bayi, saat D ingin buang air besar D tidak pernah bicara namun tanda-tanda yang terlihat adalah keluarnya keringatan yang berlebihan dan D berdiam diri, untuk itu keluarga sering memaksa untuk kebelakang mengantarnya sebab D tidak mau apabila saat D buang air besar tidak ditunggu dan dibersihkan oleh orang lain bekas kotorannya.

Selama di SLB Sasanti Wiyata perilaku-perilaku yang dikeluhkan oleh guru adalah perilaku sangat aktif dan sulit berkonsentrasi (mudah teralihkan oleh stimulus lain), perilaku menentang dan tidak menuruti perintah yang diberikan oleh guru maupun

orangtua, selalu bicara selama pelajaran berlangsung serta tidak dapat duduk tenang selama pelajaran berlangsung, sedangkan hasil assessment yang didapat menyimpulkan bahwa Kapasitas intelektual S berfungsi pada taraf *Mild mentally retarded* (IQ=52, Stanford Binet). Secara umum kemampuannya saat ini masih berkembang setara dengan usia 5 tahun 8 bulan, yang berarti mengalami kelambatan 6 tahun 3 bulan. Akibat dari keterbatasan kognisi di lingkungan sosialnya D menjadi individu yang kurang mampu dalam menyesuaikan diri, hanya bergaul dengan orang yang jauh dibawah usianya. Kematangan sosial D masih setara dengan anak usia 8-9 tahun yang berarti ada keterlambatan sekitar 3 tahun sehingga D masih memerlukan bimbingan dan dukungan dari orang disekitarnya dan juga latihan-latihan untuk mengoptimalkan kemampuan dalam kematangan sosial. D kurang mampu menahan dorongan hatinya sehingga saat D mempunyai suatu keinginan maka keinginan tersebut harus segera dipenuhi.

Keluarga D merupakan keluarga besar, saat ini orangtua D masih tinggal di rumah orangtua dari Ibu D, sehingga selain orangtua, dan saudara perempuan D masih banyak keluarga lain yang tinggal di rumah D seperti dua orang bibi D, kakek-nenek D serta nenek buyut D. Keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki D menimbulkan setiap D melakukan kesalahan selalu dimarahi dengan kata-kata kasar bahkan D sering dihindari oleh keluarganya dikarenakan kebiasaan mengganggu. Ibu D bekerja di perusahaan sejak pukul 07.00-22.00 setiap hari, sedangkan bapak D dari 07.00-15.30, namun untuk sabtu dan minggu kadang-kadang libur sehingga D banyak melakukan aktivitas di luar rumah tanpa diawasi oleh keluarga D.

Pendekatan Fragmental akan menerangkan D dalam beberapa aspek yaitu:

1. Interpretasi Fragmental

a. Aspek Dorongan / Motivasi

D memiliki dorongan-dorongan yang tidak terkendali dan cenderung melakukan kegiatan yang sistematis, dalam menyelesaikan sesuatu kegiatan selalu ingin cepat selesai sehingga hasilnya menjadi tidak maksimal. Apabila melakukan kegiatan yang membutuhkan konsentrasi D sangat mudah putus asa bahkan sering menghentikan kegiatannya dan beralih pada kegiatan yang lain selain itu D sangat aktif yang sifatnya situasional terutama di saat D berada di sekolah. Karakteristik ini sesuai dengan Hallahan & Kauffman. (1988) yang mengatakan karakteristik kognitif anak retardasi mental diantaranya mereka mempunyai kemampuan yang terbatas dalam perhatian, anak retardasi mental bingung bagaimana cara membagi perhatian, (2) ingatannya pendek; mereka selalu mempunyai kesulitan jika diberikan tugas-tugas yang terkait dengan memori (Hallahan & Kauffman. 1988) Woolfolk (dalam Taylor,dkk., 2005) juga mengatakan bahwa anak retardasi mental cenderung mudah menyerah jika menjumpai tugas baru

yang sulit. Perasaan tidak berdaya tersebut akibat seringnya mereka mendapat kegagalan. Perasaan tersebut yang sejak kecil hingga dewasa dirasakan akhirnya mempengaruhi konsep diri mereka serta kemampuan mereka dalam beradaptasi.

b. Aspek Emosi

Emosi D cenderung tidak stabil, selalu menuruti dorongan hatinya sehingga sesuatu yang diinginkan D harus segera dilaksanakan seperti menginterupsi atau menyela pembicaraan orang lain tanpa menyelesaikan pembicaraan sampai selesai, tidak mampu dalam menunggu giliran. Apabila permintaan D tidak terpenuhi maka D akan mudah mengamuk dan banyak bicara. Taylor, dkk, (2005: 182) mengatakan karakteristik perilaku anak retardasi mental bervariasi sebagaimana umumnya anak lainnya, tetapi pada umumnya anak retardasi mental menunjukkan beberapa masalah perilaku seperti impulsivitas sehingga anak kesulitan dalam mengontrol dirinya.

c. Aspek Kognitif

D mempunyai aspek kognisi yang kurang dibandingkan anak-anak seusianya yang berfungsi pada taraf retardasi mental ringan, sehingga D kesulitan dalam mempelajari hal-hal yang baru dan dalam menyelesaikan masalah-masalah yang sederhana. Melakukan kegiatan dengan cara mengulang-ulang sehingga D cenderung tidak kreatif dan tidak memiliki inisiatif. Memberikan perintah kepada D harus kongkrit karena pola pikir D yang praktis dan sederhana. Hardman, Drew & Egan (2002) menjelaskan bahwa ciri utama dari individu yang mengalami retardasi mental adalah intelektual yang kurang untuk menerjemahkan penilaian dan ketepatan dimana individu memperoleh, mengingat, dan menggunakan pengetahuan yang baru didapaknya dibandingkan dengan individu lainnya yang normal. Pengetahuan dan kapasitas memori dari individu retardasi mental secara signifikan dibawah rata-rata dibandingkan anak normal seusianya. Anak dengan retardasi mental memiliki kekurangan dalam konsep abstrak, dalam menjelaskan sesuatu haruslah dalam bentuk kongkrit.

d. Aspek Relasi Sosial

D cenderung kesulitan dalam menyesuaikan diri terhadap lingkungan yang baru dikarenakan kesulitan D dalam memaknai norma-norma sosial yang berlaku dimasyarakat sehingga D membutuhkan bantuan dari orang lain. Di lingkungannya baik di sekolah maupun di rumah D hanya bermain hanya dengan anak yang jauh dibawah usianya, sedangkan reaksi D ketika bertemu dengan orang dewasa sering tidak memperdulikannya walaupun sebenarnya D mengetahui keberadaan orang tersebut. Anak retardasi mental yang mempunyai kesulitan dalam bertingkah laku sesuai dengan usianya, biasanya akan lebih memilih anak-anak yang usianya lebih rendah dari dirinya sebagai temannya. Mereka sulit berinteraksi

dengan teman sebayanya atau dengan lawan jenisnya. ([Http://www.redaksi@pelita.or.id](http://www.redaksi@pelita.or.id)).

Untuk menentukan anak yang mengalami hiperaktif maka harus diperlukan data-data pendukung yang lebih lengkap terutama beberapa hal yang diduga mempengaruhi ketidaknormalan otak, baik dari segi fungsi dan struktur otak sehingga laporan medis seperti hasil pengukuran elektrofisiologi (EEG) dan hasil scan otak, hal ini perlu dilakukan sebab hasil elektrofisiologi (EEG) maupun scan otak pada anak hiperaktif menunjukkan hasil yang khas yang hanya dialami oleh anak hiperaktivitas (GPPH). Sehingga pada akhirnya setelah penulis menelaah ulang maka disimpulkan bahwa D merupakan anak dengan aktif yang berlebihan (hiperaktif) yang juga mengalami kesulitan dalam konsentrasi serta impulsivitas. Perilaku-perilaku aktif yang berlebihan (hiperaktif) disebabkan oleh kurangnya stimulasi mental yang didapat D di rumah dan hendaya retardasi mental, hal lainnya adalah perilaku D yang sering makan melebihi anak pada umumnya sebagai kegiatan untuk menarik perhatian orangtua yang berakibat D menjadi kelebihan berat badan sehingga di sekolah D menjadi sering mengantuk dan kesulitan dalam berkonsentrasi.

D kurang mempunyai kesadaran dan kontrol diri atas tindakannya serta keterbatasan D dalam memahami respon lingkungan atas perilaku D. Pola asuh orang tua D yang membiarkan D bebas beraktivitas apapun diluar rumah, bahkan keluarga D beranggapan bahwa D lebih baik bermain di luar rumah daripada mengganggu anggota keluarga di rumah. Sejak kecil D tidak mempunyai aktivitas yang bermakna, lingkungan kurang memberi perhatian dan mengarahkan D pada aktivitas yang lebih bermakna bagi D dan lingkungannya, sehingga dengan keterbatasan kognitif D, D cenderung memaknai respon yang diberikan padanya dengan cara yang salah sebagai cara untuk mendapatkan perhatian.

Keluarga merupakan *agent of change* bagi anak, maka diharapkan keluarga sebagai orang terdekat dengan D dapat bekerjasama dan menjaga konsistensi selama proses intervensi. Keluarga lebih memperhatikan kebutuhan anak-anak yang mengalami retardasi mental (ringan). Bersikap lebih realistis jika mendapati anaknya mengalami retardasi mental, tidak menyerahkan sepenuhnya kondisi anak pada takdir Tuhan, sehingga kurang berupaya mengembangkan potensi yang dimiliki anak retardasi mental.

Kapasitas intelektual S berfungsi pada taraf *Mild mentally retarded* (IQ=52, Stanford Binet). Secara umum kemampuannya saat ini masih berkembang setara dengan usia 5 tahun 8 bulan, yang berarti mengalami kelambatan 6 tahun 3 bulan, D mempunyai aspek kognisi yang kurang dibandingkan anak-anak seusianya sehingga D kesulitan dalam mempelajari hal-hal yang baru dan dalam menyelesaikan masalah-masalah yang sederhana. Melakukan kegiatan dengan cara mengulang-ulang

sehingga D menjadi tidak kreatif dan tidak memiliki inisiatif, dalam memberikan perintah kepada D harus kongkrit karena pola pikir D yang praktis dan sederhana. Begitu juga kematangan sosial D masih setara dengan anak usia 8-9 tahun yang berarti ada keterlambatan sekitar 3 tahun sehingga D masih memerlukan bimbingan dan dukungan dari orang disekitarnya dan juga latihan-latihan untuk mengoptimalkan kemampuan dalam kematangan sosial.

Emosi D cenderung kurang stabil, suka menentang kekuasaan, berargumentasi dengan orang yang lebih dewasa, suka menuruti dorongan hatinya, kurang mampu berkonsentrasi terhadap suatu hal, dan sering terpengaruh dengan stimulus yang baru serta berperilaku sangat aktif sehingga D banyak mengalami kesulitan-kesulitan baik dalam pendidikan di sekolah maupun di lingkungan rumah. Hiperaktif D sangat situasional tergantung dimana D berada, hiperaktif sering muncul apabila D berada di kelasnya yang juga terdapat anak-anak dengan beraneka ragam masalah seperti anak autisme, anak yang suka berbicara keras serta anak yang agresif.

D di lingkungan sosialnya merupakan individu yang kurang mampu dalam menyesuaikan diri, hanya bergaul dengan orang yang jauh dibawah usianya, hal ini juga disebabkan D mempunyai kognisi yang kurang dibandingkan anak-anak seusianya sehingga D lambat dalam mempelajari hal-hal yang baru dan dalam menyelesaikan masalah-masalah yang sederhana.

D menilai figur ayahnya lebih dekat dengan dirinya dan D mengerti tentang pekerjaan yang dilakukan oleh ayahnya, sedangkan dengan figur Ibu D kurang merasa dekat dikarenakan intensitas pertemuannya yang sangat sedikit sekali, namun secara keseluruhan hubungan D dengan orangtuanya tidak mengalami hambatan. Pola asuh yang diterima dikeluarga yang selalu di layani dan dimanjakan oleh keluarga menimbulkan dampak negatif terhadap perilaku D sehingga D kurang mampu dalam mengembangkan kemandiriannya, kondisi tersebut juga diperparah dengan sibuknya kedua orangtua dalam bekerja, banyaknya anggota keluarga dalam satu rumah dan adanya anggapan bahwa lebih baik D bermain diluar rumah daripada membuat kekacauan di rumah seperti mengganggu adiknya, bertengkar dengan tante-tantennya akibat sifat menantang sendiri D sehingga berakibat sejak kecil D kurang mendapat stimulasi mental di rumah.

Diagnosis muktiaksial kasus bedasarkan PPDGJ III

Aksis I Tidak ada (none)

Aksis II F70 Retardasi Mental Ringan

Aksis III K00-K93 Penyakit Sistem Pencernaan

Aksis IV (a) Masalah dengan "*primary support group*" (keluarga)

D dicap nakal oleh keluarganya dikarenakan seringnya D membantah perintah yang diberikan oleh orangtua dan keluarga lainnya.

Kurangnya stimulasi mental oleh keluarga.

(b) Masalah Pendidikan

D sekarang sekolah di sekolah luar biasa kelas empat digabung dengan anak-anak kelas lima, hal ini disebabkan D dianggap mampu dalam mengikuti pelajaran di kelas. Sebelumnya D dua kali pindah sekolah normal.

Aksis V GAF = 60-51 (gejala sedang (moderate), disabilitas sedang).

Berdasarkan hasil asesment yang didapat oleh penulis berdasarkan kelebihan dan kelemahan yang dimiliki oleh D dan juga tentang diagnosa D yang mengalami retardasi mental disertai dengan aktif yang berlebih (hiperaktif) sehingga menimbulkan perilaku-perilaku yang tidak diharapkan oleh lingkungan bisa diminimalisasi dengan melakukan pelatihan-pelatihan pada individu maupun orangtua, namun proses perubahan perilaku memerlukan banyak waktu, ketekunan dan bantuan banyak pihak seperti seperti guru sekolah, teman sekolah, serta terutama bantuan dari orang terdekat yaitu orangtua dan anggota keluarga lainnya.

Pelaksanaan asesment dengan menggunakan tes psikologi, observasi dan wawancara dimulai pada bulan Juni – Agustus 2005 saat peneliti melakukan praktek kegiatan lapangan di Sekolah Luar Biasa (SLB) Sasanti Wiyata Surabaya. Tanggal 27 Juni - 1 juli 2006 peneliti kembali melakukan observasi di rumah dan di sekolah serta melakukan tes psikologi ulang terhadap D, tanggal 10 Februari 2007 – 4 Maret 2007 peneliti melakukan kegiatan intervensi di sekolah dan rumah D.

Berdasarkan rancangan intervensi yang telah direncanakan maka kegiatan pertama yang dilaksanakan adalah konseling terhadap orangtua maupun keluarga di rumah tentang keadaan D.

Orangtua sebenarnya sudah mengetahui bahwa D mengalami keterbelakangan mental sejak usia sekitar lima tahun, untuk itu peneliti menjelaskan meskipun D mengalami keterbelakangan mental namun D sebenarnya mempunyai kelebihan-kelebihan dibandingkan anak keterbelakangan mental lainnya diantaranya adalah kemampuan komunikasi D yang sangat baik, D mampu berkomunikasi dengan orang yang lebih tua maupun dengan teman-teman seusianya. D juga mampu untuk membantu kegiatan rumah tangga sehingga untuk kegiatan-kegiatan yang sederhana seperti mencuci piring, merapikan tempat tidur atau merapikan mainan, membersihkan kamar mandi walaupun masih D masih perlu bimbingan dari orang yang dewasa sehingga D tidak perlu dilarang apabila D membantu kegiatan rumah tangga tersebut.

Peneliti menekankan sisi positif dan negatif jika orangtua melibatkan D dalam tugas-tugas harian di rumah, misalnya apabila D dibiarkan bermain di luar rumah tanpa jam yang jelas kapan harus kembali kerumah maka D tidak akan menemukan arah dan makna dalam hidupnya terutama di dalam keluarga D

serta D akan mudah mendapatkan sesuatu yang negatif karena D mempunyai perhatian lebih apabila menemui sesuatu yang dirisa D menarik, dengan melibatkan D dalam tugas-tugas di rumah akan membuat D senang dan merasa bermakna serta akan memberikan keterampilan akan tugas-tugas rumah tangga. Kebiasaan menyuruh D dengan perkataan yang keras sebaiknya dihilangkan sebab akan menimbulkan D menjadi kurang dihargai.

Di sekolah, hal yang paling dikeluhkan oleh guru adalah kebiasaan D yang suka mengajak bicara dan mengganggu teman-temannya yang sedang belajar, peneliti menyarankan kepada guru disekolah untuk menggunakan token ekonomi dan memberikan laporan kelakuan baik setiap harinya yang harus diberitahukan kepada orangtua. Laporan kelakuan baik ini juga membuat adanya keterlibatan orangtua sehingga orangtua mengetahui dan diharapkan memberikan teguran kepada anak apabila anak berperilaku tidak sesuai dengan aturan di sekolah. D juga diberikan tugas sebagai pengawas kelas dan bertanggung jawab terhadap ketertiban kelas sehingga dengan adanya tanggungjawab tersebut akan membuat D menjadi sadar dan bangga bahwa sekarang D menjadi pemimpin dan harus menjaga ketertiban di kelasnya.

Proses modeling menjadikan orangtua atau orang yang menjadi pengawas D mengajarkan dan mempraktekkan cara-cara dalam melakukan kegiatan-kegiatan dengan benar khususnya pekerjaan rumah tangga, mengajarkan suatu hal baru kepada D harus dengan kesabaran dan keuletan disebabkan perilaku D yang selalu ingin cepat selesai dan seringkali kurang teliti sehingga D mampu mengerjakan tugas-tugas yang diberikan dengan baik.

SIMPULAN

Berdasarkan penerapan intervensi yang telah dilakukan dengan menggunakan modifikasi perilaku diantaranya intervensi menggunakan token ekonomi di sekolah, *reinforcement positif* dan *modelling* maka dapat disimpulkan bahwa :

Untuk menentukan anak yang mengalami gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) maka harus diperlukan data-data pendukung yang lebih lengkap terutama beberapa hal yang diduga mempengaruhi ketidaknormalan otak, baik dari segi fungsi dan struktur otak sehingga laporan medis seperti hasil pengukuran elektrofisiologi (EEG) dan hasil scan otak. Hal ini perlu dilakukan sebab hasil elektrofisiologi (EEG) maupun scan otak menunjukkan hasil yang khas yang hanya terdapat pada anak gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH).

Faktor-faktor yang menyebabkan anak menjadi (hiperaktif) serta kesulitan dalam konsentrasi terbagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal dari D dikarenakan adanya

keterbatasan-keterbatasan pada D yang mengalami retardasi mental membuat D kurang dapat mengendalikan perilakunya sehingga D menjadi lebih aktif pada situasi tertentu, mempunyai perhatian yang pendek, tidak dapat memusatkan perhatian serta ketidakmampuan mengontrol diri sendiri sedangkan faktor eksternal adalah karena pola asuh yang permisif dari orang tua dan keluarga D. Orang tua maupun keluarga D sering membiarkan D beraktivitas apapun di luar rumah tanpa adanya aturan jelas yang harus D patuhi, saat D menginginkan sesuatu orangtua atau nenek sering menuruti segala keinginan D agar D mau diam dan tidak mengamuk sehingga kurangnya stimulasi mental di rumah atau lingkungannya dalam jangka panjang

Banyaknya anggota keluarga yang berada dalam satu rumah juga mengakibatkan D menjadi bingung dalam mengikuti aturan-aturan yang berubah-ubah sehingga mengakibatkan D menjadi kurang dapat mengendalikan diri dan sering menuruti kata hatinya.

D juga sering dicela (*labelling*) dengan menggunakan kata-kata yang tidak pantas oleh keluarga sehingga D merasa kurang dihargai;

Intervensi dengan menggunakan modifikasi perilaku diantaranya intervensi menggunakan token ekonomi di sekolah, *reinforcement positif* dan *modelling* menunjukkan ada pengurangan perilaku yang ditampakkan pada anak retardasi mental ringan . Pengurangan pada gejala inatensi, impulsivitas dan perilaku aktif yang berlebih serta D telah mampu melakukan keterampilan-keterampilan sederhana yang bermanfaat sehingga membantu D dalam aktivitas sehari-hari. Penggunaan token ekonomi digunakan karena berdasarkan pengamatan peneliti selain mudah diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, token sebagai *reward* langsung juga dapat mengajarkan D agar mampu menunda keinginannya. Token juga diberikan kepada murid-murid di kelas sehingga membuat suasana kelas menjadi lebih kondusif dan mudah diatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Anastati, A. & Urbina, S., (1997), *Tes Psikologi*, (Alih Bahasa : Imam, R.), Jakarta: Prehallindo.
- Ayub, S.A. *Mental Retardasi, Permasalahan yang Cukup Pelik* [Kesehatan].[Http://www.redaksi@pelita.or.id](http://www.redaksi@pelita.or.id). Diakses pada tanggal 26 Maret 2007.
- Baihaqi, M.I.F & Sugiartini, M., (2006), *Memahami dan Membantu Anak ADHD*, Bandung : PT. Refika Aditama.
- Bakwin, H. & Bakwin, R.M., (1972), *Behavior Disorder in Children*, USA : W.B. Saunders Company.

- Barkley, R.A., (1990), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York : The Guilford Press.
- Choca, J., (1980), *Manual for Clinical Psychopathology Practicum*. New York: Brunner/ Mazel. Inc.
- Clerq, L.D, (1994), *TingkahLaku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan*, (AlihBahasa :Budiyana, Y.E. & Martantie, E.S.) Jakarta :Grasindo, PT. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Conners, C.K. & Jert, J.L., (2001), *ADHD (in Adults and Children) The Latest Assessment and Treatment Strategies*, Kansas City: Compact Clinicals.
- Delphie, B., (2006)^a, *Pembelajaran Anak Berkebutuhan Khusus dalam Setting Pendidikan Inklusi*, Bandung : PT. Refika Aditama.
- Delphie, B., (2006)^b, *Pembelajaran Anak Tunagrahita : Suatu Pengantar dalam Pendidikan Inklusi*, Bandung : PT. Refika Aditama.
- Dicke, G.H., (2000), *Pendidikan Luar Biasa*, Yogyakarta: Andi Offset.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Depkes RI. (1993), *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III)*, Cetakan Pertama. Jakarta: Depkes RI.
- Erickson, M.T., (1982), *Child Psychopathology*, Second Edition, London : Prentice Hall.
- Hallahan, D.P & Kauffman, J.M. (1988), *Exceptional Children: Introduction to Special Education*, Fourth Edition, New Jersey: Prentice Hall.
- Handadari, W., (2005), *Tes VMI, Diktat Perkuliahan, Semester genap tahun 2005*, Surabaya : Program Profesi Magister Psikologi, Universitas Airlangga.
- Hardman, M.L., Drew, C.J., & Egan, M.W., (2002), *Human Exceptionality : Society, Scholl, and Family*, Boston : A Person Education Company.
- Kaplan, H.I. Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997), *Sinopsis Psikiatri dalam Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jilid 2. Edisi dan Terjemahan Oleh dr. Widjaya K. Jakarta: BinaRupa Aksara.
- Maramis, W.F. (1994), *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Surabaya: Airlangga University Press.
- Marnat, G.G., (1997), *Handbook of Psychological Assessment*, USA : John Willey & Sons, inc.
- Maslim, R., (2003), *Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ-III)*, Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- Matson, E.D., & Barret, R.P., (1993), *Psychopathology in Mentally Retarded*, 2nd.ed, Boston : Allyn and Bacon.
- Rahayu, I.T. & Ardani T.A., (2004), *Observasi dan Wawancara*, Malang : Bayu Media Publishing Indonesia.
- Safaria, T., (2004), *Terapi Kognitif Perilaku untuk Anak*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sari, P.D. & Ullum, N.M., (1999), *Pengenalan Instrument Psikodiagnostik (Materi Praktikum Diagnostik)*, Handout, Malang: UMM.
- Sidharta, P., (1994), *Neurologi Klinis dalam Praktek Umum*, Jakarta : PT. Dian Rakyat.
- Slamet, S., & Markam, S., (2003), *Pengantar Psikologi Klinis*, Jakarta : Universitas Indonesia (UI-Press).
- Soekadji, S., (1983), *Modifikasi Perilaku : Penerapan Sehari-hari dan Penerapan Profesional*, Yogyakarta : Liberty.
- Spielger, M.D & Guevremont, D.C., (2003), *Contemporary Behavior Therapy*, USA : Wadsworth, a Division of Thomson Learning, Belmont.
- Supratiknya, A., (2003), *Mengenal Perilaku Abnormal*, Yogyakarta : Kanisius.
- Taylor, E., (1992), *Anak yang Hiperaktif: Tuntunan Bagi Orang Tua*, Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Taylor, R.L., Richards, S.B., Brady, M.P., (2005), *Mental Retardation: Historical Perspectives, Current Practices, and Future Directions*. Boston: Pearson Education.
- Weiten, W., (2000), *Psychology : Themes and Variations*, Belmont : Wadsworth Publishing Company.