



INTUISI 9 (3) (2017)

INTUISI
JURNAL PSIKOLOGI ILMIAH
<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/INTUISI>
Terindeks DOAJ: 2541-2965



TERAPI KOGNITIF PERILAKU PADA REMAJA DENGAN GANGGUAN KOMORBID PERILAKU MENENTANG DAN DEPRESI YANG TINGGAL DI PANTI ASUHAN

Diany Ufieta Syafitri[✉]

Fakultas Psikologi Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 20 September 2017
Disetujui 25 Oktober 2017
Dipublikasikan 1 November 2017

Keywords:

behavioral disorder, adolescent, cognitive behavioral therapy, orphanage

Abstrak

Pengasuhan dan kondisi panti asuhan seringkali dianggap kurang kondusif untuk perkembangan anak serta remaja yang ada di dalamnya. Hal ini kemudian dibuktikan oleh banyaknya penelitian yang menyebutkan banyaknya permasalahan anak dan remaja di panti asuhan. Salah satu gangguan yang paling banyak terjadi adalah Gangguan Perilaku (GP), terutama yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah seorang remaja laki-laki usia 15 tahun yang dirujuk kepada psikolog karena menunjukkan gejala GPM. Penelitian ini menggunakan studi kasus di mana proses pengumpulan data menggunakan multi sumber yaitu wawancara kepada orang di sekitar subjek, observasi, dan asesmen psikologi. Hasilnya menunjukkan bahwa selain gejala GPM subjek juga menunjukkan depresi yang tinggi. Ini menunjukkan bahwa subjek mengalami gangguan komorbid. Penanganan yang dilakukan adalah melalui pendekatan kognitif perilaku sebanyak delapan pertemuan, yang terdiri atas penanganan komponen kognitif, emosi, dan perilaku. Hasilnya, subjek mengalami peningkatan dalam berpikir secara seimbang tentang dirinya yang berpengaruh terhadap kondisi emosi dan perilakunya. Di dalam artikel ini juga didiskusikan tentang dimensi gejala dalam GPM yang memprediksi terjadinya komorbiditas dengan gangguan afektif.

Abstract

Parenting and orphanage are often considered less conducive to the development of children and adolescents. This is evidenced by many studies that mention many problems of children and adolescents of orphanages. One of the most common disruptions is Behavioral Disorder (GP), those discussed in this study are Behavioral Disorder (GPM). Subjects in this study were a 15-year-old male teenager who is showing symptoms of GPM. This study uses case studies and the process of collecting data using multiple sources of interviews to people around the subject, observation, and psychological assessment. The results showed that in addition to symptoms GPM subjects also showed high depression. This indicates that the subject has comorbid disorders. Handling is done through the cognitive approach to the behavior of eight meetings, which consists of handling cognitive, emotional, and behavioral components. To sum up, the subject has increased in thinking in a balanced about himself that affects his emotional state and behavior. In this article is also discussed about the dimensions of symptoms in GPM that predict the occurrence of comorbidities with affective disorders.

© 2017 Universitas Negeri Semarang

[✉]Alamat korespondensi:
Fakultas Psikologi Universitas Islam Sultan Agung Semarang
Email: dianysyafitri@unissula.ac.id

p-ISSN 2086-0803
e-ISSN 2541-2965

PENDAHULUAN

Di Indonesia, jumlah panti asuhan beserta dengan anak yang diasuh semakin meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2008, Kementerian Sosial RI menyatakan bahwa ada sekitar 4000-5000 panti asuhan di Indonesia yang 99% diselenggarakan oleh pihak swasta (Kementerian Sosial RI, 2008). Lebih lanjut menurut Pembina Panti Asuhan Yatim Mandiri, pada tahun 2013 jumlah anak di panti asuhan mencapai 3,2 juta (Maruli, 2013). Di Jawa Tengah, jumlah panti asuhan berjumlah 905 pada 2013 dengan jumlah anak yang diasuh mencapai hampir 80 ribu (BPS, 2013).

Sayangnya jumlah panti asuhan yang semakin meningkat tidak diimbangi dengan ketersediaan fasilitas fisik maupun non fisik untuk memberikan pengasuhan yang tepat bagi anak-anak di panti. Pada tahun 2008 Kementerian Sosial bekerja sama dengan NGO *Save the Children* meluncurkan sebuah buku hasil penelitian yang mengupas kondisi panti asuhan di Indonesia, yang menyatakan kurangnya pengasuhan anak di panti asuhan karena kebanyakan panti hanya berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik atau materi seperti menyediakan akses untuk melanjutkan pendidikan (Kementerian Sosial RI, 2008). Berita tentang panti asuhan yang bermasalah di Indonesia memang sudah sering terdengar, di mana banyak pengelola panti asuhan yang melakukan tindak kekerasan bahkan melakukan pelecehan seksual pada anak-anak yang diasuh (Assifa, 2017).

Melihat berbagai kondisi yang kurang menguntungkan dari di panti asuhan, maka banyak penelitian menyimpulkan bahwa anak-anak di panti asuhan berada dalam risiko yang lebih besar untuk mengalami masalah kesehatan mental (Hayek, dkk., 2014; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn, & Knapp, 2006). Terlebih sebagian besar anak yang berakhir di panti asuhan pernah mengalami masalah keluarga seperti penelantaran atau penganiayaan sehingga semakin

meningkatkan faktor risikonya (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 50-60% anak di panti asuhan mengalami masalah kesehatan mental (Landsverk, Burns, Stambaugh & Rolls Reutz, 2006; Minnis, dkk., 2006). Demikian pula hasil penelitian di Indonesia, menunjukkan bahwa anak-anak di panti asuhan daerah Jawa Barat memiliki masalah perkembangan yang lebih tinggi dibandingkan anak-anak yang diasuh oleh orangtuanya (Riyadi, Rusmil, & Effendi, 2014). Syafitri (2016) juga menunjukkan bahwa remaja di panti asuhan di Sleman, DIY mengalami berbagai stresor baik stresor dari permasalahan harian di panti asuhan maupun akibat peristiwa hidup besar (*major life events*).

Salah satu permasalahan kesehatan mental yang banyak dialami oleh anak dan remaja di panti asuhan adalah masalah perilaku. Penelitian yang dilakukan oleh Clausen, dkk. (1998) menunjukkan bahwa 75-80% anak usia sekolah mendapatkan skor tinggi pada masalah perilaku dan kompetensi sosial, baik salah satu maupun keduanya. Lebih lanjut pada anak usia 4-16 tahun, dua dari lima subjek mendapat skor yang lebih tinggi dibandingkan titik potong klinis pada permasalahan perilaku. Penelitian yang dilakukan oleh Minnis, dkk., (2006) pada sampel subjek yang tinggal di panti asuhan menggunakan *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) juga menunjukkan tingginya gangguan perilaku. Dari 182 subjek sebanyak 54% mengalami hiperaktivitas, 45% masalah emosi, 66% masalah perilaku, 63% masalah dengan teman sebaya, dan 38% masalah perilaku prososial.

Gangguan perilaku menurut DSM V (*American Psychological Association*, 2013) saat ini tergolong dalam *Disruptive, Impulse-Control, Conduct Disorder* yang di dalamnya terdapat gangguan-gangguan lain dalam spektrum gangguan perilaku (GP). Salah satu yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah

Oppositional Defiant Disorder (Gangguan Perilaku Menentang (GPM)). Hal ini karena selain Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) dan GP, GPM adalah salah satu gangguan tertinggi yang dialami oleh anak dan remaja (Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000), meskipun demikian GPM sering dilihat sebagai gangguan yang paling ringan di antara ketiganya (Nock, Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2007). Ciri utama dari GPM adalah pola perilaku negativistik, menentang, tidak patuh, dan bermusuhan terhadap figur otoritas yang berulang dan mengakibatkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari (Burke, Loeber, & Lahey, 2003). Lebih lanjut DSM V kini menggolongkan GPM menjadi empat yang lebih spesifik, yaitu subtype *mood* marah/mudah tersinggung, perilaku menentang/argumentatif, dan penuh dendam yang terjadi lebih dari enam bulan (APA, 2013). GPM dapat terjadi pada anak, remaja, hingga dewasa. Prevalensi GPM menurut hasil penelitian (Nock, dkk., 2007) di Amerika Serikat diperkirakan 10,2% untuk laki-laki dan perempuan, yang mana laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan, GPM juga lebih banyak terjadi pada keluarga dengan pengasuhan yang kasar, tidak konsisten, dan mengabaikan (APA, 2013).

GPM seringkali terjadi dengan komorbid gangguan lain, yaitu GPPH, GP, Depresi, dan Kecemasan (Essau, 2003). Gejala menentang, argumentatif, dan penuh dendam menjadi risiko untuk terjadinya Gangguan Perilaku sementara gejala *mood* marah/mudah tersinggung membawa risiko untuk gangguan emosi (APA, 2013). Menurut Essau (2003), anak dan remaja tidak mengekspresikan depresi dengan gejala depresif tetapi melalui perilaku yang menjadi topeng bagi perasaan depresif, lebih lanjut pada anak dan remaja gejala depresi dapat berupa tantrum, bosan, merasa lelah setiap saat, hipokondriasis, tidak patuh, perilaku merusak diri sendiri, kenakalan remaja, fobia sekolah, kesulitan belajar, hiperaktivitas,

perilaku agresif, dan penyakit psikosomatis. Penelitian menunjukkan komorbiditas antara GP dengan depresi secara signifikan terjadi lebih tinggi sehingga perlu mendapatkan perhatian yang lebih karena terkait dengan penanganan dan prognosis (Wolff & Ollendick, 2006). Gangguan *mood* yang paling sering terjadi bersamaan dengan gangguan perilaku maupun GPM adalah depresi, bipolar, distimia, dan psikosis (Arredondo & Butler, 1994). GPM atau GP pun biasanya terjadi lebih dulu dibandingkan depresi (Essau, 2003).

Southam-Gerow (2003) menyatakan bahwa pendekatan terapi yang paling banyak dipakai dan diteliti untuk mengatasi permasalahan anak dan remaja adalah pendekatan *cognitive behavioral therapy* atau terapi kognitif perilaku (TKP). Lochman, Powell, Boxmeyer, & Jimenez-Camargo (2011) menunjukkan bahwa terdapat beberapa program pelatihan maupun psikoterapi yang sudah terbukti efektif mengatasi GP dan GPM seperti *Coping Power Program*, *The Life Skills Training Program*, dan *The Art of Self-Control*. Beberapa hasil penelitian meta analisis (Battagliese dkk., 2015) menunjukkan TKP secara umum efektif menangani gangguan eksternalisasi. Lebih lanjut, setelah mengikuti sesi TKP terjadi penurunan paling besar pada gejala GPM yang kemudian diikuti dengan stres pada orangtua, gejala eksternalisasi, dan lain sebagainya. Demikian pula dengan hasil penelitian (Sukhodolsky, Kassinove, & Gorman, 2004) juga menunjukkan bahwa pelatihan keterampilan lebih efektif menurunkan perilaku agresif, di mana penanganan *problem solving* efektif untuk menurunkan perasaan marah. Di Indonesia, beberapa penelitian menunjukkan bahwa TKP sudah banyak digunakan untuk menangani GPM dan menunjukkan hasil yang menguntungkan (Karismatika, 2014; Mahabbati, 2014). TKP pada dasarnya menggabungkan terapi kognitif dan perilaku sehingga memiliki komponen pemahaman dan

regulasi emosi, analisis fungsional terhadap perilaku, dan pemahaman serta restrukturisasi cara berpikir yang terdistorsi. Pada komponen emosi, subjek akan diajarkan untuk mengenali berbagai emosi, terutama emosi negatif dan intensitasnya, sehingga dapat membantu mereka mengenali kondisi yang mengarahkan mereka melakukan perilaku agresif (Lochman, dkk., 2011). Selanjutnya pada komponen kognitif, beberapa anak dan remaja memproses informasi secara terdistorsi sehingga dalam TKP mereka akan diajarkan untuk memeriksa cara berpikir dan berusaha mengganti cara berpikir yang salah dengan yang lebih adaptif atau disebut juga restrukturisasi kognitif. Hal ini penting karena subjek yang agresif biasanya memiliki cara berpikir yang terdistorsi, di mana ia seringkali melihat anak atau orang lain ingin menyakitinya (Southam-Gerrow, 2003). Terakhir adalah komponen perilaku, di mana melalui asesmen fungsional perlu dilihat bagaimana perilaku maladaptif tersebut terjadi dan apa faktor yang memelihara perilaku tersebut (Southam-Gerrow, 2003; Lochman, dkk., 2011).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana gejala komorbid GPM dengan depresi pada subjek remaja laki-laki yang tinggal di panti asuhan. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui apakah TKP dapat mengatasi komorbid GPM-depresi pada subjek. Penelitian ini merupakan laporan penanganan klien praktik kerja profesi psikologi klinis yang dilakukan dengan studi kasus. Studi kasus merupakan salah satu metode kualitatif yang digunakan untuk memahami fenomena kompleks, berfokus pada bagaimana serta mengapa suatu fenomena terjadi, dan menggunakan lebih dari satu sumber (Noor, 2008; Zainal, 2007)

METODE

Subjek

Subjek berinisial FIF berjenis kelamin laki-laki, berusia 15 tahun berada di kelas X di sebuah SMK. FIF berada di panti asuhan sejak kelas 5 SD. Subjek adalah anak hasil pernikahan kedua ibunya. Ibu subjek sudah meninggal saat FIF kelas 4 SD dan ayahnya meninggalkan keluarganya sejak FIF kelas 2 SD. Subjek memiliki tiga kakak tiri tetapi tidak mampu secara ekonomi untuk mengasuhnya, sehingga FIF dimasukkan ke panti asuhan. Pengumpulan data yang digunakan adalah 1) Observasi di *setting* natural, yaitu di sekitar Panti Asuhan yakni saat subjek sedang bermain di sekitar panti, 2) Wawancara dengan subjek, sahabat subjek, Pekerja Sosial (Peksos) di Panti Asuhan, 3) Analisis Perilaku Fungsional, dan 5) BDI (*Beck Depression Inventory*)

Presenting Problems

Beberapa Peksos pendamping di panti asuhan mengeluhkan bahwa subjek belakangan sering melanggar berbagai peraturan, misalnya tidak mau mengikuti kegiatan rutin seperti sholat, makan bersama, piket, dan lain sebagainya. Selain itu, subjek sering berkelahi dengan teman-temannya, sehingga menjadi anak yang paling ditakuti di panti.

Hasil Pengumpulan Data

1. Hasil Observasi

- Ekspresi subjek cenderung datar dan enggan berkontak mata, sehingga ia cenderung menunduk atau melihat ke arah lain
- Subjek tampak sering melakukan kekerasan fisik pada teman-teman yang usianya relatif lebih muda dibanding dirinya. Subjek juga tampaknya tidak mempedulikan jika temannya ada yang kesakitan karenanya.
- Subjek membutuhkan waktu sampai ia dapat benar-benar merasa nyaman dan akhirnya dapat terbuka

sepenuhnya. Subjek juga tidak ragu dalam mengungkapkan pikiran atau perasaannya

2. Hasil Wawancara

a. Subjek

- Subjek menyadari waktu kecil ia sangat aktif dan tidak dapat diam sehingga diberi label nakal oleh tetangga-tetangganya. Ia juga kerap diejek karena ayahnya tidak tinggal di rumah, hanya sesekali datang
- Prestasi akademis subjek sejak SD selalu bagus. Setidaknya ia selalu mendapat peringkat di sekolahnya. Demikian pula saat SMP dan SMA, subjek selalu masuk peringkat lima besar di sekolahnya bahkan tanpa belajar.
- Anak-anak di panti menurut subjek nakal dan banyak yang suka mencuri. Khususnya, yang lebih membuat subjek jengkel adalah anak-anak tersebut terkadang melaporkan subjek pada peksos untuk hal yang tidak dilakukan subjek. Misalnya, ada seorang anak melaporkan pada peksos bahwa subjek memukulnya, padahal bukan subjek yang melakukan. Akibatnya, subjek sering dimarahi oleh peksos karena ini. Subjek pun menjadi kesal dan memukul anak yang melaporkannya itu. Beberapa bulan terakhir ini, beberapa peksos bahkan sering melarang anak-anak kecil untuk bermain dengan subjek karena menganggap subjek adalah anak paling nakal di

PSAA, “*jangan dekat-dekat sama FIF, sekarang dia anak paling nakal di sini,*”.

Perkataan ini membuat subjek sangat kesal karena ia tidak merasa melakukan kesalahan seburuk itu. Hal ini membuat subjek akhirnya menunjukkan bahwa ia benar-benar nakal. Semua hal ini membuat subjek terpikir untuk keluar dari PSAA.

- Subjek pun tidak ingin lagi tinggal di PSAA karena merasa citra dirinya di mata teman-teman dan para Peksos sudah sangat buruk. Jika ia sholat berjama'ah pun teman-temannya akan berkata “*wah tumben sholat,*” yang menunjukkan bahwa ia sudah sangat buruk di mata teman-temannya. Jika ia melaksanakan tugas piket di dapur pun, petugas dapur justru pernah memarahinya dan bahkan berkata, “*ngopo piket? Mbok uwis ra sah piket sisan!*” (kenapa piket? Sudah lebih baik tidak usah piket sekalian)
- Pikiran subjek bahwa ia sudah dianggap buruk ini juga membuat subjek enggan atau menghindari kegiatan-kegiatan bersama di PSAA, misalnya makan bersama atau apel sore. Hal ini membuat subjek sering membawa makan siangnya ke wisma dan makan di kamar.
- Ia merasa *mood* nya sering buruk dan perasaannya tidak enak. Kondisi yang tidak nyaman ini membuat subjek malas makan. Ia berkata

bahwa sebulan terakhir nafsu makannya menurun drastis sehingga di malam hari ia hampir tidak pernah makan malam. Ia juga sering tidak dapat tidur dan baru dapat tidur pukul satu atau dua pagi. Ia sering banyak berpikir tentang kondisinya di PSAA, tentang keluarganya sehingga ia tidak dapat tidur. Karena tidur terlalu larut, ini membuat ia sering kesiangan bangun dan tidak dapat sholat shubuh berjama'ah, sarapan, dan berangkat dengan bus dari PSAA. Kondisi ini juga membuatnya mudah sekali tersinggung atau marah

- Belakangan ini subjek merasa dirinya menjadi lebih mudah marah. Ia merasa tidak dapat lagi menahan amarahnya. Ia juga merasa emosinya tidak stabil, mudah tersinggung, dan pada akhirnya mudah meledak. Hal ini juga pada akhirnya terbawa pada suasana hatinya (*mood*) yang mudah berubah. Ia juga mudah merasakan perasaan-perasaan yang tidak enak, meski ia tidak dapat menamai apa saja emosi negatif yang ia rasakan saat itu. Ia sendiri menyadari bahwa ia lebih emosional meski ia tidak tahu apa yang membuatnya menjadi sangat emosional
- Subjek pun sebenarnya sangat ingin berubah menjadi lebih baik. Ia ingin menjadi anak yang nakal tapi *sembodo*. Tapi sekarang ini ia merasa belum dapat *sembodo*. Ia pun tahu apa yang selama ini ia

lakukan salah. Tapi karena sudah menjadi kebiasaan, rasanya jadi sulit sekali mengubahnya

b. Sahabat

- Menurut YR, subjek memang berubah, terutama sejak sebelum ujian kelas tiga SMP, yaitu sekitar awal tahun. YR melihat subjek menjadi lebih nakal, lebih mudah emosi, sering menggunakan kekuatan fisiknya, dan kata-katanya menjadi kasar. Misalnya ada hal yang tidak pas sedikit saja, subjek akan marah
- Subjek sering bangun kesiangan dan minta diambilkan makan meskipun tidak sakit. Subjek juga sering menyuruh-nyuruh anak-anak kecil untuk mengambilkan ia makan. Jika tidak dipatuhi, ia akan memukul anak tersebut.
- Tidak hanya dengan anak PSAA, di sekolah pun subjek sering bertengkar. Misalnya saat bermain bola dan ia dijegal, subjek biasanya tidak terima dan mengajak YR untuk balas dendam.
- Saat ini di SMA, subjek juga bergaul dengan anak-anak yang bermasalah. Di satu sisi ini juga karena di kelas tersebut memang banyak anak-anak yang bermasalah, misalnya suka minum minuman keras, merokok, bahkan narkoba

c. Pekerja Sosial

Beberapa minggu terakhir, subjek tampaknya berubah menjadi sering melanggar peraturan. Ia menjadi emosional sehingga ia

sering memukul temannya. Jika ada antar teman ada masalah, ia lah yang turun tangan dan menyelesaikan masalah tersebut melalui kekuatan fisik. Ia juga tidak mau makan di ruang makan, tapi minta diambulkan dan makan di wisma. Padahal hal ini hanya berlaku pada anak yang sakit. Subjek juga sudah jarang bahkan tidak pernah lagi sholat berjama'ah. Ia juga pernah membolos sekolah untuk bermain *Play Station*. Belakangan ini ia juga bergaul dengan anak yang dianggap memberi pengaruh buruk di panti

3. Hasil Analisis Fungsional untuk TKP

- *Target response* :
Pikiran “*Aku pasti sudah dianggap buruk oleh semua orang di PSAA*”
- *Antecedent* :
Saat mengikuti kegiatan bersama di PSAA (sholat jama'ah, kegiatan piket, makan malam, apel)
- *Consequences* :
 - *Positive* :
 - Kebanyakan teman-teman subjek tidak terlalu mempedulikan keadaan subjek
 - Subjek tidak pernah mendapat hukuman yang membuatnya jera
 - *Negative* :
 - Merasa tidak nyaman karena komentar dan sindiran dari beberapa

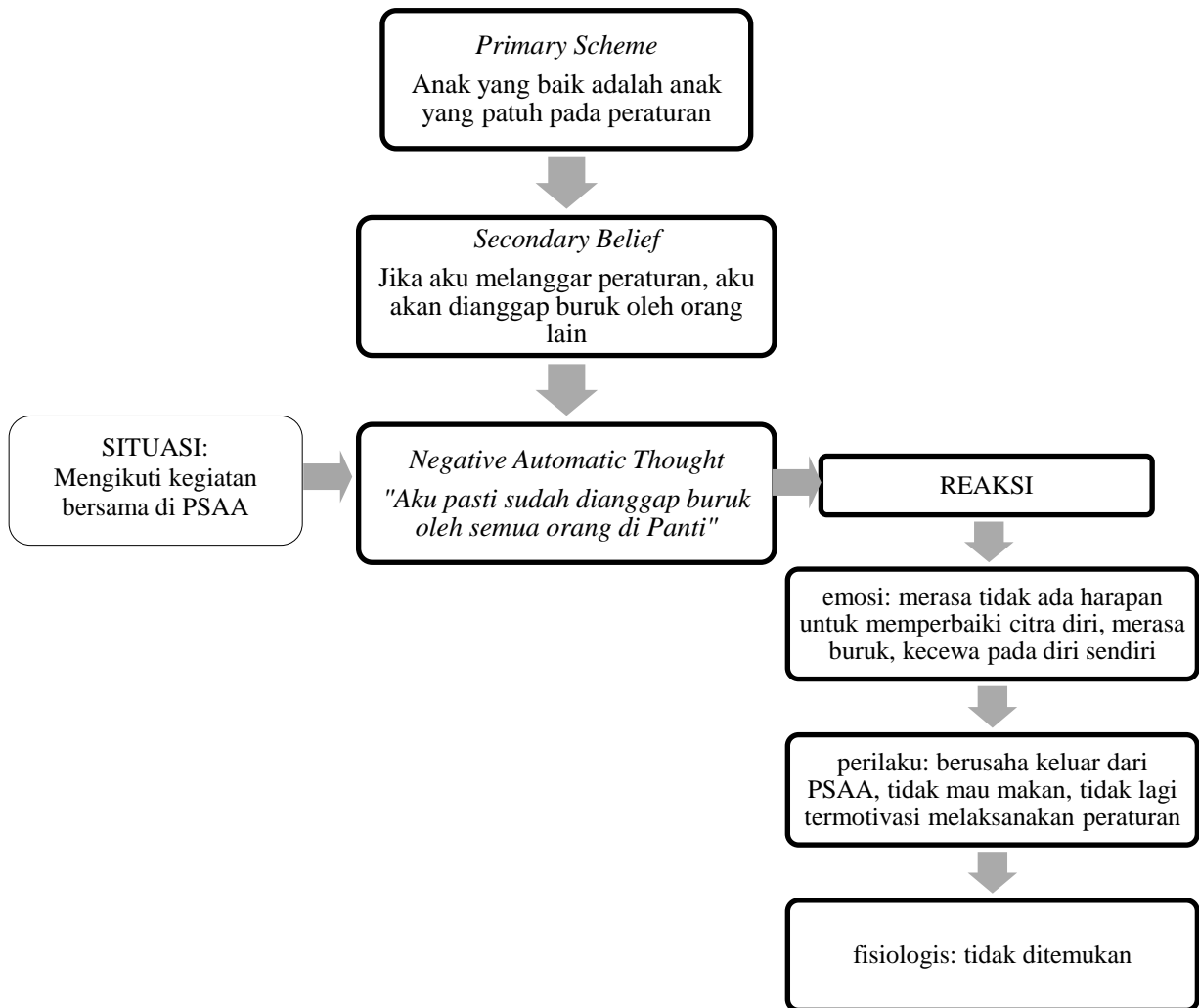
teman, terutama yang tinggal satu wisma.

- Merasa tidak nyaman atas kondisi dirinya sendiri.
- Mendapat label negatif dari para peksos.
- *Response Strength* :
 - Frekuensi : setiap hari 3-4 kali
 - Intensitas : merasa dirinya sangat buruk (pada skala 10 dari 1-10)

4. Hasil BDI

Subjek mendapatkan skor 31 yang artinya ia berada dalam kategori depresi berat. Dari 21 gejala depresi, subjek memenuhi 17 gejala yang ada. Subjek merasa ia sedih pada sebagian besar waktu. Ia juga merasa tidak ada yang dapat ia harapkan dari masa depannya. Saat ia melihat ke belakang, yang tampak adalah kegagalan. Ia juga terus merasa bersalah pada suatu hal yang seharusnya tidak ia lakukan. Oleh karena itu, ia merasa dirinya pantas untuk dihukum dan ia terus menyalahkan dirinya. Ia juga merasa bahwa dirinya tidak berharga, apalagi jika dibandingkan orang lain. Ia ingin menangis tapi tidak dapat. Ia juga merasa gelisah sehingga harus terus bergerak atau melakukan sesuatu. Hal ini membuatnya sedikit kesulitan dalam membuat keputusan dan lebih sulit berkonsentrasi. Dalam melakukan kegiatan yang berhubungan dengan orang lain, ia merasa kehilangan minat. Nafsu makannya pun berkurang drastis. Ia merasa tidak lapar, sehingga hanya makan satu kali sehari.

“Konseptualisasi Kasus Berdasarkan Pendekatan Terapi Kognitif Perilaku”



Bagan 1. Konseptualisasi Terapi Kognitif Perilaku

Primary scheme atau *core belief*, menurut Grant, Townend, Mills, & Cockx (2008), kebanyakan diperoleh seseorang pada masa kecil dan remajanya dan dikuatkan oleh pengalaman saat dewasa yang seakan-akan memberi bukti bahwa *belief* ini benar (Wilding dan Milne, 2008). Sejak kecil, ibu subjek selalu menyuruh subjek menjadi anak yang patuh karena sejak kecil subjek sangat aktif, sehingga ibu dan orang-orang di sekitarnya menghendaki agar subjek patuh pada peraturan. Ini diperkuat saat setelah ia tinggal di PSAA, di mana ia menyadari bahwa anak-anak yang dianggap baik adalah anak yang patuh pada peraturan.

Secondary belief, dapat disebut juga *conditional belief*, yang merupakan asumsi yang menghubungkan *belief* dengan cara berpikir sehari-hari. *Conditional belief* ini juga membuat peraturan untuk hidup (Wilding dan Milne, 2008). Di sini terlihat bahwa *secondary belief* subjek berhubungan dengan *primary scheme*-nya. Sejak kecil, subjek belajar bahwa ketika ia nakal atau tidak patuh pada peraturan, ia akan mendapatkan anggapan, bahkan label buruk dari orang-orang di sekitarnya. Ia pun sudah terbiasa dengan para tetangga yang menyebut bahwa ia “anak nakal”. Hal ini menjadi suatu respon yang dipelajari sehingga menjadi asumsi atau

peraturan yang ada dalam hidupnya, yaitu jika ia nakal atau melanggar peraturan, ia akan mendapat anggapan buruk dari orang-orang di sekitarnya. Terakhir adalah *negative automatic thought* (NAT), yaitu pikiran negatif yang otomatis muncul pada suatu peristiwa spesifik (Wilding dan Milne, 2008). Pikiran otomatis ini muncul berkaitan dengan *primary scheme* dan *secondary belief* yang dimiliki subjek. Dalam kasus ini, peristiwa spesifik yang membuat subjek memunculkan pikiran otomatisnya adalah ia mengikuti kegiatan bersama di PSAA. Misalnya, saat akan sholat berjama'ah, apel, makan bersama, dan bertugas piket. Subjek enggan sholat jama'ah lagi karena saat ia sholat jama'ah teman-temannya akan berkata, "*wah tumben sholat*". Kata-kata ini bagi subjek merupakan bukti bahwa ia memang sudah sangat buruk di mata teman-temannya sehingga semakin menguatkan pikiran otomatisnya. Dalam kegiatan piket pun, subjek enggan melaksanakan karena ia tahu bahwa ia sudah terlanjur dianggap paling malas oleh teman-temannya.

Reaksi dari pikiran negatif seperti dijelaskan di atas termanifestasi secara emosi dan perilaku. Secara emosi, subjek merasa merasa tidak ada harapan untuk memperbaiki citra dirinya, merasa buruk dirinya buruk, dan ia kecewa pada dirinya sendiri. Subjek juga mudah merasa *mood* nya menjadi buruk, di mana ia sering merasakan banyak emosi negatif pada saat yang bersamaan. Ia merasa marah, kesal, sekaligus sedih dan kecewa. Bentuk perilaku yang muncul atas cara berpikir subjek adalah berusaha keluar dari PSAA, tidak mau makan bersama, dan semakin tidak termotivasi melaksanakan peraturan. Hal ini karena ia merasa bahwa apapun yang ia lakukan toh tidak akan mengubah anggapan teman-teman tentang dirinya.

Diagnosis

Berdasarkan hasil asesmen di atas, dapat dilihat bahwa subjek memiliki gejala-gejala GPM seperti negativistik, mudah marah, berkelahi, melanggar semua peraturan, dan lain sebagainya yang pada akhirnya mengganggu adaptivitasnya sehari-hari, bahkan membuat orang-orang di sekitarnya tidak nyaman. Di sisi lain, ia juga menunjukkan gejala-gejala depresi seperti di mana ia merasa tidak memiliki harapan, nafsu makan berkurang, merasa bersalah, dan lain sebagainya yang membuatnya tidak dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari seperti biasanya. Hal ini menunjukkan adanya dua sindrom yaitu sindrom GPM dan gangguan depresi. Berikut adalah diagnosis multiaksial subjek yang dibuat berdasarkan ICD 10 atau PPDGJ III. Diagnosis dibuat berdasarkan PPDGJ karena dalam PPDGJ masih terdapat kategori gangguan tingkah laku campuran sedangkan di DSM V tidak ada.

Aksis I: F 92.0 Gangguan Tingkah Laku Depresif

Aksis II: Z 60.3 Ciri Kepribadian Kepribadian Emosional Tak Stabil Tipe Impulsif

Aksis III: Tidak dilakukan pemeriksaan

Aksis IV: Masalah berkaitan dengan lingkungan sosial

Aksis V GAF: 70 beberapa gejala ringan dan menetap, disabilitas ringan dalam fungsi secara umum masih baik.

Prognosis

Prognosis subjek masih tergolong baik karena banyak faktor protektif dari lingkungan seperti keluarga, peksos, dan teman-teman yang mendukung subjek dan dari diri sendiri di mana subjek memiliki potensi kognitif yang baik serta menyadari bahwa ia bermasalah dan ingin memperbaiki kondisi dirinya.

Rancangan Intervensi

Dalam pendekatan TKP, suatu permasalahan dilihat memiliki komponen

kognitif, emosi, dan perilaku. Regulasi emosi juga menjadi perhatian tersendiri dalam TKP karena anak dengan gangguan perilaku biasanya mengalami kesulitan dalam mengelola emosi. Selanjutnya, pada aspek kognitif, mereka juga seringkali memiliki cara berpikir yang terdistorsi sehingga membuat mereka melakukan perilaku menentang bahkan agresif kepada orang lain (Southam-Gerow, 2003; Southam-Gerow & Kendall, 2000). Oleh sebab itu, rancangan terapi yang disusun terdiri atas berbagai komponen yaitu komponen pengenalan emosi, restrukturisasi kognitif, dan modifikasi perilaku. Pada komponen restrukturisasi kognitif, terapis

membantu klien untuk memodifikasi cara berpikirnya di mana ia akan diajak mempraktikkan cara berpikir yang baru tentang diri mereka sendiri dan cara berperilaku yang baru. Hal ini tentunya harus dilakukan dengan cara yang hangat dan suportif, sehingga memiliki hubungan terapeutik dengan klien juga merupakan hal yang harus diutamakan di awal (Karver & Caporino, 2014). Berdasarkan gambaran tersebut, maka dibuat rancangan intervensi berbasis pendekatan TKP yang mengintegrasikan ketiga komponen kognitif, emosi, dan perilaku di bawah ini.

Tabel 1. Rancangan Intervensi

Sesi	Kegiatan	Substansi	Waktu (menit)
Pra sesi	Perkenalan dan <i>building rapport</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapis memperkenalkan diri, menjalin relasi yang hangat dan suportif dengan subjek. • Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan dalam proses terapi 	60
1	Psikoedukasi dan <i>mood monitoring</i>	<ul style="list-style-type: none"> a) Psikoedukasi <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan hasil asesmen, faktor-faktor apa yang memelihara permasalahan subjek. • Menjelaskan keterkaitan komponen fisiologis, kognitif, dan perilaku. • Psikoedukasi tentang perubahan masa remaja, terkait dengan perubahan emosi yang mulai dirasakan oleh subjek. b) Termometer <i>mood</i> Menjelaskan pada subjek tentang berbagai emosi/<i>mood</i> lalu mengajarkannya untuk mengidentifikasi intensitas emosi tersebut dengan memintanya memberikan <i>rating</i> dari skala 1-10 pada berbagai emosi yang sedang ia rasakan c) Tugas rumah Memberikan tugas rumah berupa <i>Simple thought record</i> di mana subjek dapat mencatat pikiran dan perasaan yang muncul pada situasi tertentu 	90
2	Identifikasi distorsi kognitif, pikiran otomatis, dan membuat bantahan	<ul style="list-style-type: none"> a) Termometer <i>mood</i> b) <i>Me-review</i> tugas rumah dan membahasnya c) Restrukturisasi kognitif <ul style="list-style-type: none"> - Memperkenalkan dan mendeskripsikan gaya berpikir yang terdistorsi, di mana subjek cenderung melakukan <i>blaming</i> dan overgeneralisasi. - Membantu subjek untuk membantah distorsi kognitif tersebut dengan melihat bukti-bukti pada masa lalu atau masa sekarang. 	90
3	Restrukturisasi kognitif 1	<ul style="list-style-type: none"> a) Termometer <i>mood</i> b) <i>Me-review</i> tugas rumah dan membahasnya c) Restrukturisasi kognitif <ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan dengan membuat daftar sifat buruk dan sifat baik 	90

		subjek	
		<ul style="list-style-type: none"> • Membuat pikiran otomatis yang lebih seimbang 	
4	Restrukturisasi kognitif 1	a) Termometer <i>mood</i> b) <i>Me-review</i> pertemuan sebelumnya c) Restrukturisasi kognitif lanjutan	90
5	Aktivasi perilaku 1	a) Termometer <i>mood</i> b) <i>Me-review</i> pertemuan sebelumnya dan memantau perkembangan subjek c) <i>Behavioral experiment</i> Meminta subjek untuk mencoba berada pada situasi yang mengaktifkan pikiran otomatisnya dan menggunakan teknik restrukturisasi yang telah diajarkan	90
6	Aktivasi perilaku 2	a) Termometer <i>mood</i> b) <i>Me-review</i> pertemuan sebelumnya dan memantau perkembangan subjek c) <i>Behavioral experiment</i> lanjutan Mengevaluasi percobaan subjek dan membahas hasilnya, memberi penguatan pada subjek	90
7	Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Termometer <i>mood</i> • Subjek diminta mengidentifikasi perasaannya saat dulu di sesi pertama dan saat ini di sesi terakhir. Setelah itu, subjek ditanya apa yang membuat perasaan tersebut berbeda atau sama. • Subjek diminta untuk mengidentifikasi hal apa yang telah ia dapatkan selama terapi • Subjek diminta untuk mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada dirinya • Memberi penguatan pada subjek 	60

HASIL DAN PEMBAHASAN

Proses intervensi diawali dengan terapis menjalin relasi yang baik dengan subjek. Hal ini tidak mudah dilakukan karena di awal subjek terus menerus menghindar bertemu dengan terapis sampai akhirnya subjek bersedia bertemu dengan terapis. Di awal pertemuan, subjek tampak masih enggan terbuka menceritakan masalahnya tetapi akhirnya ia bersedia menceritakan permasalahannya. Terapis berusaha menjalin hubungan yang hangat, di mana terapis menghindari untuk menghakimi atau memberi arahan yang direktif. Hal ini membuat subjek pada akhirnya bersedia terbuka dan bersedia mengikuti proses intervensi dengan cukup baik. Di sela-sela proses intervensi, subjek seringkali mengatakan bahwa ia senang mengikuti kegiatan intervensi karena ia merasa ada orang yang memperhatikan

dirinya, sehingga ia pun lebih termotivasi untuk menjadi lebih baik.

Selama proses intervensi, subjek menunjukkan perubahan yang positif. Dari segi cara berpikir, awalnya ia merasa dirinya sangat buruk dengan skala 10 (dari skala 1-10), kemudian dengan proses restrukturisasi kognitif melalui metode menuliskan kelebihan dan kekurangan serta sifat baik dan sifat buruknya, ia menemukan bahwa ternyata kekurangan dan sifat buruknya jumlahnya sama dengan kelebihan dan sifat baiknya. Ia pun pada akhirnya dapat membuat NAT yang lebih berimbang yaitu "*aku tidak buruk tapi juga tidak baik*". Dari segi emosi, di awal pertemuan subjek biasanya hanya berkata "*perasaanku rasanya nggak enak banget*", dalam proses termometer *mood* subjek belajar untuk mengidentifikasi apa saja perasaan negatif yang sedang ia rasakan dengan terapis memberikan berbagai kata-kata emosi

padanya, sehingga ia dapat mengenalinya. Di beberapa pertemuan terakhir, subjek pada akhirnya dapat dengan mudah mengatakan apa yang ia rasakan dan memberikan angka untuk menunjukkan seberapa intensitas emosi yang ia rasakan. Kemajuan yang dialami subjek ini juga didukung oleh kemampuan intelektual yang cukup baik sehingga dapat dengan cepat menangkap informasi yang diberikan terapis.

Pada komponen perilaku berupa melanggar peraturan, karena cara berpikirnya yang mulai lebih berimbang dan kemampuannya dalam mengenali emosi mulai berkembang, subjek mengalami perubahan yang signifikan. Ia tadinya tidak sholat jama'ah samasekali, ia mulai sholat jama'ah dan mulai ikut kegiatan belajar bersama. Hal ini juga dikonfirmasi pula oleh teman se-wisma subjek, di mana subjek sudah mau ikut kegiatan bersama lagi dan emosinya sudah lebih stabil, tidak lagi mudah marah. Pada perilakunya yang memukul dan berkelahi, subjek dapat mengidentifikasi bahwa setiap hari ia pasti memukul orang lain paling tidak satu kali.

Evaluasi proses intervensi adalah intervensi ini tidak berjalan sesuai dengan rancangan yang telah dibuat. Fleksibilitas ini berkaitan dengan kondisi subjek sendiri yang tidak memungkinkan untuk mengikuti protokol terapi sepenuhnya. Pertama, setelah pertemuan kedua, subjek sudah langsung mengalami perubahan perilaku akibat perubahan cara berpikir dan perubahan *mood* nya. Kedua, kondisi eksternal subjek di panti asuhan yang sangat fluktuatif, di mana beberapa kali terjadi situasi di panti yang membuat kondisi emosi subjek berubah drastis.

Berdasarkan hasil asesmen yang dilakukan, dapat dilihat bahwa subjek ternyata tidak hanya menunjukkan gejala dan sindrom GPM tetapi juga mengarah pada depresi. Kondisi ini disebut dengan komorbiditas yang secara spesifik mengacu pada terjadinya dua

gangguan atau lebih dalam kerangka sistem diagnostik kategoris. Diagnosis komorbid merupakan hal yang umum ditemui pada gangguan di masa kanak-kanak dan remaja, terutama pada gangguan depresi, di mana beberapa penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar gangguan pada anak dan remaja memiliki gangguan komorbid (Hammen & Compas, 1994). Lebih lanjut beberapa peneliti menggambarkan permasalahan perilaku yang dialami oleh subjek dengan depresi dan masalah perilaku bukan sebagai dasar dari permasalahan, sehingga sering disebut dengan topeng depresi yang artinya permasalahan utama yang dialami subjek adalah gejala depresinya (Burke, Hipwell, & Loeber, 2010). Hal ini tampak terlihat dari subjek di mana gejala GPM yang muncul merupakan topeng dari gejala depresi yang ia rasakan. Hal ini tampak dari konseptualisasi kasus pada bagan 1, di mana permasalahan emosi dan perilakunya bersumber pada pikiran negatif otomatis berupa "*Aku pasti sudah dianggap buruk oleh semua orang di Panti*" dan ditambah dengan hasil dari BDI yang menunjukkan kategori tinggi. Lebih lanjut, hasil penelitian (Burke dkk., 2010), GPM memang seringkali menjadi pendahulu bagi gangguan afek seperti depresi dan kecemasan. Ini juga sesuai dengan permasalahan yang dialami oleh subjek di mana ia menunjukkan permasalahan perilaku terlebih dahulu hingga akhirnya mengalami masalah dengan hubungan sosialnya, yang kemudian memunculkan pikiran negatif otomatis yang mengandung pikiran depresif sehingga memunculkan emosi yang juga bersifat depresif berupa putus asa, merasa diri sangat buruk, dan lain sebagainya. Selain itu juga berupa perilaku yang ingin keluar dari panti dan perilaku menentang peraturan panti.

Lebih lanjut, permasalahan perilaku dapat meningkatkan kemungkinan depresi karena kurangnya keterampilan sosial, misalnya seringnya terjadi konflik dengan teman, guru, dan orangtua yang berujung pada

penolakan dari lingkungan (Essau, 2003). Hal ini terjadi pada subjek di mana masalah perilakunya ang berupa menentang, seringkali bertengkar, dan lain sebagainya membuat ia ditolak oleh lingkungannya, baik oleh teman maupun pekerja sosial di panti. Kegagalan dalam hubungan sosial ini kemudian memunculkan *mood* depresi. Gejala depresif ini lalu berinteraksi dengan agresivitas, melanggar peraturan, dan lain sebagainya yang akan semakin meningkatkan masalah perilaku.

Hasil penelitian (Burke, Loeber, Lahey, & Rathouz, 2005) menunjukkan bahwa GPM secara langsung mempengaruhi dan memprediksi terjadinya depresi. Gejala GPM yang sebagian berupa afek dan ciri kepribadian negatif seperti seringkali penuh kemarahan, kehilangan kendali, penuh dendam, dan kebencian serta hubungan yang bermusuhan dengan orang lain terutama orang dewasa secara langsung berkontribusi terhadap terjadinya depresi, sementara aspek gejala perilaku menentang memprediksi gejala GP. Lebih lanjut, GPM merupakan gangguan perkembangan yang sangat penting pada remaja laki-laki karena mempengaruhi terjadinya gangguan perilaku dan afektif di masa yang akan datang.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa GPM terdiri atas dimensi gejala yang terpisah dan masing-masing dimensi dapat memprediksi gangguan psikologis di masa yang akan datang. Penelitian (Stringaris & Goodman, 2009) menunjukkan bahwa GPM terdiri atas tiga dimensi yaitu dimensi mudah marah yang menjadi prediktor terhadap gangguan emosional, dimensi rasa sakit hati, dan keras kepala menjadi prediktor utama gejala non agresif. Penelitian (Burke dkk., 2005) menggunakan analisis faktor menunjukkan bahwa gejala GPM memiliki dua dimensi yaitu afek negatif dan perilaku menentang. Afek negatif terdiri atas gejala seperti sensitif, marah, dan kebencian sementara gejala perilaku menentang adalah

seperti kehilangan kendali, menentang, dan bertengkar dengan orang lain. Saat gejala-gejala ini diringkas untuk membuat konstruk yang terpisah, gejala afek negatif memprediksi depresi, sementara perilaku menentang memprediksi gejala GP. Berdasarkan penelitian ini, tidak hanya dalam GPM terdapat dimensi yang terpisah tetapi setiap dimensi memprediksi permasalahan psikologis yang berbeda di masa yang akan datang.

Penanganan yang diberikan kepada subjek mengacu pada kerangka TKP, di mana dapat dilihat subjek mengalami perkembangan yang signifikan, di mana ia mampu mengikuti sesi restrukturisasi kognitif dengan baik sehingga ia menemukan cara berpikir yang lebih berimbang tentang dirinya. Di sini subjek juga dibantu untuk menemukan kelebihan-kelebihan dirinya, sehingga ia tidak berfokus pada gambaran dirinya yang buruk. Dari segi emosi, subjek tampak sudah lebih cakap dalam mengenali emosi yang dirasakan. Hal ini pun berpengaruh terhadap perilakunya di mana ia tidak lagi menunjukkan yang menentang peraturan panti dan berusaha untuk kembali taat pada peraturan. Ini menunjukkan sesuai dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang menunjukkan TKP dapat efektif dalam menangani gangguan perilaku pada anak dan remaja.

Faktor yang mendukung keberhasilan intervensi ini adalah dari segi internal, subjek memiliki kemampuan kognitif yang memadai, sehingga dapat cepat memahami apa yang dijelaskan terapis. Hubungan yang hangat antara subjek dengan terapis juga mendorong subjek untuk mengikuti proses intervensi dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

Assifa, F. (2017, Januari 28). *Kompas*. Retrieved from Kompas Website: <http://regional.kompas.com/read/2017/01/28/19513941/seorang.anak.balita>.

- meninggal.diduga.akibat.kekerasan.di.panti.asuhan
- Arredondo, D. E., & Butler, S. F. (1994). Affective Comorbidity in Psychiatrically Hospitalized Adolescents with Conduct Disorder or Oppositional Defiant Disorder: Should Conduct Disorder Be Treated with Mood Stabilizers? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4(3), 151–158.
- Battagliese, G., Caccetta, M., Lupino, O., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 60–71. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008>
- BPS. (2013). *Badan Pusat Statistik*. Retrieved from Website Badan Pusat Statistik Jateng: <http://jateng.bps.go.id/index.php/linkTabelStatis/905>
- Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2010). Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as Predictors of Depression and Conduct Disorder in Preadolescent Girls. *Journal of American Academic of Children and Adolescents Psychiatry*, 49(5), 484–492.
- Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., & Rathouz, P. J. (2005). Developmental transition among affective and behavioral disorders in adolescent boys Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 1200–1210. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00422.x>
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*. Vol 7(3), 7(3), 283–296. [http://doi.org/10.62-1024/98/0900-0283\\$15.00/0](http://doi.org/10.62-1024/98/0900-0283$15.00/0)
- Essau, C. A. (2003). Epidemiology and Comorbidity. Dalam Cecilia A. Essau (Ed), *Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Grant, A., Townend, M., Mills, J., Cockx, A. (2008). *Assessment and Case Formulation in Cognitive Behavioral Therapy*. London: Sage Publication Ltd.
- Hammen, C., & Compas, B. E. (1994). Unmasking Unmasked Depression in Children and Adolescents: The Problem of Comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 585–603.
- Hayek, M., Mackie, T. I., Mulé, C. M., Bellonci, C., Hyde, J., Bakan, J. S., & Leslie, L. K. (2014). A multi-state study on mental health evaluation for children entering foster care. *Administration and Policy in Mental Health*, 41, 552–567. <http://doi.org/10.1007/s10488-013-0495-3>
- Karismatika, I. (2014). Terapi Kognitif Perilaku untuk Remaja dengan Gangguan Tingkah Laku. *Jurnal Sains Dan Praktik Psikologi*, 2(3), 296–301.
- Karver, M. S., & Caporino, N. (2014). The Use of Empirically Supported Strategies for Building a Therapeutic Relationship With an Adolescent With Oppositional Defiant Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(2), 222–232. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.09.004>
- Kementerian Sosial RI. (2008, Juni 5). *Kementerian Sosial*. Retrieved from

- Website Kementerian Sosial: <http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=674>
- Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C., & Jimenez-Camargo, L. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Externalizing Disorders in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 305–318. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.005>
- Mahabbati, A. (2014). Pola Perilaku Bermasalah dan Rancangan Intervensi Pada Anak Tuna Laras Tipe Gangguan Perilaku (Conduct Disorder) Berdasarkan Functional Behavior Assessment. *Dinamika Pendidikan*, (1), 1–21.
- Maruli, A. (2013, April 1). *antara news*. Retrieved from website antara news: <http://www.antaranews.com/berita/366329/berapa-jumlah-anak-yatim-di-indonesia->
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: mental health, service use and costs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(2), 63–70. <http://doi.org/10.1007/s00787-006-0452-8>
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication, 7, 703–713. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x>
- Noor, K. B. (2008). Case Study: A Strategic Research Methodology. *American Journal of Applied Science*, 5(11), 1603–1604. <http://doi.org/10.3844/ajassp.2008.1602.1604>
- Riyadi, Rusmil, K., & Effendi, S. H. (2014). Risiko Masalah Perkembangan dan Mental Emosional Anak yang Diasuh di Panti Asuhan Dibandingkan dengan Diasuh Orangtua Kandung. *MKB*, 46(2), 118–124.
- Southam-Gerow, M. (2003). Child-Focused Cognitive-Behavioral Therapies. Dalam Cecilia A. Essau (Ed), *Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). Essay Therapy with Youth: Advances, Challenges, and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 343–366.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 216–223. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x>
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247–269. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.005>
- Wilding, C. & Milne, A. (2008). *Cognitive Behavioural Therapy*. London: Hodder Headline
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The Comorbidity of Conduct Problems and Depression in Childhood and Adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(December), 201–220. <http://doi.org/10.1007/s10567-006-0011-3>
- Zainal, Z. (2007). Case study as a research method. *Jurnal Kemanusiaan bil.9*, (June), 1–6.