

The Influence Cognitive Behavioral Therapy To Resilience in Adolescents at Risk

Nyimas Natasha Ayu Shafira¹, Nofrans Eka Saputra²

¹ Bagian Pendidikan Kedokteran , Bioetika dan Humaniora Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi

² Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi

Email: nyimasnatasha@gmail.com

ABSTRACT

Introduction : Adolescents at risk is a high-risk group involved in the problems associated with behavioral health problems such as smoking, drug abuse, drinking, bullying and sexual behavior. Cognitive behavioral therapy as an active therapy is one of the alternative ways to improve resilience in adolescents at risk.

Method : This study aims to find a descriptions of risk behavior in adolescents and to determine the difference resiliency capabilities at risk pre and post the cognitive behavioral therapy. Collecting data is using risk behavior questionnaire and resilience scale. Population with characteristic 13 – 19 years old adolescents at risk.. Samples were taken by using purposive random sampling technique. Experimental design of this study is true experimental pretest-posttest control group design. Paired sample T test is used to analyze the data.

Result : This study shows that adolescents at risk have been doing bullying, smoking, drug abuse, and active sexual behavior. This study also shows that there is a significant difference of resilience ability pre and post the cognitive behavioral therapy for the experimental group, with $p=0,009$. While the control group showed no differences in adolescent resilience ability pre or post cognitive behavioral therapy with $p=0,976$

Conclusions And Recommendations : Adolescents who have risky behaviors can improve their resiliency by using cognitive behavioral therapy. School is expected to be able to cooperate with stakeholders in preparing sustainable activities to reduce the risk behaviour in adolescents.

Keywords: Adolescents at risk, resiliency, cognitive behavioral therapy.

ABSTRAK

Latar Belakang : Obat tradisional adalah bahan atau ramuan yang berasal dari tumbuhan, hewan, mineral ataupun campuran dari bahan-bahan tersebut. Malaria merupakan penyakit infeksi parasit yang disebabkan oleh plasmodium yang menyerang eritrosit dan ditandai dengan ditemukannya bentuk aseksual dalam darah. Di Provinsi Jambi angka kesakitan akibat malaria masih cukup tinggi. Terdapat sembilan Kabupaten dan dua Kotamadya yang merupakan daerah endemis malaria. Pengobatan malaria secara tradisional belum diketahui proporsinya termasuk juga di wilayah Jambi, seberapa banyak penduduk yang menggunakan dan

seberapa besar khasiat yang dirasakan penderita masih belum diketahui. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran penggunaan obat tradisional pada penderita malaria.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Penelitian dilakukan di Puskesmas Simpang IV Sipin Kota Jambi. Populasi penelitian seluruh penderita malaria yang berkunjung ke Puskesmas Simpang IV Sipin dan ditambah dengan mengunjungi rumah pasien yang pernah menderita malaria pada bulan November 2013-Februari 2014. Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu 70 responden. Data dianalisis dengan analisis univariat.

Hasil: Dari hasil penelitian didapatkan, pengguna pengobatan tradisional sebanyak 34.5%, jenis obat tradisional yang paling banyak digunakan yaitu menggunakan sambiloto (27.1%), alasan paling banyak dinyatakan pasien yaitu efek samping relatif kecil (35.7%), cara meracik yang paling banyak dipilih pasien yaitu dengan cara dihancurkan, direbus dengan air lalu diminum (80%), cara memperoleh yang paling banyak dipilih pasien yaitu mencari di sekitar rumah (80%), lama penggunaan obat tradisional yang paling banyak dinyatakan responden yaitu selama 3 hari (41.4%), dan 95.7% menyatakan perasaan bahwa pengobatan tradisional berkhasiat.

Kesimpulan: Hasil penelitian menyatakan bahwa gambaran penggunaan obat tradisional di Puskesmas Simpang IV Sipin 2014 yaitu 34.5%.

Kata Kunci : Pengobatan tradisional, malaria

PENDAHULUAN

Deklarasi Paradigma Pembangunan Global (*Millenium Development Goals 2015*) memiliki tujuan pada peningkatan kualitas kesehatan masyarakat, terutama pengendalian penyebaran HIV/ AIDS).¹ Tujuan tersebut membuat pemerintah dan lembaga swadaya masyarakat secara aktif dan tanggap untuk semakin ikut terlibat dalam menekan angka kasus HIV/AIDS.

Infeksi HIV/AIDS saat ini juga mengenai semua golongan masyarakat, baik kelompok resiko tinggi maupun masyarakat umum. Penyebaran epidemik HIV terjadi melalui dua bentuk yaitu melalui penggunaan jarum suntik tidak steril pada pengguna napza suntik, dan hubungan seks tidak aman (KPN,

2010).² Hal ini belum termasuk permasalahan perilaku merokok dan minum minuman alkohol yang sering menjadi pencetus/ pembuka jalan dari kedua bentuk perilaku bermasalah tersebut. Jessor yang dikutip oleh Smet tahun 1994 menjelaskan bahwa perilaku-perilaku bermasalah ini saling berkaitan (*covariation perspective*), tidak terpisah atau sendirian yang disebut sebagai perilaku berisiko remaja.³

Perilaku berisiko seperti penggunaan napza merupakan ancaman nyata dalam kesehatan remaja Kota Jambi. Hal ini terbukti berdasarkan data POLDA Jambi Direktorat Reserse Narkoba menjelaskan bahwa tindak pidana narkoba dari tahun 2011-2012 semakin meningkat sehingga peluang penyebaran HIV

di Kota pada tahun 2013 – 2014 menjadi semakin besar.⁴

Sisi lain, LSM SIKOK Jambi menyatakan bahwa seks bebas yang terjadi di Kota Jambi semakin meningkat. 10 kasus kehamilan yang tidak diinginkan terjadi di tahun 2012, kasus seksual di luar nikah mencapai 30 kasus, sedangkan inspeksi mendadak (sidak) yang dilakukan ke 10 SMA dan SMP kota Jambi menemukan 10 dari 80 siswi terindikasi tidak perawan dan 3 diantaranya mengalami penyakit kelamin menular.⁵ Perilaku merokok juga menjadi masalah diantara siswa-siswi SMA di Kota Jambi. Survey Saputra pada tahun 2013 menunjukkan bahwa 48 dari 132 orang siswa-siswi SMA kota jambi pernah merokok, 12 orang diantaranya merupakan perokok aktif.⁶

Steinberg dan Ogden menjelaskan bahwa banyak remaja yang berjuang untuk mencapai identitas diri dengan mencoba menggunakan zat adiktif, guna untuk memperoleh perilaku dan ide baru agar mendapatkan pengakuan.^{7,8} Alasan remaja yang mencoba merokok pertama kali-pun dilatarbelakangi sebagai tuntutan pencapaian identitas oleh teman sebaya. Seks bebas yang terjadi diantara remaja juga didasari oleh pemahaman yang salah dari para pelaku bahwa hubungan seksual yang terjadi merupakan tanda dari status kedewasaan.⁵

Remaja yang terjerumus dalam perilaku berisiko bisa dikatakan sebagai remaja yang tidak mampu bernegosiasi

dengan dirinya sendiri dan lingkungannya. Artinya remaja tersebut tidak memiliki kemampuan beradaptasi dalam keadaan yang penuh resiko atau dikatakan sebagai remaja yang tidak teguh dalam menghadapi masalah kehidupan sehari-hari.⁹ Hal ini bisa dijelaskan sebagai ketiadaan kemampuan resiliensi dalam diri remaja tersebut.

Kemampuan resiliensi dapat dikembangkan melalui beberapa teknik pelatihan, yaitu pelatihan optimis, program khusus resiliensi (Master Resilience Training) serta pelatihan mindfulness.^{10,11,12}

Umumnya, pelatihan-pelatihan tersebut mengembangkan konsep ABC (adversity, belief, consequence) dari Albert Ellis sebagai upaya melatih cara berpikir, mengekspresikan emosi dan mengontrol perilaku melalui keyakinan terhadap suatu stimulus tertentu.^{10,11}

Lebih lanjut Model ABC dari Ellis ini dikenal sebagai pendekatan *rational emotive behaviour therapy* (REBT) yang dijelaskan sebagai upaya meningkatkan keyakinan (*belief*) seseorang mengenai suatu hal/keadaan sehingga keyakinan tersebut mendorong terjadinya emosi dan perilaku tertentu.¹³

Penerapan model ABC sebenarnya tersusun melalui rangkaian terapi kognitif. Model ini telah dikembangkan oleh Beck (1963), Burns (1988), dan Blackburn & Davidson, (1994). Secara umum, tujuan terapi ini yaitu untuk memelihara perilaku yang

efisien dengan memperkuat fungsi keterampilan kognitif untuk menciptakan perubahan emosi dan perilaku. Asumsi dasar dari model ini bahwa emosi dan perilaku individu secara luas di pengaruhi oleh cara individu melihat dunianya/ menilai sesuatu, cara individu mempersepsikan dirinya dan lingkungan.¹⁴

Sisi lain, penerapan terapi kognitif dalam meningkatkan kemampuan resiliensi sebenarnya bukan hal baru. Padesky telah mengembangkan terapi kognitif yang digabungkan dengan terapi perilaku atau disebut Terapi kognitif dan perilaku (CBT) telah membuktikan mampu meningkatkan resiliensi.¹³

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan dua tahap yaitu tahap menggunakan analisis deskriptif untuk menganalisa kejadian perilaku berisiko remaja dan tahap penelitian eksperimen. Desain eksperimen yang digunakan yaitu *True Experimental Pretest-Posttest By Control Group Design*.

Populasi dalam penelitian ini adalah para remaja dengan karakteristik :

- 1) Usia 13-19 tahun
- 2) Siswa/i Sekolah Menengah Atas
- 3) Termasuk dalam salah satu kelompok remaja berisiko (perokok, pengguna napza, aktif melakukan perilaku seksual)

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Purposive Random Sampling*.

Pengumpulan data menggunakan angket perilaku berisiko dan skala resiliensi.

Angket Perilaku Berisiko

Angket perilaku berisiko disusun melalui diskusi kelompok terarah atau FGD (*Focus Group Discussion*). Pertanyaan angket bersifat terbuka dengan dua pilihan jawaban yaitu iya dan tidak. Jawaban iya diberikan nilai 1 dan tidak diberikan nilai 0.

Aitem angket bullying berjumlah 72 aitem. Pertanyaan tersebut berkaitan dengan bentuk-bentuk perilaku *bullying* yang dikemukakan oleh Rigby (1996) dan Olweus (1993); Siswanti dan Widyanti (2009); Yayasan Semai Jiwa Amini (2008) dan ditambah dari kesimpulan FGD yang telah dilakukan.^{15,16}

Angket perilaku merokok berjumlah 22 aitem pertanyaan dan angket perilaku penggunaan narkoba berjumlah 22 aitem pertanyaan. Aitem pertanyaan disusun berdasarkan hasil diskusi kelompok. Pertanyaan-pertanyaan yang disusun dalam angket perilaku seksual berjumlah 18 aitem pertanyaan. Pertanyaan tersebut berkaitan dengan bentuk-bentuk perilaku seksual yang dikemukakan oleh Nursal, Sarwono Prienstein, dkk dan ditambah dari kesimpulan FGD yang telah dilakukan yaitu seperti berpacaran, pengangan tangan, pelukan, cium

pipi, cium bibir, meraba payudara, meraba alat kelamin, oral seks, bahkan hubungan seks dan sumber informasi yang didapat berkaitan perilaku seksual.^{17,18,19}

Skala Resiliensi

Skala resiliensi yang diambil dari aspek-aspek resiliensi dari Tarakeshwar, dkk yang telah disusun oleh peneliti sendiri.²⁰ Pada aitem *favourable*, pilihan S (Sangat Sesuai) mendapat skor 4, S (Sesuai) mendapat skor 3, TS (Tidak Sesuai) mendapat skor 2, dan STS (Sangat Tidak Sesuai) mendapat skor 1. Pada aitem *unfavourable*, pilihan SS (Sangat Sesuai) mendapat skor 1, S (Sesuai) mendapat skor 2, TS (Tidak Sesuai) mendapat skor 3, dan STS (Sangat Tidak Sesuai) mendapat skor 4.

Reliabilitas dan Validitas Skala Penelitian

Pada pengujian kualitas aitem yang dipakai dalam penelitian ini dilakukan uji analisis aitem

dengan melihat daya beda aitem dengan aitem total korelasi. Aitem yang memenuhi syarat jika $r = 0,30$. Adapun hasil uji reliabilitas masing-masing skala dapat dilihat pada tabel 1 dibawah ini :

Tabel 1. Realibilitas dan Validitas Skala Penelitian

Variabel	Jumlah Aitem Valid	Sig	Ket
Resiliensi	16	0,838	Reliabel

HASIL DAN PEMBAHASAN

Deskripsi Responden Tahap Survey

Pada tahap pelaksanaan survey jumlah responden 61 orang, laki-laki sebanyak 51 orang (83,6%), serta perempuan sebanyak 10 orang (16,4%). Tabel 2 akan mengurai responden berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 2. Deskripsi reponden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-Laki	51	83,6
Perempuan	10	16,4
Total	61	100

Hasil Tahap Survey

Karakteristik Responden Berdasarkan Perilaku Berisiko

Berdasarkan hasil survey diketahui bahwa responden termasuk dalam kelompok remaja berisiko. Hal ini sesuai dengan karakteristik populasi yang ditentukan. Adapun hasilnya dijabarkan sebagai berikut :

Perilaku bullying

1. Bentuk bullying yang hampir terjadi di lingkungan sekolah, yaitu bullying fisik (sesama siswa) seperti pukulan, cubitan, dorongan, pukulan, tendangan, jegal, dicekik, diludahi, dilempari. Bullying verbal berupa memanggil dengan nama ejekan, tidak diajak bicara, digosipkan, ditertawakan bahkan difitnah. Bullying mental psikologis yaitu dipaksa bawa uang, dijauhi, dan dipermalukan
2. Bentuk bullying verbal seperti dihina juga pernah dilakukan oleh guru yang termasuk bullying mental/psikologis yaitu hukuman oleh guru
3. Reaksi korban bullying yang dibagi menjadi tiga yaitu reaktif, aktif dan pasif. Reaksi korban reaktif berupa menegur balik, menasehati, memarahi, menanggapi lucu, menolak menuruti, menghindari, membalas. Sedangkan Reaksi korban aktif berupa minta tolong teman, dan melapor guru, melapor orangtua. Reaksi korban pasif yaitu menuruti permintaan, diam saja, takut, menolak namun nanti menuruti

4. Penyebab perilaku bullying bisa berupa lelucon saja, iseng, ikut-ikutan, agar lebih akrab dan ingin mendapatkan perhatian, dan bisa saja karena ingin balas dendam, kesal, iri, dan sakit hati. Penyebab lain seperti biar ditakuti, menguji mental, tidak diremehkan dan dibenci teman juga menjadi faktor terjadinya bullying
5. Kelas dan kantin merupakan tempat perilaku bullying sering muncul. Biasanya bersamaan dalam jam pelajaran dan istirahat. Pelaku bullying sering dilakukan oleh teman sekelas ataupun kakak kelas.

Perilaku Merokok

1. 36 orang siswa merupakan perokok aktif.
2. SD, dan SLTP menjadi masa pertama kali siswa merokok dan teman sebaya merupakan penyebabnya.
3. <10 batang menjadi jumlah rokok yang dihabiskan bagi siswa yang sebagai perokok aktif dan rumah merupakan tempat melakukan perilaku merokok selain ditempat mangkal. Waktu yang digunakan untuk merokok tidak tentu
4. 46 orang siswa mengetahui bahaya merokok
5. Penyakit yang diketahui siswa yang disebabkan oleh rokok ialah serangan jantung dan kanker, serta gangguan pernafasan. 44 orang siswa mengetahui ada zat yang berbahaya berupa nikotin dan tar dalam rokok, dan yang tidak diketahui

- oleh siswa ialah Piridin, Hidrogensianida, Fenol
6. Alasan untuk merokok bisa berupa kecanduan, teman dekat merokok, gengsi
 7. Sumber dana siswa yang sering digunakan untuk membeli rokok ialah uang jajan sendiri dan minta sama teman
 8. Pengalaman yang dirasakan oleh siswa saat merokok ialah rileks dan tenang, sedangkan saat tidak merokok siswa merasakan biasa saja
 9. 42 orang siswa memiliki keinginan untuk berhenti merokok.

Perilaku Penggunaan Narkoba

1. 10 orang siswa pernah/ memiliki kecenderungan sebagai pengguna narkoba.
2. SLTP menjadi masa pertama kali siswa menggunakan dan teman sebaya merupakan penyebabnya.
3. Minuman keras merupakan jenis yang digunakan bila berkumpul bersama teman.
4. 22 orang siswa mengetahui bahaya penggunaan napza. Kematian merupakan bahaya penyalahgunaan narkoba yang diketahui oleh siswa.
5. 9 orang siswa menjelaskan bahwa narkoba mudah didapatkan, bisa dengan membeli sendiri /uang jajan sendiri dan diberi teman, sokongan, mencuri

6. 8 orang siswa yang pengguna narkoba/ pecandu narkoba memiliki keinginan untuk berhenti menggunakan.

Perilaku Seksual

1. Bentuk-bentuk perilaku seksual seperti berpacaran, bepegangan tangan, berpelukan, mencium pipi, berciuman bibir, meraba payudara, meraba alat kelamin, oral seks, bahkan hubungan seks merupakan bentuk-bentuk perilaku seksual yang telah menjadi bagian kehidupan siswa
2. Sebanyak 2 orang siswa telah melakukan senggama, dan sebanyak 2 orang melakukan oral seks
3. Perilaku senggama yang dilakukan siswa dilakukan dengan pacar
4. Kost sebagai tempat melakukan senggama
5. Menonton porno menjadi salah satu pilihan dalam menyalurkan dorongan seksual dalam diri siswa, baik laki-laki maupun perempuan selain mereka melakukan masturbasi/ onani.
6. Siswa mendapatkan informasi porno dari berbagai media, seperti televisi, internet, handphone, radio, VCD, komik, film, poster, brosur koran, teman, sumber lain seperti tabloid dan majalah.

Hasil Tahap Eksperimen

16 orang, serta perempuan sebanyak 0 orang.

Deskripsi Responden Tahap Eksperimen

Tabel 2 akan mengurai responden berdasarkan jenis kelamin.

Pada tahap pelaksanaan eksperimen jumlah responden 16 orang, laki-laki sebanyak

Tabel 3. Deskripsi responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-Laki	16	100
Perempuan	0	0
Total	100	100

Deskripsi Data Ekperimen

Deskripsi data penelitian bertujuan untuk memberi gambaran mengenai keadaan distribusi skor skalapada kelompok subjek

yang diberikan pengukuran, sehingga dapat berfungsi sebagai informasi mengenai keadaan subjek pada variabel yang diteliti. Berdasarkan data subjek penelitian diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4. Deskripsi Data Penelitian

Alasan Penggunaan Obat Tradisional	Frekuensi	Persentase (%)
Lebih cepat sembuh	20	28.6
Efek samping relatif kecil	25	35.7
Tidak memerlukan bantuan medis	14	20

Harganya relatif murah	10	14.3
Lain-lain		
Mudah didapat	1	1.4
Total	70	100

Tabel 4. Deskripsi Data Penelitian

Alasan Penggunaan Obat Tradisional	Frekuensi	Persentase (%)
Lebih cepat sembuh	20	28.6
Efek samping relatif kecil	25	35.7
Tidak memerlukan bantuan medis	14	20
Harganya relatif murah	10	14.3
Lain-lain		
Mudah didapat	1	1.4
Total	70	100

I. Cara Peracikan Obat Tradisional

Berdasarkan tabel 4, diketahui dari 70 responden, sebagian besar yang meracik obat tradisional dengan dihancurkan, direbus dengan air lalu diminum sebanyak 56 responden (80%), dihancurkan lalu dikunyah

sebanyak 6 responden (8.6%), dan lain-lain sebanyak 8 responden (11.4%) yaitu direbus langsung diminum sebanyak 4 responden (5.7%) dan dimakan bersama pisang sebanyak 8 responden (5.7%).

Tabel 4. Deskripsi Data Penelitian

N	Min	Max	Mean	SD
16	37	64	48.2500	6.66833

Tabel 5. Kategori Skor Resiliensi

Deviasi Standar	Kategori	Jmh Subjek
$X = -1,5 \text{ SD}$	SR	0
$-1,5 \text{ SD} = X = -0,5 \text{ SD}$	R	4
$-0,5 \text{ SD} = X = 0,5 \text{ SD}$	S	8
$0,5 \text{ SD} = X = 1,5 \text{ SD}$	T	3
$X = 1,5 \text{ SD}$	ST	1

Tabel kategorisasi resiliensi menunjukkan bahwa subjek dengan kategori resiliensi sangat rendah tidak ada, subjek dengan kategori resiliensi rendah ada 4 orang subjek, subjek dengan kategori resiliensi sedang berjumlah 8 orang subjek, subjek dengan kategori resiliensi tinggi berjumlah 3 orang, untuk kategori resiliensi sangat tinggi ada 1 orang subjek.

Hasil Uji Asumsi

Uji normalitas dilakukan menggunakan teknik *Kolmogorov-Smirnov*. Kaidah uji normalitas dinyatakan normal jika probabilitas lebih besar atau sama dengan 0,05 ($p \geq 0,05$). Hasil Uji Normalitas dapat dilihat pada tabel dibawah ini .

Tabel 6. Uji Normalitas

Variabel	K-SZ	Sig	Ket	Variabel
Resiliensi-pra	0.586	0.882	Normal	Resiliensi-pra
Resiliensi-post	1.319	0.062	Normal	Resiliensi-post

Hasil Uji Hipotesis

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan korelasi antara data pretest dan posttest. Diketahui korelasi sebesar 0.824 dengan signifikansi 0.000. Artinya ada hubungan yang signifikan antara kemampuan resiliensi sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku kognitif pada kelompok eksperimen. Pada kelompok kontrol menunjukkan korelasi antara data pretest dan posttest. Diketahui korelasi sebesar 0.214 dengan signifikansi 0.426. Artinya ada hubungan yang signifikan antara kemampuan resiliensi sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku kognitif pada kelompok kontrol.

Pengujian *paired sample t test*, membuktikan bahwa ada perbedaan yang signifikan kemampuan resiliensi sebelum dengan sesudah dilakukan terapi perilaku kognitif dengan nilai p sebesar 0.009. Artinya terapi perilaku kognitif memiliki pengaruh dalam meningkatkan kemampuan resiliensi remaja berisiko. Berdasarkan pengujian analisis data pra dan post kelompok kontrol menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kemampuan resiliensi remaja sebelum dengan sesudah dilakukan terapi perilaku kognitif dengan nilai p sebesar 0.976.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis deskriptif diketahui bahwa perilaku berisiko remaja yang terjadi pada siswa SMK IX Lurah II berada dalam beberapa bentuk seperti perilaku bullying, perilaku merokok, perilaku

penggunaan narkoba bahkan perilaku seksual. Remaja yang terjerumus dalam perilaku berisiko bisa dikatakan sebagai remaja yang tidak mampu bernegosiasi dengan dirinya sendiri dan lingkungannya atau tidak bisa mengembangkan aspek psikososialnya. Artinya remaja tersebut tidak memiliki kemampuan beradaptasi dalam keadaan yang penuh resiko atau dikatakan sebagai remaja yang tidak teguh dalam menghadapi masalah kehidupan sehari-hari.⁹

Resiliensi merupakan kemampuan yang dapat diasah melalui pelatihan yang dipersiapkan sebagai proses untuk mendapatkan hasil yang lebih baik disaat menghadapi ancaman yang sebenarnya. Resiliensi juga dapat dipersiapkan sebagai kemampuan dalam menghadapi tantangan yang akan datang dan bangkit kembali disaat mengalami kemalangan.

Pada penelitian ini kemampuan resiliensi dikembangkan melalui beberapa teknik, yaitu melalui penerapan model ABC yang sebenarnya telah tersusun melalui rangkaian terapi kognitif. Secara umum, tujuan terapi ini yaitu untuk memelihara perilaku yang efisien dengan memperkuat fungsi keterampilan kognitif untuk menciptakan perubahan emosi dan perilaku. Asumsi dasar dari model ini bahwa emosi dan perilaku individu secara luas di pengaruhi oleh cara individu melihat dunianya/ menilai sesuatu, cara individu mempersepsikan dirinya dan lingkungan.

Sisi lain, penerapan terapi kognitif dalam meningkatkan kemampuan resiliensi sebenarnya bukan hal baru. Padesky telah mengembangkan terapi kognitif yang digabungkan dengan terapi perilaku atau disebut Terapi kognitif dan perilaku (CBT) telah membuktikan mampu meningkatkan resiliensi.¹³

Penerapan intervensi terapi kognitif dan perilaku yang melibatkan para remaja berisiko terbukti berhasil dalam meningkatkan kemampuan resiliensi remaja. Hal ini terbukti pada penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan kemampuan resiliensi remaja berisiko sebelum dengan sesudah diberikan terapi perilaku kognitif, dengan nilai $p < 0.000$.

KESIMPULAN

Berdasarkan teori, dan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa :

1. Perilaku berisiko remaja yang terjadi dalam penelitian ini berupa perilaku bullying, perilaku merokok, perilaku penggunaan narkoba dan perilaku seksual
2. Ada perbedaan yang signifikan kemampuan resiliensi sebelum dengan sesudah dilakukan terapi perilaku kognitif pada kelompok eksperimen, dengan nilai p sebesar 0.009 .

Tidak ada perbedaan kemampuan resiliensi remaja sebelum dengan sesudah dilakukan terapi perilaku kognitif pada kelompok kontrol, dengan nilai p sebesar 0.976 .

DAFTAR PUSTAKA

1. MGDs News. 2008. Promoting MGDs and Human Development in Indonesia. Diunduh dari: <http://www.Targetmdgs.org>.
2. Data Komisi Penanggulangan HIV-AIDS Dinkes Provinsi Jambi . 2013
3. Smet, B. Psikologi Kesehatan. Jakarta : Gramedia Widiasana Indonesia.1994
4. Data Kepolisian Negara Republik Indonesia Daerah Jambi Direktorat Reserse Narkoba.2013
5. Seks Bebas Makin Marak. Tribun Jambi, 2013.
6. Saputra. Kebiasaan Buruk Merokok di Kalangan Pelajar (cover story). Jambi Independent. 2013.
7. Steinberg, L . Adolescence. Sixth Ed ition. Boston: McGraw-Hill, Inc. 2002
8. Ogden, J. Health Psychology: A Text Book. Second Edition Buckingham, Philadephia: Open University Press. 2000
9. Reivich, & Shatte. The Resilience Factor: 7 Essential Skills For Overcoming Lives Inevitable. New York. 2002
10. Schinke, R. J., Peterson, C., Couture, R. A Protocol for Teaching Resilience to High Performance Athletes. Journal of Excellence. 2004. Issue No. 9, 10-18.
11. Reivich, K. J, Seligman, M, E, P, McBride. S. Master Resilience Training in the U.S. Army. American Psychologist. 2011. Vol. 66, No. 1, 25–34

12. Meiklejohn et al. Integrating Mindfulness Training into K-12 Education: Fostering the Resilience of Teachers and Students. *Mindfulness*. 2010. Vol 1. No 1.
13. Wilding, C., Milne., A. *Cognitive Behavioural Therapy. The Teach Yourself*. McGraw-Hill Companies, Inc. 2008
14. Burns, D . D. *Terapi Kognitif (pendekatan baru bagi penanganan depresi)*. Penerbit Airlangga. 1998.
15. Rigby, K.. *New Prepectives of Bullying*. London : Jessica Kingsley Publisehers Lt. 2002
16. Yayasan Semai Jiwa Amini. *Bullying : mengatasi kekerasan di Sekolah dan lingkungan disekitar anak*. Jakarta : PT. Grasindo. 2008
17. Nursal, D. G. A. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual murid SMU Negeri di Kota Padang tahun 2007. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2008. II (2)
18. Sarwono, S. W. *Psikologi Remaja*. Jakarta : Rajawalipress. 2010
19. Prinstein, M.J., Meade, C. S., Cohen, G.L. Adolescent Oral Sex, Peer Popularity, and Perceptions of Best Friends' Sexual Behavior. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003. vol 28 no 4 243-249.
20. Tarakeshwar, N., Hansen, N.B., Kochman, A., Fox, A., Sikkema, K. J. Resiliency among individuals with chillhood sexual abuse and HIV: Perspectives on addressing sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2006. 19,449-460.