

**RANCANGAN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CBT) UNTUK ANAK YANG MENGALAMI ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) DENGAN KOMORBID OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER (ODD) DI BANDUNG**

Hedi Wahyudi  
[Hediway@yahoo.co.id](mailto:Hediway@yahoo.co.id)

Fakultas Psikologi Universitas Islam Bandung

**Abstract**

*The aim of this study was to make a design of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with a focus on Attention Deficit and Hyperactivity children with Oppositional Defiant Disorder (ODD) as a comorbid to increase childrens educational skills in managing aggressive and oppositional behavior with support from parents and environment. For this purpose 3 children with a diagnosis of ADHD combined type participated in the study. Core symptoms of ADHD and Oppositional Defiant Disorder (ODD) individual problem behavior were assessed by parent and teacher from questionnaires, interviewed and observed each child. The results of a case study indicate that the 3 children with ADHD and ODD showed the lack of empathy, negative self-esteem and self-concept, so they can't regulate their self to act in social interaction. They don't understand how to generated rules that the therapies and parents taught to them in other situations eventhough they are more attentive, less hyperactive, and more thinkfull before act. To make them more adaptive in social life, they need to change their way to think about their self, their schemata, and they must have base skills to socialize. This can do through counseling to give insight and modeling behavior problem solving. We conclude that CBT may be a promising component in the treatment of ADHD provided that aspects of generalization are considered during the treatment that reduce problems of self-guidance.*

**Key Words:** *Attention-deficit hyperactivity disorder; oppositional defiant disorder; cognitive behavioral therapy.*

**I. PENDAHULUAN**

Beberapa literatur menjelaskan bahwa anak-anak dengan *attention deficit and hyperactivity disorder* (ADHD) mengalami permasalahan pada fungsi *neurotransmitter*, sehingga muncul dalam bentuk perilaku bermasalah. Berdasarkan kriteria DSM IV, APA, 1994, perilaku anak ADHD adalah berupa gangguan permasalahan perhatian (*inattention*), hiperaktivitas, dan impulsivitas. Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita ADHD gejala persisten sebanyak 80% terjadi sampai remaja, gejala persisten sebanyak 30-65% terjadi sampai dewasa, disertai dengan gangguan perilaku lain atau komorbid ([www.nimh.gov](http://www.nimh.gov); 2004) sebanyak 50%.

Masalah pada anak-anak penderita ADHD mulai terdeteksi ketika mereka mulai memasuki pendidikan formal di sekolah, terutama muncul ketika mereka tidak dapat menyelesaikan tugas-tugas serta kesulitan berinteraksi dengan teman karena ketidakmampuan memusatkan perhatian. Kesulitan memusatkan perhatian ini tidak berkaitan dengan tingkat kecerdasan pada anak ADHD, karena tingkat kecerdasan mereka minimal rata-rata. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh dr. Kristiantini Dewi, Sp.A, dkk, yang dilakukan di kota Bandung pada tahun 2006, ditemukan bahwa:



- Angka kejadian (*prevalens*) anak yang mengalami ADHD/GPPH pada murid sekolah dasar di Bandung adalah 3,5%
- ADHD lebih tinggi terjadi pada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan adalah 7 : 1
- Angka kejadian tertinggi adalah pada anak usia 9 tahun, yaitu 4,4%
- Angka kejadian munculnya gejala penyerta (komorbid) pada anak ADHD adalah 61,2%. (Kristiantini, Thesis FK-Sp.A, 2006).

Penelitian ini dilakukan pada 6 sekolah dasar dari 6 wilayah administrative kota Bandung yang memenuhi kriteria inklusi. Komorbid merupakan suatu hal yang harus dipikirkan dan menjadi bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses penegakan diagnosis dan penatalaksanaan anak dengan ADHD/GPPH. Adanya komorbid akan mempengaruhi diagnosis, prognosis, dan penatalaksanaan kasus ADHD (Fletcher dkk, 1999 dan Spencer dkk, 1999). Anak dengan ADHD yang memiliki komorbid, memiliki resiko lebih tinggi untuk berkembang menjadi kondisi psikopatologis yang berat. Angka kejadian komorbiditas ini adalah:

*Oppositional Defiant Disorder* 35,2-50%

*Conduct Disorder* 25,7-50%

*Anxiety Disorder* 20-25%

*Mood Disorders* 15-20%

*Learning Disorders* 10-25%

Berdasarkan data di atas, maka pembahasan dibatasi pada anak ADHD dengan komorbiditas perilaku *oppositional defiant disorder (ODD)*. Dengan pertimbangan bahwa pada saat ini anak ADHD lebih banyak muncul dengan angka kejadian terbesar disertai komorbid ODD. *Oppositional Defiant Disorder (ODD)* ditemukan 35,2-50% menyertai gejala yang muncul pada anak-anak dengan masalah ADHD. Perilaku yang tampak adalah pola *negativistic* dan melanggar aturan, kemarahan, dan perilaku menyimpang, seperti membangkang. Kondisi yang lebih berat muncul pada anak yang mengalami komorbid CD (*conduct disorder*) dalam bentuk perilaku aneh, destruktif atau merusak, termasuk berbohong, mengancam orang lain, dan

mencuri. Anak yang mengalami ADHD dengan komorbid ODD dan CD mempunyai kesempatan lebih dini untuk mengalami gangguan personalitas anti-sosial di masa dewasa, lebih agresif dan lebih persisten dibandingkan dengan anak ADHD tanpa komorbid tersebut (Spencer, dkk, 1999). Berdasarkan hasil *interview* awal, orang tua mengeluhkan bahwa anak-anak mereka yang terdiagnosa ADHD sering membantah dan mengungkapkan kata-kata yang tidak bermakna, berkelahi dengan teman, membantah perintah orang tua, guru, atau tidak menyelesaikan tugasnya karena sering keluar dari bangku selama di kelas. Mereka mudah tersinggung tanpa alasan yang jelas, seperti marah karena ada teman yang melihat ke arah dirinya. Terhadap kondisi siswa yang demikian, biasanya para guru kesulitan mengatur dan mendidiknya. Di samping karena keadaan anak yang sulit untuk tenang, juga karena anak yang hiperaktif sering mengganggu orang lain, suka memotong pembicaraan guru atau teman, dan mengalami kesulitan dalam memahami sesuatu yang diajarkan guru kepadanya. Secara psikologis, perkembangan kognisi anak-anak yang menderita hiperaktif biasanya termasuk dalam kategori normal. Jika prestasi akademik mereka rendah, sebenarnya bukan karena perkembangan kognisinya yang bermasalah, tetapi lebih disebabkan karena ketidakmampuan mereka untuk konsentrasi dalam mengikuti kegiatan belajar mengajar di kelas. Mereka seringkali mendapatkan label "nakal" dari guru, orang dewasa lain, bahkan orang tuanya (Green, 2001). Berdasarkan *interview* awal dengan orang tua dan guru di sekolah, mereka menilai bahwa anak-anak tersebut "nakal, malas atau kurang motivasi, pembangkang, pemaarah", dan sebutan atau label negatif lain. Orang tua dan guru seringkali merasa kesulitan untuk menerapkan aturan dan mengendalikan anak-anak tersebut.

Bentuk penanganan ADHD saat ini yang dianggap cukup efektif adalah dengan penggunaan farmakologi (Swaiman, 2006:560). Penanganan terapi farmakologi ini berperan untuk membantu mengatur kerja *neurotransmitters*, terutama pada kerja *dopamine* yang berkaitan dengan kemampuan



memberikan atensi dan mengurangi hiperaktivitas, serta impulsivitas. Menurut beberapa sumber bacaan, meskipun penanganan utama pada ADHD adalah menggunakan obat, namun sebaiknya dilakukan dengan pendekatan *multimodals treatment* atau dibantu dengan penanganan lainnya. Pengamatan awal peneliti yang dilakukan di rumah sakit dan tempat terapi, sebagian besar hanya menggunakan terapi farmakologi saja tanpa bentuk terapi lain, sebagian menggunakan terapi gerak saja. Sebagian tempat mencoba memberikan penanganan menggunakan obat dan terapi perilaku (Swaiman, 2006; Green, 2001). Namun, setelah beberapa bulan dilakukan observasi di tempat yang menangani anak hanya menggunakan penanganan obat, sebagian besar anak-anak tersebut dapat memberikan atensi serta kecenderungan hiperaktivitas dan impulsivitasnya menurun, namun beberapa gejala penyerta atau komorbiditasnya masih muncul dengan frekuensi dan intensitas yang lebih kecil. Gangguan tersebut antara lain *anxiety* atau kecemasan, perilaku *opposite* atau menentang dan CD atau *conduct disorder*. Menurut Green, anak-anak ADHD tidak merencanakan untuk berperilaku buruk. Perilaku itu tampak tiba-tiba terjadi dan setelah perilaku tersebut muncul, mereka merasa sangat menyesal. Perasaan menyesal ini muncul pada anak ADHD yang tidak memiliki komorbid ODD. Jika ADHD disertai dengan ODD, maka akan muncul kepuasan pada diri mereka jika berhasil memunculkan masalah yang dihasilkan dari perilaku mereka (Green, 2001).

Penanganan pada anak yang mengalami ADHD disertai ODD harus menggunakan *multimodality approach* (Green, 2001; Friedberg, 2002). Selain penggunaan obat, ada beberapa jenis terapi yang digunakan untuk menangani ODD ini, seperti terapi perilaku, okupasi terapi, sensori integrasi. Berdasarkan pengamatan, pada tempat terapi yang telah menggunakan terapi farmakologi dan terapi perilaku, terjadi penurunan gejala frekuensi inatensi, hiperaktivitas, dan impulsivitas, serta perilaku marah dan menolak tugas mulai berkurang, namun anak-anak ini masih kesulitan melakukan generalisasi kendali perilakunya pada situasi

atau tempat yang berbeda. Hal ini terjadi karena mereka masih memiliki kesulitan untuk melakukan regulasi diri dan memahami sebab dan akibat dari perilaku yang mereka munculkan. Penanganan tidak mengurangi komorbiditas perilaku mereka. Komorbiditas tidak dapat ditangani menggunakan obat. Komorbiditas dapat mempengaruhi perkembangan anak pada aspek interaksi sosial, pada bidang akademik, maupun *self-esteem* mereka sendiri (Green, 2001). Setelah penanganan menggunakan obat, ternyata hanya mengurangi gejala utama pada ADHD. Melihat latar belakang permasalahan pada anak ADHD disertai ODD dan target yang ingin dicapai, maka penanganan yang akan dipilih adalah terapi perilaku kognitif (*cognitive-behavioral therapy*). CBT adalah terapi yang didasari oleh teori belajar sosial (*social learning theory*) dan menggunakan berbagai teknik, yang kebanyakan berdasarkan pada model operan dan *classical conditioning* (Hart & Morgan, 1993 dalam Friedberg, 2002). Menurut Kendall dan Braswell (1985), strategi kognitif membangkitkan partisipasi aktif anak dalam mempelajari dan memonitor proses-proses, seperti; cara-cara mengenali permasalahan, pendekatan terhadap masalah, cara memfokuskan atensi, memilih jawaban, *enforcement* diri, dan kemampuan *coping* (Swaiman, 2006;591). Rumusan masalah pada penelitian ini adalah: **bagaimana rancangan *cognitive-behavioral* untuk anak-anak yang mengalami masalah ADHD disertai komorbiditas *Oppositional Defiant Disorder (ODD)* di Bandung?** Tujuan penelitian ini adalah pembuatan rancangan *Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)* berdasarkan frekuensi munculnya komorbiditas atau gejala penyerta perilaku *Oppositional Defiant Disorder (ODD)* pada anak ADHD, hasil *interview*, dan pengamatan *detail* mengenai perilaku anak. Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian lapangan, yaitu studi kasus (*case study*), karena membuat observasi yang ekstensif pada sekelompok atau seorang individu (Graziano & Raulin, 2000). Studi kasus merupakan tipe pada penelitian ini, karena menggali kasus unik mengenai adanya pemahaman berdasarkan beberapa prosedur; bukan mengamati subjek di lingkungan



naturalnya, namun peneliti memilih tempat natural dari subjek, fokus pada individu, membatasi kategori perilaku yang ingin diamati (Graziano & Raulin, 2000).

## II. PEMBAHASAN

### Landasan Teori

*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder* (ADHD) merupakan gangguan neurobehavioral pada bagian neurotransmitter (dopamine) yang menyebabkan munculnya gangguan perilaku. Perilaku yang muncul dapat berupa gangguan pemusatan perhatian, perilaku hiperaktif, dan atau tanpa impulsivitas. Penyebab atau etiologinya masih belum jelas, namun beberapa sumber menyebutkan bahwa gangguan ini berkaitan dengan genetik, neuroanatomi, dan neurofisiologi. Cara mendiagnosa ADHD, yaitu sebelum melakukan diagnosa apakah anak mengalami ADHD/GPPH, maka diperlukan pengumpulan data melalui observasi yang sangat tajam dan wawancara dari berbagai pihak yang terlibat dengan anak. Perlu data yang objektif dan akurat. Empat tahap pemeriksaan dalam menetapkan diagnosa ADHD, yaitu memperhatikan tanda-tanda yang muncul, menyingkirkan diagnosa yang serupa dengan ADHD, menggunakan alat yang objektif, wawancara secara detail mengenai pola yang muncul. ADHD tidak menyebabkan *Oppositional Defiant Disorder* (ODD), namun keduanya muncul secara bersamaan. Komorbid terbanyak saat ini sebanyak 35,2-50% yang ditemukan menyertai gejala yang muncul pada anak-anak dengan masalah ADHD adalah *Oppositional Defiant Disorder* (ODD). ODD bervariasi, mulai dari yang sangat ringan berupa perilaku *negativistic* atau *oppositional* hingga perilaku *hostile* atau agresif, yaitu sering hilang kesabaran, sering berargumentasi dengan orang dewasa, sering secara aktif menolak untuk mengikuti permintaan atau aturan yang diberikan oleh orang dewasa, sering secara terang-terangan mengabaikan orang lain, sering menyalahkan orang lain untuk kesalahan atau perilaku buruknya, seringkali mudah tersentuh atau terganggu oleh orang lain, seringkali marah dan gelisah.

Penanganan ADHD dan ODD, yaitu pada komorbiditas adalah bukan masalah utama, namun dapat mengganggu kehidupan anak maupun orang-orang yang berada di sekelilingnya. Banyak cara yang ditawarkan untuk mengatasi masalah inatensi, hiperaktivitas, dan impulsivitas pada anak-anak ini. Pada beberapa referensi dikatakan bahwa *treatment* menggunakan obat (*methylphenidate*) dapat membantu mengurangi perilaku inatensi dan hiperaktivitas anak (Accordo & Blondis, 2000). Pengobatan akan membantu sistem *neurotransmitter* (*dopamine*). Namun, *treatment* ini perlu dibantu menggunakan terapi non farmakologis yang dapat mengembangkan kendali internal untuk masalah perilakunya. Ketika pengobatan dikombinasikan dengan CBT, penelitian menunjukkan hasil yang konsisten bahwa hal tersebut mengurangi perilaku impulsif dan inatensi, dibandingkan jika hanya menggunakan pengobatan atau hanya menggunakan CBT (Brown, Wynne, and Medenis, 1985). Tujuan dari pemberian pengobatan dikombinasi dengan CBT, diharapkan akan meningkatkan prestasi akademik, rasa percaya diri (*self-esteem*), kemampuan meregulasi diri, dan mengurangi perilaku buruk yang muncul. Untuk penanganan komorbid tergantung pada komorbid yang muncul. Pada anak ADHD dengan komorbid ODD, penanganan farmakologi tidak pernah dilaporkan dapat menangani komorbid ODD (Green, 2001), sehingga perlu dicari suatu alternatif penanganan untuk menangani komorbid ODD pada anak ADHD ini. *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT) berkaitan dengan penggunaan komponen kognitif dan strategi behavioral termasuk teknik operan (*reinforcement* positif dan negatif) serta konseling orang tua. *Cognitive therapy* didasari oleh teori belajar sosial (*social learning theory*) dan menggunakan berbagai teknik, yang kebanyakan berdasarkan pada model operan dan *classical conditioning* (Hart & Morgan, 1993 dalam Friedberg, 2002). Menurut Kendall and Braswell (1985), strategi kognitif membangkitkan partisipasi aktif anak dalam mempelajari dan memonitor proses-proses, seperti; cara-cara mengenali permasalahan,



pendekatan terhadap masalah, cara memfokuskan atensi, memilih jawaban, *enforcement* diri, dan kemampuan *coping* (Swaiman, 2006;591). Untuk membuat atau merancang program *cognitive-behavior* bagi anak, yang perlu diperhatikan adalah diagnosis pemeriksaan yang difokuskan pada kegagalan anak untuk menunda respon sampai mereka menyadari konsekuensi dari tindakannya. Konselor harus dapat menemukan tingkat kematangan dari anak untuk melakukan proses menghambat perilaku yang bermasalah, menentukan skala prioritas, dan melakukan kendali. (Nelson, 1997 dalam Stein, 2000). Keuntungan *cognitive-behavior training* tidak hanya menetapkan kontrol, tetapi juga menetapkan proses lain. Diharapkan anak dapat mempelajari perilaku yang dapat diaplikasikan di kehidupannya di masa yang akan datang. Fokus pada sistem pemrosesan informasi sebagai cara mengidentifikasi pemikiran otomatis anak dan schemata kognisinya (Friedberg, 2002). Perlu pemahaman mengenai teori kognisi, proses, dan strategi yang tepat untuk dapat merancang terapi kognisi yang efektif. Pada *cognitive-behavior therapy*, perlu dipahami bahwa setiap pengalaman hidup individu disimpan dan dikonfigurasi dalam sebuah struktur yang disebut *schema*. *Schema* merupakan susunan pengalaman yang membentuk *core belief*. *Schema* tertentu dapat mengakibatkan problem emosional dan perilaku (Friedberg, 2002). Bagaimana individu membentuk *core belief* tergantung pula pada bagaimana ia mempersepsikan pengalamannya yang membentuk *core belief* mengenai dirinya. Hal ini yang membentuk

*self-esteem*. Proses *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) pada anak perlu didukung oleh lingkungan, yaitu lingkungan keluarga dan sekolah. Hal ini karena anak sering tidak menyadari mengapa mereka diminta untuk mengikuti sesi terapi. Konsep yang diperlukan untuk memberikan CBT adalah bahwa CBT dapat dilakukan dengan membantu anak mengenali dirinya sendiri yang berkaitan dengan *self-concept*, *self-esteem*, dan kemampuan regulasi dirinya. Perlu kemampuan menggali schemata anak melalui pengajuan pertanyaan sokratik, kemampuan memberikan keterampilan pada anak untuk mencari alternatif penyelesaian masalah (*creative problem solving*). Pemberian materi untuk meningkatkan *self-esteem* berdasarkan panduan dari Flick (2000) dalam *Self-Esteem Index* (SEI) berupa pengukuran mengenai refleksi mengenai bagaimana anak memandang dirinya dan menilai dirinya. *Problem solving* merupakan suatu proses yang melibatkan pengenalan tujuan, pengembangan solusi, evaluasi terhadap alternatif solusi, seleksi, dan asesmen terhadap solusi. Penekanan pada terapi CBT ini adalah lebih pada konsep atau strategi belajar mengatasi suatu situasi daripada hal yang spesifik.

#### **Hasil Penelitian atau Analisis**

Berikut ini akan disajikan profil subjek, anggota keluarga, dan profil sekolah sebagai catatan tambahan untuk menambah informasi. Informasi ini dianalisis sebagai pelengkap dalam pembuatan rancangan terapi yang sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh subjek.



Tabel 1. Profil Subjek Penelitian

Nama	Usia saat penelitian	Jenis Kelamin	Pendidikan	IQ	Keurutan dalam keluarga	Usia saat didiagnosis ADHD	Usia awal penggunaan farmakologi
GAM	11 tahun	L	Kls 6 SD	123	Ke 1	8 tahun	8 tahun
	6 bulan					9 bulan	11 bulan
JK	8 tahun	P	Kls 3 SD	129	Ke 3	6 tahun	6 tahun
	8 bulan					10 bulan	10 bulan
GY	9 tahun	L	Kls 4 SD	115	Tunggal	7 tahun	8 tahun
	4 bulan					2 bulan	

Hasil penelitian ini akan dipaparkan dalam bentuk data kuantitatif yang akan menjelaskan pola perilaku anak yang mengalami ADHD disertai komorbid ODD.

Tabel 2. Frekuensi rata-rata/hari kemunculan perilaku ODD pada setiap anak

Perilaku		AM	JK	GY
<b>I.</b>	<b>Negativisticbehavior</b>			
1	Penolakan dengan mengungkapkannya secara langsung	15	8	3
2	Menolak tugas dengan mengerjakan hal lain	25	40	34
3	Menolak tugas/menjawab dengan asal-asalan/lambat	24	35	23
		64	83	60
<b>II.</b>	<b>Defiant behavior</b>			
1	Sengaja membuat orang lain kesal	56	23	54



2	Tidak mau mengakui kesalahannya	10	7	4
3	Sulit menghadapi hambatan	11	6	2
		77	36	60
III.	<b>Hostile behavior</b>			
1	Mudah kesal/tersinggung	40	9	10
2	Mendominasi orang lain untuk kepentingan pribadinya	28	15	20
3	Kurang dapat bersabar/menunggu giliran	23	9	3
		91	33	33

Berdasarkan hasil data rata-rata frekuensi munculnya perilaku ODD sebagai komorbid yang muncul pada anak ADHD, diperoleh kesimpulan bahwa:

- Setiap anak ADHD yang memiliki komorbid ODD mempunyai variasi atau komposisi yang berbeda dalam menunjukkan perilakunya.
- Dari ketiga anak yang diteliti, AM lebih menunjukkan perilaku *hostile*, sedangkan JK lebih sering menunjukkan perilaku *negativistic*, dan GY memiliki 2 perilaku ODD yang dominan, yaitu perilaku *negativistic* dan *defiant*.

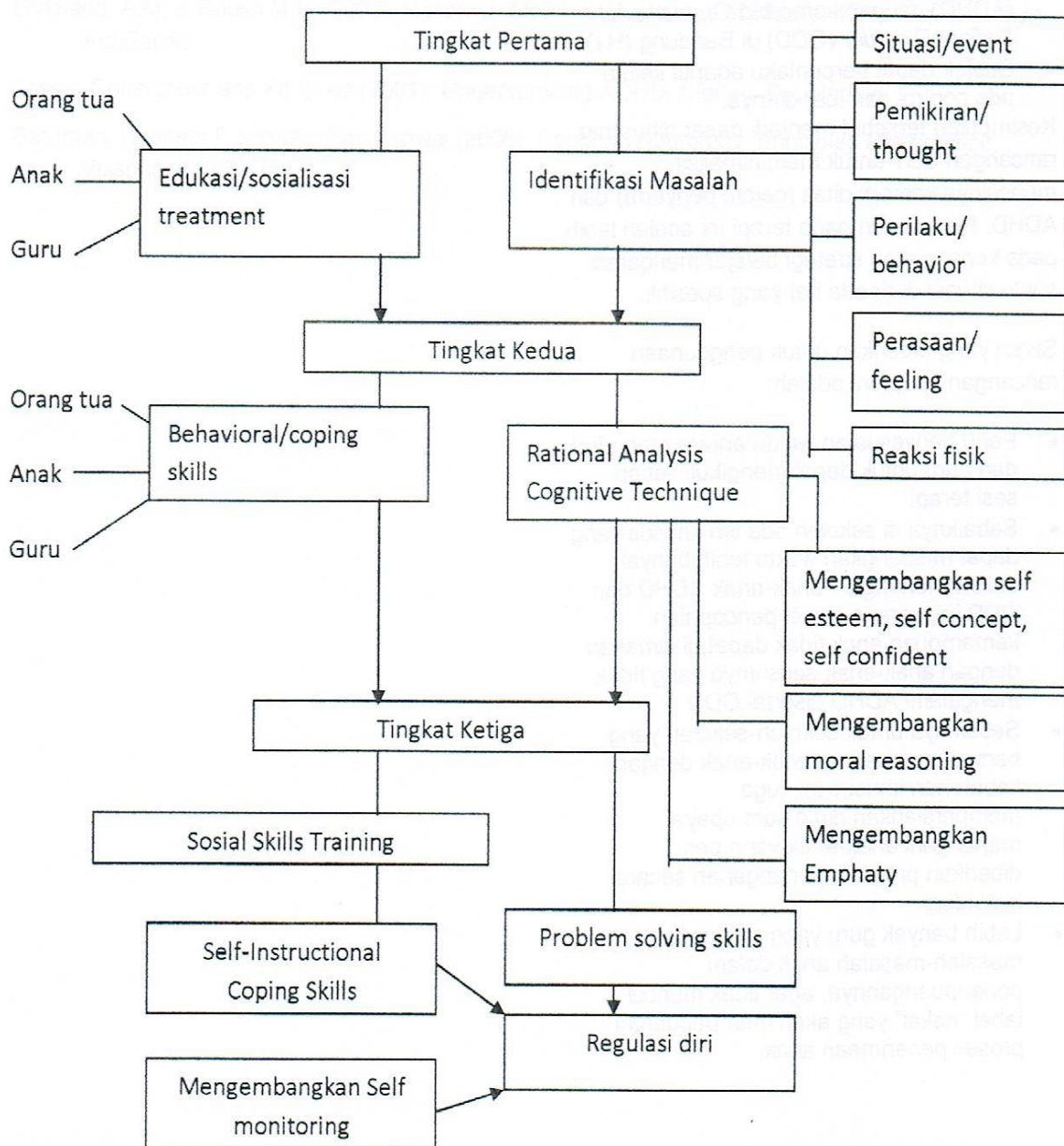
Belum ada rancangan CBT khusus untuk menangani anak yang mengalami ADHD disertai komorbid ODD. Berdasarkan hasil pengamatan, *interview*, dan pengumpulan data tambahan lain, diperoleh hasil bahwa setiap anak yang mengalami ADHD dengan ODD sebagai komorbid, ternyata memiliki variasi atau komposisi yang berbeda antara satu anak dengan anak yang lainnya. Dari ketiga anak yang telah diamati selama seminggu, diperoleh bahwa 1 anak cenderung memunculkan perilaku *hostile* dan 1 anak cenderung berperilaku *negativistic*, 1 anak dengan kecenderungan *negativistic* dan

*defiant*. Diperlukan penanganan, dibangun dahulu kesadaran untuk mengenali perilaku mereka dan cara mereka berpikir ketika melakukan tindakan tersebut. Kemudian mengenalkan cara-cara bertindak yang lebih tepat atau melatih *problem solving*. Untuk membuat atau merancang program *cognitive-behavior* bagi anak, yang perlu diperhatikan adalah diagnosis pemeriksaan yang difokuskan pada kegagalan anak untuk menunda respon sampai mereka menyadari konsekuensi dari tindakannya. Konselor harus dapat menemukan tingkat kematangan diri anak untuk melakukan proses menghambat perilaku yang bermasalah, menentukan skala prioritas, dan melakukan kendali. (Nelson, 1997). Berdasarkan tingkat kecerdasannya, anak-anak dengan masalah ADHD disertai ODD, taraf perkembangan kognisinya sesuai dengan tugas perkembangannya, yaitu berada pada taraf *concrete-operational*. Dengan kemampuan berpikir pada taraf ini disertai dengan tingkat kecerdasan berada di atas rata-rata, maka anak-anak ini dapat diajak untuk memberikan penilaian mengenai situasi, perasaan, dan perilaku mereka. Kegiatan yang dapat diberikan agar mereka



memahami perilakunya, yaitu dengan menggunakan alat peraga, seperti gambar, kartu, video, atau bantuan visual lainnya untuk membuat penjelasan abstrak menjadi suatu yang lebih konkrit. Perilaku *negativistic*, *defiant*, dan *hostile* muncul dengan alasan yang menunjukkan bahwa mereka tidak memahami sebab munculnya perilaku tersebut dan tanpa pertimbangan mengenai

akibatnya bagi diri mereka sendiri maupun bagi orang lain. Ketiga anak tersebut masih kesulitan untuk memberikan penilaian mengenai perasaan mereka, terutama JK. Berdasarkan kondisi tersebut, perlu adanya pelatihan untuk mempertajam kemampuan anak-anak dalam memahami situasi dan perasaannya maupun orang lain dengan menggunakan CBT.





### III. PENUTUP

#### Simpulan

Kesimpulan berdasarkan hasil observasi, *interview*, dan analisis data dan pembahasan, mengenai kondisi anak-anak yang mengalami ADHD, dari ketiga kasus yang diperoleh, didapatkan hipotesis:

- *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) merupakan jenis terapi yang diperkirakan tepat untuk anak yang mengalami *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) dengan komorbid *Oppositional Defiant Disorder* (ODD) di Bandung (H1).
- Subjek dapat berperilaku adaptif ketika ada control dari luar dirinya.

Kesimpulan tersebut menjadi dasar dibuatnya rancangan CBT untuk meminimalisir munculnya komorbiditas (gejala penyerta) dari ADHD. Penekanan pada terapi ini adalah lebih pada konsep atau strategi belajar mengatasi suatu situasi daripada hal yang spesifik.

Saran yang diberikan untuk penggunaan rancangan terapi ini adalah:

- Perlu penyesuaian waktu antara orang tua dan guru untuk dapat mengikuti setiap sesi terapi
- Sebaiknya di sekolah ada tim khusus yang dapat meluangkan waktu lebih banyak dalam menangani anak-anak ADHD dan ODD ini, karena target pencapaian kemampuan anak tidak dapat disamakan dengan anak-anak seusianya yang tidak mengalami ADHD disertai ODD
- Sebaiknya untuk sekolah-sekolah yang bersedia menerima anak-anak dengan kebutuhan khusus ini, juga mempersiapkan diri dalam upaya menangani anak-anak yang perlu diberikan program penanganan secara individual
- Lebih banyak guru yang mengenal masalah-masalah anak dalam perkembangannya, agar tidak muncul label "nakal" yang akan mempengaruhi proses penerimaan anak.



## DAFTAR PUSTAKA

- Batshaw, M.L. (2000). *Children with Disabilities*. 4<sup>th</sup>.ed. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing, Co.
- Dewi, Kristiantini (2006). Thesis FK Unpad: Prevalensi dan komorbiditas anak-anak ADHD. Bandung: Thesis
- Erickson, M.T. (1998). *Behavior Disorder of Children and Adolescents. Assessment, etiology, and intervention*. 3<sup>th</sup>. ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Friedberg, R.D. and Jessica M. McClure. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. The nuts and bolts*. New York: The Guildford Press.
- Graziano, A.M, & Raulin M.L. (2000). *Research Methods. A process of inquiry*. 4<sup>th</sup>.ed. Boston: Allyn and Bacon
- Green, Christopher and Kit Chee (2001). *Understanding ADHD*. Sidney: Doubleday.
- Swaiman, Kenneth F and Stephen Ashwal (2006). *Pediatric Neurology. Principles and practice*. Missouri: Mosby, Inc.