PENERAPAN TERAPI KELOMPOK TERAPEUTIK TERHADAP PERKEMBANGAN INDUSTRI ANAK DENGAN PEMBERDAYAAN KELUARGA, GURU DAN KADER KESEHATAN JIWA

Renny Nova[1], Budi Anna Keliat[2], Mustikasari[3]
[1] Jurusan Keperawatan,Fakultas Kedokteran,Universitas Brawijaya, Malang, Indonesia,
Email:rennynova88@gmail.com
[2,3]Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia
Email: budianna_keliat@yahoo.com

ABSTRAK

Anak usia sekolah berada pada rentang usia 6-12 tahun yang memasuki perkembangan industri dimana anak mengembangkan produktifitasnya. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hasil penerapan terapi kelompok terapeutik terhadap perkembangan industri anak usia sekolah dengan pemberdayaan pelaku rawat, guru, dan kader kesehatan jiwa. Desain penelitian menggunakan *Case Series*. Sampel sebanyak 30 anak usia sekolah secara *purposive sampling*, terbagi dalam 3 kelompok dan dilakukan Terapi Kelompok Terapeutik untuk melatih stimulasi aspek perkembangan. Anak mendapatkan 2 kali terapi yaitu terapi kelompok terapeutik di Sekolah Dasar sebanyak 6 pertemuan yang didampingi keluarga, guru, kader kesehatan jiwa dan terapi kelompok terapeutik di masyarakat sebanyak 3 pertemuan yang didampingi keluarga dan kader kesehatan jiwa. Hasil menunjukkan perkembangan industri anak meningkat menjadi 98,46% dan aspek perkembangan anak yaitu motorik, kognitif, bahasa, emosi, kepribadian, moral, spiritual, dan psikososial meningkat serta kemampuan keluarga dalam menstimulasi perkembangan anak meningkat menjadi 93,33%. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan perkembangan industri anak sebesar 80,33% setelah dilakukan terapi kelompok terapeutik anak usia sekolah dengan melibatkan orang tua dan guru. Rekomendasi artikel ini adalah perlu dilakukan promosi kesehatan jiwa anak usia sekolah di Sekolah Dasar dan di masyarakat dengan melibatkan anak, keluarga, guru dan kader kesehatan jiwa untuk asuhan keperawatan yang berkelanjutan.
.

Kata Kunci : terapi kelompok terapeutik, anak usia sekolah, perkembangan industri, pemberdayaan pelaku rawat, guru, dan kader kesehatan jiwa

ABSTRACT

School-age children are in the 6-12 year age range that enters the development of industries where children develop their productivity. Failure to achieve the task of development causes mental health problems in children. The purpose of this paper is to know the results of therapeutic therapy group application on the development of school age children industry with empowerment of offender, teachers, and mental health cadres. The design of this paper uses Case Series. Samples of 30 school-aged children were divided into 3 groups and Therapeutic Therapeutic Therapy was conducted to train the stimulation of developmental aspects. Children received 2 therapeutic therapeutic therapy classes at Primary School as many as 6 meetings accompanied by family, teachers, mental health cadres and therapy therapeutic groups in the community as much as 3 meetings accompanied by family and mental health cadres. The results showed the development of children's industry increased to 98.46% and the children's developmental aspects of motor, cognitive, language, emotion, personality, moral, spiritual, and psychosocial increased and the family's ability to stimulate child development increased to 93.33%. The results of previous research shows the development of children's industry by 80.33% after therapeutic therapy therapy of school-aged children by involving parents and teachers. The article recommendation is the promotion of mental health of school age children in elementary schools and in the community by involving children, families, teachers and mental health cadres for sustainable nursing care.

Key words : therapeutic group therapy, school-aged children, industrial development, empowerment of caregiver, teacher and cadre of mental health

Pendahuluan

Anak usia sekolah adalah individu yang berada pada rentang usia 6-12 tahun. Tahap ini dikenal sebagai perkembangan fase industri dimana anak-anak mulai mampu mengembangkan produktifitasnya (Wong, 2011). Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk terbanyak di dunia. Indonesia memiliki populasi anak sebesar 37,66% atau terdapat 89,5 juta penduduk termasuk dalam kelompok usia anak (Riskesdas, 2013).

Optimalnya pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor protektor dan faktor risiko (Zolkosky & Bullock, 2012). Faktor lingkungan sebagai faktor protektor sekaligus risiko terdiri atas faktor keluarga yang berkaitan dengan sosial ekonomi, cara stimulasi dan pola asuh, lingkungan sekolah serta kelompok teman sebaya atau masyarakat (Stuart, 2013).

Anak usia sekolah merupakan generasi masa depan bangsa, maka perlu dipersiapkan ketahanan dan kesehatan mental yang optimal agar anak produktif sesuai dengan perkembangan (European Comission, 2015). Jika hal ini tidak dilakukan maka perkembangan psikososial menjadi terhambat, risiko terjadi *bulliying*, depresi dan risiko percobaan bunuh diri (Jansen et al., 2012). Kegagalan dalam mencapai kemampuan tugas perkembangan dapat menyebabkan anak merasa rendah diri sehingga pada masa dewasa, anak mengalami hambatan bersosialisasi (Keliat, Daulima, & Farida, 2011).

Untuk menghindari dan mengatasi dampak tersebut diperlukan suatu wadah agar mewujudkan sumber daya yang tidak hanya sehat secara fisik tetapi juga mental dan sosial serta mempunyai produktivitas melalui upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan jiwa yang terus menerus berupa pembinaan dan pengembangan kesehatan mental anak usia sekolah (Istiana, Keliat, & Nuraini, 2011). Beberapa upaya telah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan perkembangan anak yakni dengan Posyandu dan Usaha Kesehatan Sekolah namun masih terfokus pada kesehatan fisik saja sedangkan muatan kesehatan mental anak dirasa masih sangat kurang.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, masalah yang ditemukan di RW 03 Kelurahan Mulyaharja adalah masalah asuhan keperawatan pada anak usia sekolah yaitu anak usia sekolah menunjukkan perilaku menyimpang: malas belajar, tidak mampu mengontrol emosi, belum mampu bekerja sama dalam kelompok, mengejek teman, keluarga menganggap hal itu bukan masalah sehingga tidak ada upaya penanganan dari keluarga, Puskesmas memiliki program UKS namun belum melakukan upaya kesehatan jiwa pada anak termasuk belum dilakukannya Terapi Kelompok Terapeutik Anak Usia Sekolah, baik di sekolah maupun di komunitas.

Untuk mengatasi masalah diatas, dibentuk kelompok 30 anak usia sekolah yang diberikan Terapi Kelompok Terapeutik di sekolah dasar dengan melibatkan orang tua, guru dan kader kesehatan jiwa dan di lingkungan tempat tinggal dengan melibatkan orang tua, dan kader kesehatan jiwa. Studi membuktikan bahwa perawatan berpusat pada keluarga dan diberikan di rumah meningkatkan kepuasan klien dan kualitas pelayanan (Kuo et al., 2012). Asuhan keperawatan untuk anak harus dapat diakses, dikoordinasikan, komprehensif, berpusat pada keluarga, kompeten secara budaya, berkelanjutan, dan welas asih (*American Academy of Pediatrics*, 2002).

Artikel ini bertujuan mengetahui hasil penerapan terapi kelompok terapeutik terhadap perkembangan industri anak usia sekolah dengan pemberdayaan pelaku rawat, guru dan kader kesehatan jiwa

Metode Penelitian

Artikel ini menggunakan pendekatan *Case series* adalah laporan deskripsi sederhana karakteristik kasus yang menarik pada kelompok klien. *Case series* adalah studi epidemiologi deskriptif tentang serangkaian kasus, yang berguna untuk mendeskripsikan spektrum penyakit, manifestasi klinis, dan prognosis kasus. *Case series* melibatkan klien dalam waktu yang singkat. Studi ini adalah penelitian deskriptif yang mengikuti sekelompok pasien yang memiliki diagnosis serupa dan dapat menghasilkan hipotesis yang akan berguna dalam merancang studi lebih lanjut (Subagyo, 2005).

Artikel ini melaporkan 30 anak usia sekolah yang diambil berdasarkan *purposive sampling*, diberikan tindakan ners dan spesialis yaitu Terapi Kelompok Terapeutik Anak Usia Sekolah dengan melibatkan pelaku rawat, guru dan kader kesehatan jiwa di SDN 01 Cibeureum sebanyak 6 pertemuan dan di RW 03 Kelurahan Mulyaharja dengan melibatkan pelaku rawat dan kader kesehatan jiwa sebanyak 3 pertemuan pada bulan Februari–April 2018. Pengumpulan data menggunakan instrument evaluasi (*pre–post*) respons aspek perkembangan, kemampuan industri anak usia sekolah dan kemampuan keluarga dalam menstimulasi perkembangan.

Klien diberikan tindakan keperawatan ners terlebih dahulu (tumbuh kembang anak usia sekolah), setelah itu dilanjutkan dengan tindakan ners spesialis: terapi kelompok terapeutik yang terdiri dari 6 sesi. Sesi pertama: stimulasi respons perkembangan motorik kasar dan halus. Sesi kedua: stimulasi respons perkembangan kognitif dan bahasa, dilanjutkan sesi ketiga: stimulasi respons perkembangan emosi dan kepribadian, sesi ke empat: stimulasi respons perkembangan moral dan spiritual, sesi ke lima: stimulasi respons perkembangan psikososial, dilanjutlkan sesi ke enam: monitoring dan mengevaluasi pengalaman dan manfaat latihan.

Hasil dan Pembahasan

Hasil studi meliputi karakteristik klien, pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan, perubahan respons aspek perkembangan, kemampuan industri anak usia sekolah serta kemampuan keluarga menstimulasi aspek perkembangan anak usia sekolah. Berikut hasil pengkajian anak usia sekolah: karakteristik, faktor predisposisi dan presipitasi, serta sumber koping.

Tabel 1. Karakteristik Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja Tahun 2018 (n=30)

No	Variabel	Jumlah	Presentase (%)
1	**Usia**		
	09-12 tahun	30	100
2	**Jenis Kelamin**		
	Laki-Laki	9	30
	Perempuan	21	70
3	**Urutan Kelahiran**		
	Anak Pertama	21	70
	Anak Kedua	7	23,3
	Anak Ketiga	2	6,7
4	**Jumlah Saudara Kandung**		
	2-3 orang	30	100

Seluruh anak berusia 9-12 tahun, sebagian besar perempuan dan sebagai anak pertama dengan jumlah saudara kandung 2-3 orang .

Tabel 2. Karakteristik Pelaku Rawat Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja Tahun 2018 (n=30)

No	Variabel	Jumlah	Presentase (%)
1	**Usia**		
	18-24 tahun	0	0
	25-40 tahun	20	66,7
	41-56 tahun	10	33,3
2	**Status Pendidikan**		
	SD	17	56,7
	SMP	2	6,7
	SMA	10	33,3
	Sarjana	1	3,3
3	**Pekerjaan orang tua**		
	Bekerja	1	3,3
	Tidak Bekerja	29	96,7

Usia pelaku rawat terbanyak adalah usia 25-40 tahun dengan tingkat pendidikan terbanyak adalah SD dan sebagian besar tidak bekerja.

Tabel 3. Faktor Predisposisi Biologis Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Variabel	Jumlah	Presentase (%)
1	Riwayat ANC	30	100
2	Riwayat melahirkan dibantu tenaga medis	30	100
3	Riwayat imunisasi lengkap	30	100
4	Riwayat ASI Ekslusif	30	100
5	Tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga	30	100
6	Tidak ada riwayat sakit fisik kronis dan cacat fisik	30	100
7	Status nutrisi baik	30	100
8	Tidak ada alergi	30	100

Tabel 4. Faktor Presipitasi Biologis Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Variabel	Jumlah	Presentase (%)
1	Motorik aktif	30	100
2	Tidak pernah sakit berat	30	100
3	Tidak ada alergi	30	100
4	Tidak ada cacat fisik	30	100
5	Nutrisi adekuat	30	100

Keseluruhan anak usia sekolah memiliki faktor protektif di aspek biologis

Tabel 5. Faktor Prediposisi dan Presipitasi Psikologis Anak Usia Sekolah Di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Variabel	Jumlah	Presentase (%)
1	Pola asuh orangtua		
	-	4	13,3
	toriter	3	10
	-	23	76,7
	ermisif		
	-		
	emokratis		
2	Pengalaman masa lalu menyenangkan	30	100
3	Mampu menyelesaikan tugas sekolah/rumah	27	90
4	Mampu bercerita dan mengungkapkan perasaan dengan baik	24	80
5	Mengerti dan memahami tentang hal benar dan salah	30	100
6	Mampu berbicara dan bersikap jujur	30	100
7	Tidak menyalahkan orang lain	24	80
8	Mempunyai hobi tertentu	24	80
9	Mampu mengontrol emosi	21	70
10	Mampu berbagi dengan lingkungan	30	100

Sebagian besar anak usia sekolah memiliki faktor protektif di aspek psikologis. Pola asuh sebagian besar adalah demokratis.

Tabel 6. Faktor Predisposisi dan Presipitasi Sosiokultural Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Variabel	Jumlah	Presentase (%)
1	Status anak kandung	30	100
2	Berperan sesuai jenis kelamin	30	100
3	Membantu pekerjaan rumah sederhana	21	70
4	Melakukan kegiatan agama	30	100
5	Memiliki teman dan bermain dengan teman sebaya	30	100
6	Mengerti nilai dan norma	27	90
7	Diterima sebagai keluarga, kelompok bermain dan anggota masyarakat	30	100

Sebagian besar anak usia sekolah memiliki faktor protektif di aspek sosiokultural. Seluruh anak berstatus sebagai anak kandung, dan diterima keberadaannya dalam keluarga dan masyarakat.

Tabel 7. Kemampuan Industri Anak Usia Sekolah Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

		Pre	Post
No	**Sub Komponen**	**n**	**n**
1	Senang bergaul dengan teman sebaya	22	30
2	Suka tantangan dan kompetitif	20	28
3	Senang bercerita pengalaman dengan teman sebaya	24	30
4	Lebih memilih bermain dengan kekuatan badan	25	28
5	Senang menyelesaikan tugas rumah dan sekolah	26	28
6	Berpikir konkret atau nyata	30	30
7	Senang berfantasi	30	30
8	Mampu membaca, menulis dan berhitung	30	30
9	Mampu mengikuti peraturan dalam permainan	26	30
10	Mampu bersosialisasi dengan orang baru	27	30
11	Mempunyai sahabat akrab	28	30
12	Senang bekerjasama (belajar bersama)	28	30
13	Mampu mengendalikan emosi	26	30
Total		**342**	**384**
Komposit Penilaian Kemampuan		**11,4**	**12,8**
Persentase (%)		**87,69**	**98,46**

Kemampuan industri anak usia sekolah setelah dilakukan terapi kelompok terapeutik, meningkat dari 11,4 (87,69%) menjadi 12,8 (98,46%).

Tabel 8.
Tabel 9. Kemampuan Keluarga Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

		Pre	Post
No	**Kemampuan Keluarga (Pelaku Rawat)**	**n**	**n**
1	Mengenal dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak	14	30
2	Membantu anak memiliki teman/ kelompok bermain	13	30
3	Memberikan kesempatan anak untuk mengikuti aktivitas kelompok	20	30
4	Membuat target pencapaian yang sesuai dengan kemampuan anak	15	25
5	Menjadi contoh atau penautan bagi anak dalam berinteraksi dengan orang lain	17	27
6	Melibatkan anak dalam kegiatan sehari-hari di rumah	22	30
7	Menerapkan disiplin di rumah: waktu belaar, menonton TV, bermain, dll	19	26
8	Mengetahui harapan yang dimiliki anak	23	26
9	Anak ikut dalam kelompok teman sebaya	20	30
10	Terdapat kader kesehatan jiwa di tempat tinggal klien	30	30
	Total	**193**	**284**
	Komposit Penilaian Dukungan Sosial	**6,43**	**9,46**
	Persentase (%)	**64,3**	**94,6**

Kemampuan keluarga meningkat setelah dilakukan terapi kelompok terapeutik, yaitu dari 64,3% menjadi 94,6%.

Tabel 9. Penilaian Respons Aspek Motorik Sebelum dan Sesudah Diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

		Pre	Post
No	**Sub Komponen**	**n**	**N**
	Motorik Kasar		
1	Menangkap dan melempar bola	30	30
2	Berlari	30	30
3	Loncat tali/ karet	30	30
4	Menggunakan alat-alat olahraga	30	30
5	Baris berbaris	27	30
	Motorik Halus		
6	Menulis dengan tulisan sambung	30	30
7	Menggambar dengan adanya pola/objek	27	30
8	Menggambar atau melukis dengan menggunakan pensil warna	30	30
9	Menggunting kertas dengan mengukuti pola	27	30
	Total	261	270
	Komposit Penilaian Stressor	**8,7**	**9**
	Persentase (%)	**96,7**	**100**

Tabel 10. Penilaian Respons Aspek Kognitif Sebelum dan Sesudah diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Sub Komponen	Pre n	Post N
	Kognitif		
1	Membedakan mana khayalan dengan kenyataan	27	30
2	Menyebutkan bentuk benda dan fungsinya	30	30
3	Menjawab pertanyaan sebab dan akibat	24	30
4	Menilai sesuatu dari berbagai sudut padang	21	27
5	Mampu berhitung : menambah, mengurangi, mengalikan dan membagi	20	25
6	Memecahkan masalah sederhana	18	24
	Total	140	166
	Komposit Penilaian Stressor	**4,67**	**5,53**
	Persentase (%)	**77,7**	**92,2**

Tabel 11. Penilaian Respons Aspek Bahasa Sebelum dan Sesudah diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Sub Komponen	Pre n	Post N
	Bahasa		
1	Mampu menceritakan kembali cerita pendek	21	27
2	Memiliki hobi membaca	27	30
3	Mendengar cerita bersifat kritis(petualangan, perjalanan atau riwayat)	20	25
4	Mampu menanyakan waktu dan sebab akibat	21	24
5	Mampu mengutarakan pendapat dan perasaannya	22	26
6	Mengolah informasi	15	21
	Total	**`126**	**153**
	Komposit Penilaian Stressor	**4,2**	**5,1**
	Persentase (%)	**70**	**85**

Tabel 12. Penilaian Respons Aspek Emosi Sebelum dan Sesudah diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Sub Komponen	Pre n	Post N
	Emosi		
1	Mampu mengenal dan merasakan emosi sendiri	20	26
2	Mengenal penyebab perasaaan yang timbul	19	27
3	Mampu mengungkapkan perasaan yang timbul	23	28
4	Mengendalikan perilaku amarah yang merugikan diri sendiri dan orang lain	21	26
5	Mampu mengatasi stress	20	28
6	Mengatasi perasaan negatif tentang diri sendiri, sekolah dan keluarga	18	23
7	Memiliki rasa tanggung jawab	19	25
8	Menerima sudut pandang orang lain	15	21
9	Menyelesaikan konflik dengan orang lain	19	25
10	Memiliki sikap bersahabat	18	24
11	Dapat menerima pergaulan dengan orang lain	23	28
	Total	**215**	**281**
	Komposit Penilaian Stressor	**7,16**	**9,37**
	Persentase (%)	**65,15**	**5,15**

Tabel 13.Penilaian Respons Aspek Kepribadian Sebelum dan Sesudah diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

No	Sub Komponen	Pre n	Post N
	Kepribadian		
1	Memahami perbedaan jenis kelamin dengan baik	30	30
2	Menilai kekurangan dan kelebihan	18	25
3	Menilai prestasi yang diperoleh sesuai dengan kenyataan	23	29
4	Mampu menyelesaikan tugas dan tanggung jawab	17	26
5	Mempunyai cita-cita	21	28
	Total	**109**	**138**
	Komposit Penilaian Stressor	**3,63**	**4,6**
	Persentase (%)	**72,67**	**92**

Tabel 14. Penilaian Respons Aspek Moral Sebelum dan Sesudah diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

		Pre	Post
No	**Sub Komponen**	**N**	**N**
	Moral		
1	Mengenal benar-salah, baik-buruk	23	28
2	Dapat mengikuti aturan dari orang tua, guru, sekolah dan lingkungan social	20	27
3	Kemarahan dan permusuhan berkurang	17	24
4	Mengenal rasa keadilan	18	25
5	Menepati janji	18	26
	Total	**96**	**130**
	Komposit Penilaian Stressor	**3,2**	**4,33**
	Persentase (%)	**64**	**86.67**

Tabel 15. Penilaian Respons Aspek Spiritual Sebelum dan Sesudah diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

		Pre	Post
No	**Sub Komponen**	**N**	**N**
	Spiritual		
1	Hormat kepada orang lain dan yang lebih tua termasuk orang tua, guru dan teman	17	24
2	Memberikan bantuan kepada orang yang membutuhkan pertolongan	15	26
3	Menyayangi fakir miskin	28	30
4	Memelihara kebersihan dan kesehatan	14	22
5	Bersikap jujur	13	23
6	Mengikuti kegiatan keagamaan	30	30
7	Melakukan doa secara rutin	22	27
8	Membaca kitab suci	27	30
	Total	**166**	**212**
	Komposit Penilaian Stressor	**5,53**	**7,06**
	Persentase (%)	**69,16**	**88,33**

Tabel 16. Penilaian Respons Aspek Psikososial Sebelum dan Sesudah diberikan TKT Anak Usia Sekolah di RW 03 Kelurahan Mulyaharja, Tahun 2018 (n=30)

		Pre	Post
No	**Sub Komponen**	**N**	**N**
	Psikososial		
1	Mulai mengalami konflik dengan saudara kandung	16	19
2	Persahabatan semakin luas dan akrab	20	30
3	Membentuk ikatan baru kelompok dengan teman sebaya	22	30
4	Sanggup menyesuaikan diri dengan orang lain	17	27
5	Mampu bekerjasama dengan orang lain	14	28
6	Berminat terhadap kegiatan teman seusia dan membentuk kelompok sebaya	17	30
7	Anak lebih mementingkan teman daripada keluarga	14	25
	Total	**120**	**189**
	Komposit Penilaian Stressor	**4**	**6,3**
	Persentase (%)	**57,14**	**90**

Tabel 7 menunjukkan peningkatan rerata kemampuan industri anak usia sekolah yaitu 87,69% menjadi 98,46%. Kemampuan pelaku rawat juga meningkat signifikan yang tergambar pada tabel 8.

Pada tabel 9-16 menunjukkan peningkatan respons 8 aspek perkembangan anak usia sekolah sesudah diberikan Terapi Kelompok Terapeutik meliputi aspek motorik, kognitif, bahasa, emosi, kepribadian, moral, spiritual, dan psikososial.

Karakteristik Anak Usia Sekolah

Usia. Rentang usia kelompok anak yang diberikan TKT secara keseluruhan adalah 9-12 tahun. Usia erat kaitannya dengan pengalaman individu dalam menghadapi stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam

mekanisme koping (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016).

Jenis Kelamin. Terdapat 21 anak perempuan dan sisanya yaitu 9 anak laki-laki. Urutan kelahiran, perbedaan jenis kelamin dan jumlah saudara kandung mempengaruhi perkembangan anak-anak (Plomin, R., & Daniels, D., 2011).

Urutan Kelahiran. Urutan kelahiran yang paling banyak pada anak usia sekolah adalah sebagai anak pertama terdiri atas 21 anak. Urutan kelahiran memiliki dampak yang kuat bagi perkembangan emosi, perilaku dan kepribadian anak sehingga setiap anak memiliki pengalaman emosional dan kelebihan serta kekurangan berdasarkan urutan kelahirannya (Wallace, 2016). Pada hasil TKT khususnya aspek emosi, perkembangan setiap anak berbeda karena dipengaruhi oleh urutan kelahiran.

Jumlah Saudara Kandung. Seluruh anak memiliki jumlah saudara kandung 2-3 orang sehingga hal ini sebagai salah satu faktor protektif anak dalam perkembangan mentalnya. Penelitian menyebutkan kurangnya saudara kandung akan menghambat perkembangan mental selama masa kanak-kanak dan saat dewasa (Trent, K., & Spitze, G. D., 2011). Interaksi anak dengan saudara kandung dan orang tua sebagai sumber paling berpengaruh untuk kepribadian, psikopatologi, dan IQ seseorang setelah masa kanak-kanak (Plomin, R., & Daniels, D., 2011).

Karakteristik Pelaku Rawat

Semua pelaku rawat adalah seorang ibu. Keberadaan ibu dengan kualitas waktu yang optimal bersama dengan anaknya dapat meningkatkan kemampuan aspek kognitif dan perilaku anak (Fomby, P & Musick, A., 2015).

Usia. Sebagian besar pelaku rawat berada pada rentang usia 25- 40 tahun. Usia adalah prediktor terbesar dari kematangan seseorang. Pada usia 24 tahun, pria dan wanita telah menyelesaikan proses pematangan (Steinberg, & Cauffman, 1996).

Pendidikan. sebagian besar pelaku rawat memiliki pendidikan terakhir SD. Tingkat pendidikan dan perbendaharaan kata yang dimiliki oleh seorang ibu merupakan prediktor kuat perkembangan kognitif anak (Schady, N., 2011).

Pekerjaan. Sebagian besar pelaku rawat tidak bekerja sehingga lebih banyak waktu memantau tumbuh kembang anak di rumah. Status ekonomi keluarga baik. Latar belakang ekonomi orang tua berpengaruh terhadap hasil untuk anak-anak mereka seperti keterampilan kognitif, pendidikan, dan kesehatan (Black, & Devereux, 2011).

Faktor Predisposisi dan Presipitasi

Biologis. Faktor biologis pada anak usia sekolah yang mengikuti TKT menunjukkan bahwa seluruhnya termasuk anak sehat. Anak yang sehat secara fisik mempengaruhi kesejahteraan anak secara psikologis (Potter, & Perry, 2009; Verkuijl, et al., 2014).

Psikologis. Hasil pengkajian diperoleh data bahwa sebagian besar anak berada dalam pola asuh demokratis, seluruh anak memiliki pengalaman masa lalu yang menyenangkan, dan dibesarkan oleh orang tua kandung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang tua yang mengasuh anak dengan pola disiplin yang terlalu ketat, maka anak lebih cenderung agresif (Kawabata et al., 2011). Anak yang tidak tinggal dengan kedua orang tuanya di masa sekolah akan terhambat perkembangan mentalnya (Trent, K., & Spitze, G. D., 2011).

Sosiokultural. Seluruh anak mempunyai faktor pendukung yang positif. Semua anak usia sekolah dapat berperan sesuai jenis kelamin, memiliki teman sebaya, dan diterima dengan baik dalam keluarga, kelompok teman sebaya dan masyarakat. Faktor pendukung yang dimiliki ini dapat membantu anak usia sekolah mencapai tugas perkembangan industri. Anak yang mendapatkan dukungan sosial yang baik dapat melatih kemampuan anak secara

emosional, moral, dan psikososial (O'Kearney, et al., 2016; Affrunti, & Borden, 2016). Faktor sosiokultural mempengaruhi kontrol diri individu (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016).

Respons Aspek Perkembangan

Motorik. Pada aspek motorik mengalami peningkatan signifikan pada semua komponennya baik motorik kasar maupun motorik halus. Hal ini disebabkan karena anak sudah memiliki kemampuan sebelumnya (96,7%) kemudian dikuatkan lagi melalui stimulasi perkembangan motorik sehingga kemampuan anak meningkat menjadi 100%. Aspek motorik meningkat 3,3% setelah pemberian TKT. Permainan adalah suatu kegiatan yang membuat anak antusias terutama jika dilakukan bersama dengan teman-teman (Loop, 2016). Anak usia sekolah yang aktif selama kegiatan menunjukkan perkembangan motorik yang baik (Su &Tsai, 2016).

Kognitif. Pada aspek kognitif menunjukkan peningkatan sebesar 14,5% setelah dilakukan terapi yakni dari 77,7% menjadi 92,2%. Hasil kemampuan dapat dilihat bahwa sebagian anak sudah menguasai semua aspek kognitif yang dinilai oleh mahasiswa. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Crandell, Crandell & Zanden, (2012) yang menyatakan bahwa kematangan kognitif berkembang pesat dibandingkan dengan pertumbuhan fisik pada periode sebelumnya.

Bahasa. Kemampuan bahasa meningkat menjadi 85% yang sebelum dilakukan tindakan keperawatan sebesar 70%. Jadi, aspek bahasa meningkat sebesar 15% setelah pemberian TKT. Secara bahasa anak sudah dapat menyusun kalimat-kalimat panjang, menemukan banyak arti untuk satu kata yang sama (Rajeev, Pradhan, and Wong, 2014).

Emosi. Kemampuan aspek emosi meningkat 20% menjadi 85,15% yang sebelum dilakukan tindakan keperawatan sebesar 65,15%. Hal ini sesuai penelitian bahwa emosi pada anak usia sekolah akan mengalami peningkatan dan mempunyai respons yang beragam tergantung dari pada kemampuan anak untuk menghadapi stressor (Affrunti & Borden, 2016).

Kepribadian. Pada aspek kepribadian menunjukkan peningkatan sebesar 19,33% setelah dilakukan tindakan yakni dari 72,67% menjadi 92% kemampuan. Seluruh anak memahami dengan baik perbedaan jenis kelamin. Kemampuan anak menilai kelebihan dan kekurangan, menilai prestasi secara nyata, menyelesaikan tugas dan memiliki cita-cita meningkat. Hal ini selaras dengan penelitian yang membuktikan tentang eratnya hubungan antara konsep diri dan perikembangan kepribadian yang baik. Anak yang memiliki konsep diri positif akan membuat anak merasa berharga dan melibatkan diri dalam interaksi dengan lingkungannya (Tackett et al., 2008). Anak yang mendapatkan stimulus positif atau sering diberi penghargaan setiap melakukan hal yang positif, dapat meningkatkan harga diri anak (Cotter, Wu, & Smokowski, 2016).

Moral. Pada aspek moral menunjukkan peningkatan setelah dilakukan asuhan keperawatan yakni dari 64% menjadi 86,67% kemampuan atau meningkat sebesar 22,67%. Anak usia sekolah sudah siap untuk mempelajari dan melaksanakan norma-norma yang ada di masyarakat sehingga anak mempunyai standar perilaku. Semua norma-norma tersebut dipelajari dimulai dari keluarga, lingkungan sekolah, dan lingkungan masyarakat (Karabanova et al., 2014).

Spiritual. Pada aspek spiritual menunjukkan peningkatan setelah dilakukan asuhan keperawatan yakni dari 69,16% menjadi 83,33% kemampuan atau meningkat sebesar 14,17%. Anak yang dibesarkan dengan menerapkan nilai tentang pemahaman spiritual yang baik dapat mencegah perilaku agresif dan penyimpangan perilaku lainnya (Janskowski & Pfeifer, 2015).

Psikososial. Pada aspek psikososial menunjukkan peningkatan sebesar 32,86% setelah dilakukan asuhan

keperawatan yakni dari 57,14% menjadi 90% kemampuan. Untuk mendukung perkembangan psikososial yang optimal diperlukan kerjasama orangtua, guru maupun masyarakat sekitar dengan cara pemberian *reward* positif terhadap peningkatan yang dicapai anak (Erickson dalam Grace, 2010).

Kemampuan Industri Anak Usia Sekolah dan Kemampuan Keluarga

Hasil yang didapatkan setelah pemberian tindakan spesialis pada anak usia sekolah dengan melibatkan keluarga, guru, dan kader kesehatan jiwa menunjukkan adanya peningkatan pada kemampuan industri anak usia sekolah dan kemampuan keluarga menstimulasi aspek perkembangan anak usia sekolah. Kemampuan industri anak menunjukkan peningkatan sebesar 10.77% yaitu dari 87,69% menjadi 98,46% kemampuan. Penelitian yang dilakukan oleh Istiana, Keliat, Nuraini (2011); Sunarto, Keliat, Pujasari (2011); Walter, Keliat, Hastono (2010) menunjukkan terjadi peningkatan signifikan pada semua aspek perkembangan anak usia sekolah termasuk peningkatan kemampuan fase industri setelah terapi kelompok terapeutik.

Penelitian menyatakan bahwa penggunaan terapi kelompok pada anak meningkatkan kemampuan anak dalam mengenali potensi yang dimiliki serta melatih kemampuan tersebut bersama dengan anggota lainnya. Kelompok dapat mempengaruhi anak dalam berperilaku (Webb, 2011). Kelompok merupakan sumber pendukung bagi anggota kelompok (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016).

Peningkatan kemampuan juga terjadi pada keluarga setelah terlibat dalam TKT anak usia sekolah. Hasil menunjukkan bahwa kemampuan keluarga meningkat dari 59,58% menjadi 93,33% atau meningkat sebesar 33,75%. Hal ini selaras dengan penelitian menunjukkan TKT yang diberikan pada anak usia dini dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam menstimulasi rasa percaya pada bayi (Restiana, Keliat & Mustikasari, 2010). Keterlibatan orang tua dan saudara kandung sebagai sumber paling berpengaruh untuk perkembangan kepribadian, psikopatologi, dan IQ seseorang setelah masa kanak-kanak (Plomin, R., & Daniels, D., 2011).

Kesimpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan peningkatan perkembangan industri pada anak usia sekolah dan peningkatan respons 8 aspek perkembangan: motorik, kognitif, bahasa, emosi, kepribadian, moral, spiritual dan psikososial termasuk kemampuan keluarga dalam menstimulasi aspek perkembangan anak usia sekolah juga meningkat setelah diberikan tindakan ners dan terapi kelompok terapeutik.

Rekomendasi

Rekomendasi artikel ini adalah perlu dilakukan upaya kesehatan jiwa anak usia sekolah yaitu upaya promosi dan prevensi di masyarakat dengan melibatkan anak, keluarga, guru dan kader kesehatan jiwa untuk asuhan keperawatan yang berkelanjutan dengan penanggung jawab perawat kesehatan jiwa masyarakat yang memiliki kemampuan stimulasi perkembangan anak usia sekolah dan Puskesmas melalui program Usaha Kesehatan Jiwa Sekolah (UKJS).

Daftar Pustaka

Affrunti & Borden. (2016). Emotional Control Mediates the Association Between Dimensions of Perfectionism and Worry in Children. Child Psychiatry Hum Dev. DOI 10.1007/s10578-016-0654-3.

Black SE, Devereux PJ, Salvanes KG. (2011). Why the apple doesn't fall far: understanding intergenerational transmission of human capital. *Am Econ Rev* 2005,**95**(1):437–449. 10.1257/0002828053828635.

Cotter, Wu and Smokowski. (2016). Longitudinal Risk and Protective Factors Associated with Internalizing and Externalizing Symptoms Among Male and Female Adolescents. Child Psychiatry Hum Dev (2016) 47:472–485. DOI 10.1007/s10578-015-0580-9

Istiana, D., Keliat, B. A., & Nuraini, T. (2011). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Anak Usia Sekolah pada Anak-Orang Tua Dan Anak-Guru terhadap Perkembangan Mental Anak Usia Sekolah di Kota Depok. Universitas Indonesia. Tesis. Tidak dipublikasikan.

Jankowski, K. F., & Pfeifer, J. H. (2015). Puberty, Peers, and Perspective Taking: Examining Adolescent Self-Concept Development Through the Lens of Social Cognitive Neuroscience. In A. W. Toga (Ed.), Brain Mapping (pp. 45-51). Waltham: Academic Press.

Karabanova, O. A., Kovaleva, G. S., Loginova, O. B., & Molchanov, S. V. (2014). Moral Orientation on Norms of Mutual Help and Responsibility in Middle Childhood. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 146(0), 175-180. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.08.076.

Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W.-L., van Ijzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. Developmental Review, 31(4), 240-278. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2011.08.001.

Keliat, Daulima, N.H.C., & Farida, P. (2007). Manajemen Keperawatan Psikososial dan Kader Kesehatan Jiwa: CMHN Intermediate Course. Jakarta: EGC.

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, jOHN M. (2012). NFamily-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health Journal*, *2*(16), 297–305. http://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7

Loop. (2016). Do Children Behave Better When Parents' Emotion Coaching Practices are Stimulated? A Micro-Trial Study. J Child Fam Stud (2016) 25:2223–2235. DOI 10.1007/s10826-016-0382-0

Potter, & Perry. (2009). Fundamental of nursing (7 th ed.). USA: Mosby.

Plomin, R., & Daniels, D. (2011). Why Are Children in the Same Family So Different From One Another? *International Journal of Epidemiology*, *40*(3), 563–582. http://doi.org/10.1093/ije/dyq148.

Rajeev, Pradhan and Wong. (2014). Effect of Transdisciplinary Approach in Group Therapy to Develop Social Skills for Children with Autism Spectrum Disorder. Theory and Practice in Language Studies, Vol. 4, No. 8, pp. 1536-1542. doi:10.4304/tpls.4.8.1536-1542.

Schady, N. (2011). Parents' Education, Mothers' Vocabulary, and Cognitive Development in Early Childhood: Longitudinal Evidence From Ecuador. *American Journal of Public Health*, *101*(12), 2299–2307. http://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300253.

Shives, L. R. (2012). Basic concepts of psychiatric-mental health nursing (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Steinberg L, Cauffman E. Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making. Law and Human Behavior. 1996;20(3):249–272. doi: 10.1007/BF01499023.

Stuart, Keliat & Pasaribu. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Edisi Indonesia. Jakarta: Elsevier.

Su & Tsai. (2016). Group Play Therapy With Children of New Immigrants in Taiwan Who Are Exhibiting Relationship Difficulties. International Journal of Play Therapy © 2016 Association for Play Therapy 2016, Vol. 25, No. 2, 91–101 1555-6824/16/$12.00. http://dx.doi.org/10.1037/pla0000014.

Sunarto, M., Keliat, B. A., & Pujasari, H. (2011). *Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Anak Sekolah Pada Anak, Orangtua, Guru Terhadap Perkembangan Mental Anak di Kelurahan Pancoranmas dan Depok Jaya*. Universitas Indonesia. Tesis. Tidak dipublikasikan.

Tololiu, T., Keliat, B. A., & Daulima, N. H. D. (2011). An Effecive Assertive Behaviour Training in Avoiding Bullying to Adolescent at Depok. Extended Abstracts 2011. Depok.

Trent, K., & Spitze, G. D. (2011). Growing Up Without Siblings And Adult Sociability Behaviors. *Journal of Family Issues*, *32*(9), 1178–1204. http://doi.org/10.1177/0192513X11398945.

Verkuijl, N. E., Richter, L., Norris, S. A., Stein, A., Avan, B., & Ramchandani, P.G. (2014). Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: a prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. The Lancet Psychiatry, 1(6), 454-460. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70361-X.

Walter, Keliat, B. A., Hastono, S. P., & Susanti, H. (2010). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik terhadap Perkembangan Industri Anak Usia Sekolah di Panti Sosial Asuhan Anak Kota Bandung. Universitas indonesia. Tesis. Tidak dipublikasikan.

Webb, M. (2011). School-based therapy groups for latency-age children: A guide for clinicians. UMI Number: 3497467.

Wong, D. L., Eaton, Wilson, Wingkelstein, & Schwartz. (2011). Buku Ajar Keperawatan Pediatric Wong (S. K. Andry Hartono, Setiawan, Trans. 6 ed.). Jakarta: EGC.

Zolkoski SM, Bullock LM. (2012). Resilience in children and youth: a review. Child Youth Serv Rev. 2012;34:2295–2303. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.08.009