

KONSELING BEHAVIORISTIK DALAM MEMBENTUK PERILAKU MANDIRI MERAWAT DIRI PADA TUNAGRAHITA

Umul Sakinah

Umulsakinah@gmail.com

Abstrak

Mental retardation as a mental disability that affects the brain's working system intellectually, impaired motor sensors which resulted in limitation in living the life in social environment. This makes it difficult to mental retardation limitation to live independently, especially in taking care of yourself. From the background of the problem, the need for the formation of behavior in an effort to take care of yourself for mental retardation using the behavioristik approach to counseling, specifically using the technique of classical conditioning. The object of this writing is mental retardation along with analysis of the behavioristik counseling who became an settlement approach. The result of this writing recommends the use of behavioristik classical conditong as analysis counselling in helping form a mental retardation behavior of self help in caring for yourself.

Kata kunci: *Mental retardation, behavioristik counseling, self-sufficiency taking care of yourself*

A. PENDAHULUAN

Tunagrahita merupakan disabilitas mental atau banyak yang menyebut sebagai retardasi mental. Ada tiga pendekatan model penyandang disabilitas yang masih banyak diyakini oleh segelintir orang, yaitu model tradisional, model profesional atau dokter, dan model sosial (Peter Coleridge, 1997:87). Dalam pandangan model tradisional menyatakan bahwa disabilitas merupakan suatu kutukan atau amarah dari leluhur dan bahkan mengatakan bahwa disabilitas merupakan buah hasil dari dosa yang dilakukan oleh penyandang difabel itu sendiri maupun keluarga.

Model dokter sedikit memiliki pandangan bahwa disabilitas adalah sebuah kerusakan, di mana ada usaha untuk melakukan penyembuhan, pengobatan dan berbagai perlakuan agar bisa menjadi "normal" selayaknya manusia pada umumnya. Dalam hal ini, tunagrahita dilihat dari abnormalnya sistem dan perkembangan otak yang dimiliki. Model sosial memandang disabilitas sebagai kegagalan dari lingkungan, masyarakat, dan negara dalam mengakomodasi apa yang menjadi kebutuhan difabel. Dengan kata lain, disabilitas yang dimaksud adalah buah dari sebuah interaksi lingkungan yang gagal mengakomodasi keberadaan difabel. Sebagai contohnya, model sosial bukanlah latihan atau rehabilitas

medis agar seorang difabel yang memiliki kaki layuh dapat berjalan, melainkan agar masalah keterbatasan mobilitas yang dialami dapat terpecahkan melalui adaptasi lingkungan seperti sarana lingkungan yang aksibel, atau ketersediaan alat bantu yang sesuai.

Dalam penulisan ini, spesifik pembahasan tunagrahita, para penyandang disabilitas intelektual atau yang mengalami retardasi mental dalam analisis konseling dalam upaya kemandirian bagi penyandang tunagrahita itu sendiri. Menarik dalam hal ini adalah penyandang disabilitas mental atau tunagrahita masih mendapatkan representatif sosial yang tidak seimbang, masih adanya stereotip atau prasangka-prasangka negatif yang menimbulkan tingkah laku dan pandangan masyarakat yang tidak benar terhadap penyandang tunagrahita. Masalah ini sebenarnya adalah masalah bersama yang harus diselesaikan. Begitu kompleks sehingga mengaitkan dari segala aspek, mulai individu, keluarga, lingkungan, pendidikan, negara dan sebagainya. Tunagrahita memiliki hak untuk mendapatkan aksesibilitas dan kemudahan dalam kehidupan sehari-hari, berhak mendapatkan pendidikan yang mumpuni, berhak mendapatkan advokasi, dan mereka berhak mendapatkan apapun sebagaimana orang lain mendapatkannya.

Tunagrahita dengan segala keterbatasan yang dimiliki, keterbelakangan mental, intelektual dan sensor motorik, menjadikan mereka kesulitan dalam menjalani kehidupan, baik dalam urusan pribadi maupun dalam lingkungan sosial. Tujuan dalam penulisan ini adalah untuk menganalisis konseling dengan pendekatan behavioristik, spesifik pada teknik *classical conditioning* dalam upaya membentuk perilaku mandiri dalam merawat diri pada tunagrahita.

1. Disabilitas Tunagrahita

Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) IV dalam Mario M, Vasconcelos (2004: 71) menyebutkan diagnosis dari retardasi mental ada tiga, pertama yaitu menampakan gejala atau simptomnya sebelum berusia 18 tahun. Kedua fungsi intelektual yang rendah secara signifikan di bawah rata-rata dengan IQ di bawah 70. Ketiga, kurangnya kemampuan pada komunikasi, binadiri atau kemandirian, hubungan sosial dan personal, sekolah, pekerjaan, kesehatan dan keselamatan. Tunagrahita atau *mental retardation* menunjukkan kelemahan atau ketidakmampuan dalam intelektual

secara signifikan yang menyeluruh dengan ketidakmampuan penyesuaian perilaku yang terjadi sepanjang masa pertumbuhannya (AAMD: 1984).

Tunagrahita adalah mereka yang mengalami hambatan dalam intelegensi atau kemampuan bawaan. Karena intelegensi itu sifatnya total maka tunagrahita akan mengalami kelemahan dalam banyak hal seperti rendahnya kemampuan akademik, kemampuan personal, kemampuan vokasional, dan mengalami gangguan motorik. Orang yang berkelainan mental dalam arti kurang atau tunagrahita, yaitu anak yang diidentifikasi memiliki tingkat kecerdasan yang sedemikian rendahnya (di bawah normal) sehingga untuk meniti tugas perkembangannya memerlukan bantuan atau layanan secara khusus, terutama di dalamnya kebutuhan program pendidikan dan bimbingannya. Kondisi ketunagrahitaan dalam praktik kehidupan sehari-hari di kalangan awam seringkali disalahartikan, terutama bagi keluarga yang mempunyai anak tunagrahita, yakni berharap dengan memasukkan anak tunagrahita ke dalam lembaga pendidikan, kelak anaknya dapat berkembang sebagaimana anak normal lainnya.

Harapan semacam ini wajar saja karena mereka tidak mengetahui karakteristik anak tunagrahita. Perlu dipahami bahwa kondisi tunagrahita tidak dapat disamakan dengan penyakit, atau berhubungan dengan penyakit, tetapi keadaan tunagrahita suatu kondisi sebagaimana yang ada, sebagaimana yang dikatakan Kirk (dikutip oleh Abdullah, 2013: 11): *"Mental retarded is not disease but a condition"*. Atas dasar itulah tunagrahita dalam gradasi manapun tidak bisa disembuhkan atau diobati dengan obat apapun. Aziza Meria (2015: 372) mengatakan bahwa anak-anak tunagrahita tentu memiliki masalah yang lebih kompleks dibandingkan anak-anak normal. Permasalahan yang dihadapi mulai dari masalah diri, belajar, dan sosial. Sedangkan kebutuhan mereka dapat digambarkan sebagai berikut: 1) perasaan terjamin kebutuhan dan kenyamanannya dipenuhi, 2) perasaan berwenang mengatur diri, 3) perasaan berbuat menurut prakarsa sendiri, 4) perasaan puas telah melakukan tugas, 5) perasaan bangga atas identitas diri, 6) perasaan keakraban, 7) perasaan keorangtuaan, dan 8) perasaan integritas.

Hallahan & Kaufman (dalam Abdullah, 2013: 12), berdasarkan kapabilitas kemampuan yang bisa dirujuk sebagai dasar pengembangan potensi, anak tunagrahita dapat diklasifikasikan menjadi (a) anak tunagrahita memiliki kemampuan untuk dididik dengan rentang IQ 50-75, (b) anak tunagrahita memiliki kemampuan untuk dilatih dengan

rentang IQ 25- 50, (c) anak tunagrahita memiliki kemampuan untuk dirawat dengan rentang IQ 25- ke bawah.

Berdasarkan *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder*, WHO dalam Titi Sunarwati Sularyo dan Muzal Kadim (2000: 171), Srimbas Goswami (2013: 2) retardasi mental dibagi menjadi 4 golongan, yaitu:

a. *Mild retardation* (retardasi mental ringan), IQ 50-69

Aziza Meria (2015: 371) penyandang retardasi mental ringan indentik lebih mampu menyesuaikan diri dan beradaptasi di lingkungan sosial dan memiliki kemampuan dalam hal akademik walaupun memiliki keterbatasan tentunya. Pada kelompok ini mampu melakukan pekerjaan semi *skill* dan pekerjaan sederhana, bahkan diantara mereka kebanyakan mampu mandiri dalam melakukan pekerjaan sebagaimana orang-orang pada umumnya.

Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 172) menyatakan tunagrahita ringan dikategorikan sebagai redaksi mental yang dapat dididik. Mereka mengalami gangguan berbahasa namun masih bisa menggunakannya dalam berkomunikasi dengan orang lain. Umumnya mereka dapat mengurus diri sendiri, meskipun dalam perkembangannya lamban. Masalah pada tunagrahita ringan ini biasanya terdapat pada pekerjaan akademik seperti kesulitan dalam menulis dan membaca. Mereka juga memiliki masalah emosional dan sosial seperti ketidakmampuan menguasai masalah perkawinan atau mengasuh anak dan adaptasi dengan tradisi budaya.

b. *Moderat retardation* (tunagrahita sedang), IQ 35-49

Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 172), tunagrahita sedang dikategorikan sebagai retardasi mental yang dapat dilatih (*trainable*). Penyandang kelompok ini memiliki masalah dalam hal keterlambatan perkembangan pemahaman dan penggunaan bahasa. Pencapaian kemampuan mengurus diri dan keterampilan motor juga mengalami keterlambatan, dan bahkan sebagian dari mereka membutuhkan pengawasan dan pertolongan orang lain selama hidupnya. Kemampuan akademik juga mengalami keterlambatan, sebagian masih belajar dasar-dasar membaca dan berhitung.

Tunagrahita sedang yaitu mereka yang memiliki kemampuan intelektual dan sosial yang di bawah tunagrahita ringan. Kemajuan dan perkembangan yang dapat dicapai

bervariasi, Mereka belajar keterampilan sekolah untuk tujuan fungsional, mencapai suatu tingkat tanggung jawab sosial, dan mencapai penyesuaian pekerja dengan bantuan. Aziza Meria (2015: 372).

c. *Serve retardation* (tugrahita berat), IQ 20-34

Menurut Aziza Meria (2015: 372), tunagrahita berat digolongkan sebagai individu yang umumnya tidak berkemampuan mengurus diri sendiri. Adapun Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 172) mengatakan bahwa kelompok ini hampir sama dengan retardasi mental sedang dalam konteks klinis, penyebab organik, dan keadaan-keadaan yang terkait. Perbedaannya adalah, retardasi mental berat biasanya mengalami kerusakan motor yang bermakna atau adanya kerusakan secara neurologis.

d. *Profound retardation* (tunagrahita sangat berat), IQ < 20

Retardasi mental sangat berat memiliki kemampuan yang sangat terbatas dalam usaha mengerti dan menuruti permintaan atau intruksi. Secara umum, tunagrahita sangat berat ini mengalami keterbatasan dalam hal mobilitas dan hanya mampu melakukan dalam bentuk nonverbal yang sangat elementer. Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 172). Menurut *America Association on Mental Deficiency - AAMD* (1984), tipologi Tunagrahita terbagi menjadi dua, yaitu:

a) Tunagrahita secara klinis (*Biologic Origin*)

Tipologi tunagrahita secara klinis disebabkan oleh faktor biologis yang dapat terjadi mulai dari fase pranatal, perinatal dan postnatal. Pada fase pranatal bisa terjadi kelainan kromosom, hal ini bisa menghasilkan *Down Syndrome*. Resiko timbulnya *Down Syndrome* berkaitan dengan umur ibu saat melahirkan. Ibu yang berumur 20-25 tahun saat melahirkan mempunyai resiko 1:2000, sedangkan ibu yang berumur 45 tahun mempunyai resiko 1:30 untuk timbulnya *Down Syndrome*. Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 173). Selain itu, tunagrahita klinis fase pranatal bisa juga disebabkan infeksi pada ibu hamil, intoksikasi pada janin ibu yang mengkonsumsi minuman beralkohol, dan kelainan metabolik.

Pada fase perinatal adalah tunagrahita klinis pada bayi prematur atau kurangnya berat badan bayi. Koch (dalam Titin Sunarwati dan Muzal Kadim 2000: 175) mengatakan bahwa-20% dari anak retardasi mental disebabkan oleh prematuritas. Dan terakhir fase Postnatal yaitu pasca kelahiran anak, bisa disebabkan oleh infeksi,

trauma, malnutrisi, intosikasi, kejang yang dapat menyebabkan kerusakan otak, dan lain sebagainya.

Berikut merupakan kriteria tunagrahita tipologi klinis dalam Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 173): Pada umumnya merupakan retardasi mental sedang sampai sangat berat, Tampak sejak lahir atau usia dini, Secara fisik tampak berkelainan/aneh, Mempunyai latar belakang biomedis baik pranatal, perinatal maupun postnatal, dan Tidak berhubungan dengan kelas sosial.

b) Tunagrahita secara sosio kultural (*Social-Environmental factors*)

Tipologi ini, Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 173). biasanya berawal dari lingkungan sosial terdekat yaitu keluarga yang mampu menjadikan anak sebagai penyandang tunagrahita. Penyebab yang paling banyak ditemui adalah kurangnya stimulasi mental sejak dini dari keluarga, seperti pendidikan dan pelatihan anak yang membantu perkembangan psikososial (kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, kepribadian, moral etika dan lain sebagainya. Tipologi ini sepertinya agak sulit dikenal dan masih dianggap sesuatu yang tidak begitu jelas. Berbeda sekali dengan tipologi klinis yang dapat diidentifikasi melalui pengukuran dan alat medik lainnya. Sebagai gambaran, tipologi ini bisa menjadi sebab tunagrahitanya seseorang adalah karena gangguan faktor psikosomatis AAMD (1984: 71).

Berikut merupakan kriteria tunagrahita tipologi sosio-kultural dalam Titin Sunarwati dan Muzal Kadim (2000: 173): Biasanya merupakan retardasi mental ringan, Diketahui pada usia sekolah, Tidak terdapat kelainan fisik, Mempunyai latar belakang kekurangan stimulasi mental, dan Ada hubungan dengan kelas sosial.

Tunagrahita adalah sebuah bentuk disabilitas yang memiliki ketebatasan dalam hal intelektual, berikut merupakan karakteristiknya menurut Fatma, (2014: 52):

- a. Mempunyai dasar secara fisiologis, sosial dan emosional sama seperti anak-anak yang tidak menyandang tunagrahita.
- b. Selalu bersifat eksternal *locus of control* sehingga mudah sekali melakukan kesalahan (*Expectancy for failure*).
- c. Suka meniru perilaku yang benar dari orang lain dalam upaya mengatasi kesalahan-kesalahan yang mungkin ia lakukan (*outerdirectedness*).

- d. Mempunyai perilaku yang tidak dapat mengatur diri sendiri.
- e. Mempunyai permasalahan berkaitan dengan perilaku sosial (*social behavioral*).
- f. Mempunyai masalah berkaitan dengan karakteristik belajar.
- g. Mempunyai masalah dalam bahasa dan pengucapan.
- h. Mempunyai masalah dalam kesehatan fisik.
- i. Kurang mampu untuk berkomunikasi.
- j. Mempunyai kelainan pada sensori dan gerak.
- k. Mempunyai masalah berkaitan dengan psikiatrik, adanya gejala-gejala depresif.

2. Kemandirian Merawat Diri

Dalam kehidupan sehari-hari, merawat diri adalah aktivitas-aktivitas yang selalu dilakukan oleh manusia. Tunagrahita dengan keterbatasan yang dimilikinya, baik dari sensor motoriknya, adaptasi dari lingkungan sosial maupun dari keterbelakangan secara intelektual. Keterbelakangan tersebut meliputi komunikasi, menolong diri sendiri, keterampilan kehidupan di keluarga, keterampilan sosial, kebiasaan di masyarakat, pengarahan diri, menjaga kesehatan dan keamanan diri, akademik fungsional, waktu dan kerja (Muh Basuni, 2012: 12). Keterbatasan inilah yang menjadikan tunagrahita sulit dalam merawat dirinya sendiri. Akibatnya, kondisi fisik tunagrahita kurang terawat dengan baik seperti mereka yang masih terlihat jorok dan bau, dan ini akan mengganggu suasana di lingkungan hidupnya sehingga masyarakat banyak yang belum bisa menerima mereka dengan baik (Muh Basuni, 2012: 12). Kemandirian yang diharapkan dari tunagrahita dalam merawat diri dipandang perlu untuk diperhatikan. Memiliki kemampuan untuk merawat diri sendiri dengan memberdayakan potensi-potensi yang dimiliki agar dapat menolong dan mengukuhkan eksistensi tunagrahita dalam masyarakat tanpa harus dipandang sebagai orang-orang yang lemah dan ketergantungan dengan orang lain.

Muh Basuni (2012: 13) mengemukakan bahwa dalam dunia pendidikan seperti SLB bagi tunagrahita untuk memberikan penangangan agar mampu beradaptasi dengan lingkungan adalah dengan menjalani program pendidikan binadiri. Pendidikan binadiri ini adalah pendidikan untuk merawat diri sendiri atau kemampuan merawat diri. Pendidikan binadiri adalah salah satu pendidikan khusus untuk tunagrahita di sekolah. Selain itu ada beberapa manfaat dari upaya mengurus diri yang dilakukan oleh tunagrahita, seperti (Muh

Basuni, 2012: 12): Dapat meningkatkan rendah diri yang dialami, Dapat menumbuhkan kepercayaan diri, Dapat mengembangkan pribadi yang kuat, Dapat mengembangkan kemampuan untuk melakukan pekerjaan tertentu, Dapat menyembuhkan gangguan atau sakit baik secara fisik maupun psikis. Departemen Pendidikan dan Budaya (dalam Muh Basuni, 2012: 16), menyatakan bahwa keterampilan dalam merawat diri memiliki beberapa materi, di antaranya adalah:

- a. Bidang penampilan diri, meliputi: Menjaga kebersihan badan, seperti mandi dan menggosok gigi, menghias diri seperti mencuci rambut, menyisir rambut dan memakai bedak, memilih dan memakai pakaian yang sesuai dengan keadaan dan cuaca, pembinaan tata cara yang baik dan sopan santun dalam pergaulan, pemeliharaan pakaian, perbaikan pakaian sederhana, sikap duduk yang pantas dan sopan waktu makan dan waktu di kelas atau di luar rumah, cara berbicara, cara berjalan dan cara bertamu. Bidang penampilan diri ini diberikan sesuai dengan kemampuan tunagrahita dalam upaya kemandirian merawat diri dari segi kerapian dan kebersihan diri.
- b. Bidang makan dan minum, meliputi: Hubungan antara makan dan kesehatan, Cara menyajikan minuman sederhana untuk diri sendiri, Cara menghidangkan makanan kecil, Cara menghidangkan minuman, Menanak nasi dan memasak lauk pauk, Cara mengatur meja makan, Cara menghidangkan makanan, Tata cara makan yang baik dan sopan, Tata cara menyimpan makanan, Kebersihan alat-alat makan dan minum, Cara mengatur dan menyimpan alat-alat makan dan minum.
- c. Bidang kesehatan lingkungan, meliputi: Menanamkan rasa tanggung jawab atas kebersihan, Memelihara kebersihan di rumah dan sekitarnya, Memelihara kebersihan kelas di sekolah dan atau di rumah, Mengenalkan instansi-instansi pelayanan kesehatan masyarakat.
- d. Tugas-tugas sederhana di rumah, meliputi: Penghargaan terhadap pekerjaan rumah, Pemeliharaan barang-barang di rumah, Pemeliharaan di tempat di sekeliling lingkungan rumah agar tetap bersih dan menyenangkan, Pemeliharaan tempat bermain yang bersih dan aman, Penyimpanan alat bermain setelah dipakai

- e. Bidang keuangan, meliputi: pengertian tentang nilai uang, Pemakaian uang secara hemat dan efektif, Pemupukan hasrat menabung, Penggunaan harta benda keluarga secara ekonomis.
- f. Bidang pemeliharaan anak kecil, meliputi: Membantu ibu mengasuh adik, Membantu adik waktu makan, Mengganti pakaian adik, Bermain dengan anak kecil, Menjaga keselamatan anak kecil.

3. Teori Behavioristik

Novi Irwan Nahar (2016: 65) mengatakan bahwa teori behavioristik menekankan pada kajian ilmiah mengenai berbagai respon perilaku yang dapat diamati dan penentu lingkungannya. Dengan kata lain, perilaku memusatkan pada interaksi dengan lingkungannya yang dapat dilihat dan diukur. Pandangan behavioristik mengakui pentingnya masukan atau input yang berupa stimulus, dan keluaran atau output yang berupa respons. Teori belajar behavioristik menekankan kajiannya pada pembentukan tingkah laku yang berdasarkan hubungan antara stimulus dengan respon yang bias diamati dan tidak menghubungkan dengan kesadaran maupun konstruksimental.

Behavioristik merupakan salah satu pendekatan teoritis dan praktis mengenai model perubahan perilaku klien dalam proses konseling dan psikoterapi. Pendekatan behavioristik yang memiliki ciri khas pada makna belajar, conditioning yang dirangkai dengan *reinforcement* menjadi pola efektif dalam mengubah perilaku klien. Pandangan deterministik behavioristik merupakan elemen yang tidak dapat di hilangkan. Namun pada perkembangan behavioristik kontemporer, pengakuan pada manusia berada pada tingkat yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan awal-awal munculnya teori ini (Sigit Sanyata, 2012: 10).

Sedangkan menurut Kazdin (2001), Miltenberger (2004), dan Spiegler & Guevremont (2003) yang dikutip oleh Corey (2005) karakteristik dan asumsi mendasar dalam behavioristik adalah (a) terapi perilaku didasarkan pada prinsip dan prosedur metode ilmiah, (b) terapi perilaku berhubungan dengan permasalahan klien dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, (c) klien dalam terapi perilaku diharapkan berperan aktif berkaitan dengan permasalahannya, (d) menekankan keterampilan klien dalam mengatur dirinya dengan harapan mereka dapat bertanggung jawab, (e) ukuran perilaku yang terbentuk adalah perilaku yang nampak dan tidak nampak, mengidentifikasi permasalahan dan

mengevaluasi perubahan, (f) menekankan pendekatan self-control di samping klien belajar dalam strategi mengatur diri, (g) intervensi perilaku bersifat individual dan menyesuaikan pada permasalahan khusus yang dialami klien, (h) kerjasama antara klien dengan konselor, (i) menekankan aplikasi secara praktis dan (j) konselor bekerja keras untuk mengembangkan prosedur kultural secara spesifik untuk mendapatkan klien yang taat dan kooperatif.

Empat pilar utama dalam behavioristik adalah *classical conditioning*, *operant conditioning*, *social learning theory* dan *cognitive behavior therapy* (Sigit Sanyata (2012: 8). *Classical conditioning* merupakan perubahan perilaku dengan adanya stimulus secara langsung di mana stimulus yang diberikan merupakan stimulus yang terkait sehingga mampu memunculkan perilaku yang diharapkan.

Operant conditioning perilaku yang terbentuk diakibatkan oleh stimulus yang telah dikondisikan. Teori *social learning theory* yang dibawa oleh Bandura mengemukakan bahwa lingkungan adalah stimulus yang kuat dalam proses belajar, sehingga manusia bisa berkembang dalam lingkungan yang memberikan dukungan positif. Sedangkan *cognitive behavior therapy* memiliki empat komponen penting pada manusia yaitu fisik, perilaku, kognisi dan emosi, di mana gangguan emosional akan mempengaruhi perilaku pada manusia sehingga terapi yang dikembangkan adalah mensikapi gangguan emosi secara kognitif dan perilaku yang menunjukkan kestabilan kognitif (Sigit Sanyata, 2012: 8).

Menurut Titin Nurhidayati (2012: 24) prosedur *Conditioning Pavlov* disebut *Classic* karena merupakan penemuan bersejarah dalam bidang psikologi. *Conditioning Reflex (psychic reflex)* ditemukan oleh Pavlov ketika ia mempelajari fungsi dan mengukur cairan yang keluar dari di perut anjing yang sedang makan. Pengamatannya menghasilkan penemuan bahwa air liur anjing yang dikeluarkan itu tidak hanya keluar pada saat anjing makan, melainkan juga saat anjing melihat makanan.

Suryabrata (dalam Izzatur Rusuli, 2014: 43), memberikan gambaran dari dalam *Conditioning Reflex* sebagai berikut, secara alami, anjing yang diberi makan (*Unconditioned Stimulus*) akan mengeluarkan air liur (*Unconditioned Response*). Kemudian Pavlov sengaja mencoba dengan cara memberikan makanan (*Unconditioned Stimulus*) 30 detik setelah lonceng dibunyikan (*Conditioned Stimulus*). Maka terjadilah refleks pengeluaran air liur

(*Unconditioned Response*). Percobaan tersebut diulangi sebanyak 32 kali ternyata bunyi lonceng saja telah dapat menyebabkan keluarnya air liur (*Conditioned Response*) dan bertambah deras jika makanan diberikan (*Unconditioned Stimulus*).

Gejala semacam ini oleh Pavlov disebut "*Psychic reflex.*" *Conditioning* adalah suatu bentuk belajar yang memungkinkan organisme memberikan respon terhadap suatu rangsang yang sebelumnya tidak menimbulkan respon itu, atau suatu proses untuk memperkenalkan berbagai reflek menjadi sebuah tingkah laku. Jadi *classical conditioning* sebagai pembentuk tingkah laku melalui proses persyaratan (*conditioning process*). Pavlov beranggapan bahwa tingkah laku organisme dapat dibentuk melalui pengaturan dan manipulasi lingkungan (Titin Nurhidayati, 2012: 24).

Teori *Classic Conditioning* oleh Ivan Petrovich Pavlov yang menekankan pada kebiasaan atau *habits* dalam membangun kemandirian tunagrahita. Secara garis besar hukum-hukum belajar menurut Pavlov (dalam Titin Nurhidayati 2012: 34; Izzatur Rusuli, 2014: 43) adalah pertama, *Law of Respon Conditioning* yaitu hukum pembiasaan yang dituntut. Kedua, *Law of Respondent Extinction* yaitu hukum pemusnahan yang dituntut.

a. *Law of Respondent Conditioning* (hukum pembiasaan yang dituntut)

Hukum pembiasaan ini terjadi jika stimulus yang sengaja diberikan (*conditioned stimulus*) dengan stimulus yang telah ada sebelumnya (*Unconditioned stimulus*) dan salah satu stimulus adalah sebagai penguat (*reinforcer*) dihadirkan secara simultan dan bersamaan, sehingga reflek ketiga yaitu hubungan antara stimulus yang sengaja diberikan (*conditioned Stimulus*) dengan respon yang direncanakan (*conditioned Response*) akan meningkat. Dalam hal ini terjadi ketika lonceng dibunyikan bersamaan dengan pemberian makanan (sebagai *reinforcer*) dihadirkan secara bersamaan, maka keluarnya air liur sebagai respon yang dikehendaki (*conditioned response*) akan terjadi peningkatan.

b. *Law of Respondent Extinction* (hukum pemusnahan yang dituntut)

Hukum pemusnahan ini terjadi jika reflek yang terjadi melalui *conditioned response* ini dilakukan kembali dengan syarat tidak menghadirkan *reinforcer* sebagai penguat, maka dalam hal ini, respon yang diharapkan juga akan mengalami penurunan. Apabila lonceng sebagai stimulus yang diadakan tidak dibarengi dengan pemberian

makanan sebagai stimulus reinforcer, maka respon yang akan didapati adalah berkurangnya intensitas liur yang keluar.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian deskriptif murni. Memaparkan penelitian deskriptif adalah penelitian yang paling sederhana dari penelitian-penelitian lainnya (Arikunto, 2014: 3). Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan, memaparkan atau menjelaskan kondisi, keadaan, situasi objek atau wilayah yang dijadikan bahan penelitian. Penelitian deskriptif hanya memotret apa yang terjadi sebagai realita, tanpa mengubah, menambah atau memanipulasi objek dari penelitian.

Penelitian deskriptif murni merupakan penelitian yang benar-benar hanya memaparkan apa yang terjadi dalam sebuah kancah, lapangan, atau wilayah tertentu. Data yang didapat, diklasifikasikan menurut jenis, sifat dan kondisinya. Sesudah datanya lengkap baru dibuat kesimpulan (Arikunto, 2014: 3). Tunagrahita adalah objek yang menjadi bahan pembahasan berikut pendekatan konselingnya.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam analisis konseling pada tunagrahita, merujuk pada model sosial dalam pendekatan disabilitas, di mana dalam upaya membentuk kemandirian penyandang tunagrahita adalah dengan melakukan mereduksi dan mengubah cara pandang lingkungan dan sosial masyarakat terhadap tunagrahita di samping diberikan *treatment* yang tepat pada tunagrahita itu sendiri.

Hal ini tentu saja tidak mudah, apalagi dalam mengubah secara cepat dan instan pada masyarakat yang sangat beragam dan kompleks. Tapi setidaknya dimulai dari lingkungan terdekat seperti keluarga, orangtua, kakak atau adik, teman sebaya, guru atau pendamping, dan lain sebagainya. Dengan diberikannya *treatment* kemandirian pada penyandang tunagrahita, menumbuhkan secercah harapan baru, bahwa mereka mampu melanjutkan kehidupan dengan kekuatannya sendiri, menjadi individu yang mandiri yang meminimalisir ketergantungan pada orang lain.

Maka dari itu, konseling yang diharapkan mampu membawa perubahan pada aktivitas kehidupan tunagrahita dan harapannya mampu mengubah pola pikir atau representasi negatif dari masyarakat yang menyatakan bahwa disabilitas mental adalah orang yang lemah, sangat bergantung pada orang lain, dan lain sebagainya. Kasus tunagrahita, proses konseling yang dilakukan adalah sangat bergantung dari kerjasama orangtua dan konselor, begitu juga dengan lingkungan sekitar. Intervensi konseling yang digunakan dalam masalah kemandirian tunagrahita adalah dengan pendekatan Behavioristik.

Menurut Sigit Sanyata (2012: 5) pendekatan behavioristik cenderung bersifat direktif dan memberi arahan kepada klien. Konselor memiliki posisi aktif untuk membantu klien mengubah perilakunya. Hal ini sejalan dengan kondisi tunagrahita yang memiliki keterbatasan secara intelektual. Sehingga dalam proses konseling, konselor harus lebih aktif dalam melakukan intervensi dan membawa klien kepada perilaku kemandirian yang diinginkan. Konselor bersifat direktif itu bermakna memberikan arahan secara langsung dan gamblang kepada klien yang merupakan seorang penyandang tunagrahita.

Peran utama yang dimiliki oleh konselor ini berimplikasi pada intervensi krisis yang dilakukan sehingga konselor diharapkan memahami tentang *coping skills*, *problem solving*, *cognitive restructuring* dan *structural cognitive therapy*. Pendekatan krisis yang dilakukan oleh konselor merupakan realisasi dari clinical therapeutic menjadi ciri utama dalam pendekatan behavioristik (Sigit Sanyata, 2012: 9). Analisis konseling untuk membentuk perilaku mandiri pada tunagrahita, dalam hal ini lebih tepat menggunakan teori *classical conditioning*, mengingat dan menimbang kondisi dari tunagrahita itu sendiri yang memiliki ketidakmampuan dalam menentukan pilihan dan kebijakan yang terbaik untuk diri mereka sendiri. Untuk itulah digunakan pendekatan behavioristik, agar konseling yang dilakukan dapat efisien dan sesuai dengan harapan bersama, baik itu harapan keluarga, lingkungan dan konselor itu sendiri.

Gantina Komalasari, dkk (dalam Indah Kartika Cahyani, 2016: 32) menguraikan beberapa tahap proses konseling behavioristik adalah sebagai berikut:

1. Melakukan asesmen dan identifikasi

Merupakan awal dari konseling dimana konselor dapat menerima informasi apakah tunagrahita yang dihadapannya adalah tunagrahita ringan, sedang, berat, atau sangat berat.

Aktivitas ini bisa dilakukan dengan melihat data diri klien berikut dengan riwayat atas pengukuran tes IQ dan lain sebagainya yang telah dilakukan. Biasanya, pada penyandang tunagrahita berat dan sangat berat itu sulit sekali melakukan aktivitas gerak bebas, karena mereka juga mengalami kelumpuhan, seperti penderita *Celebray Palsy*. Sehingga aktivitas keseharian sangat bergantung pada orang lain, seperti ketidakmampuan untuk mandi sendiri, makan sendiri, berjalan dan lain sebagainya. Berbeda dengan tunagrahita ringan dan sedang yang hanya mengalami reterdasi mental saja, sedangkan secara fisik mereka sehat.

Dalam asesmen ini juga, konselor dituntut untuk dapat menganalisa permasalahan dari perilaku yang maladaptif dari klien yang jauh dari kriteria berkemampuan merawat diri. Kemudian konselor juga diharapkan mampu menganalisa hubungan klien dengan lingkungan sosialnya seperti orang-orang terdekat yang berada di sekitar klien. Kemampuan konselor dalam mengklasifikasikan, menganalisa serta mampu membedakan klien dengan kondisinya yang beragam akan menjadikan harapan ke depan untuk konseling berjalan dengan baik dan lancar. Ketika konselor telah mengetahui data-data diri lengkap dari klien, maka akan memberikan kemudahan dalam intervensi untuk langkah selanjutnya.

2. Menentukan *Setting Goals* bersama orangtua dan sekitarnya

Melakukan kerja sama baik dengan orangtua, guru, pendamping klien terkait dengan treatment yang akan dilakukan. Bagaimana pun juga, pengaruh orangtua, guru dan pendamping ini sangat diperlukan. Adanya kerja sama ini harapannya adalah ketika treatment telah diberikan ada tindak lanjut dari orang tua sebagai orang terdekat dalam lingkungan rumah dan keluarga. begitu juga pada ranah lingkungan sekolah, peran guru dibutuhkan dalam membentuk dan pengukuhkan perilaku klien sebagaimana harapan bersama.

Penggunaan terapi behavioristik dalam teknik kebiasaan atau kondisi klasik membutuhkan perencanaan yang matang guna untuk menghasilkan kesuksesan dalam konseling. Ivey (dalam Sigit Sanyata, 2012: 7) menjelaskan bahwa kesuksesan dalam melakukan konseling dengan pendekatan behavioristi didasarkan pada; (1) hubungan antara konselor dengan klien, (2) operasionalisasi perilaku (*making the behavior concrete*

and observable), (3) analisis fungsional dan (4) menetapkan tujuan perubahan perilaku (*making the goals concrete*). Oleh karena itu, atas dasar kondisi klien dengan keterbatasannya dalam intelektual, bahkan sensor motoriknya terganggu, maka orangtua yang paling mengerti kondisi terbaik untuk anaknya ke depan seperti apa. Kemudian akan dibicarakan bersama pendamping, guru dan guru konselor mengenai perencanaan membentuk perilaku, kerja sama dalam treatment, dan menentukan tujuan dan kesepakatan bersama.

3. *Treatment* yang Intensif dari teknik *Classical Conditioning*

Setelah adanya adanya kolaborasi dan kerja sama antara orangtua atau lingkungan dari klien dengan konselor atau tenaga social, maka selanjutnya adalah melakukan treatment yang berkelanjutan. Ketika guru di lingkungan sekolah memberikan materi atau aktivitas dalam upaya kemandirian merawat diri, maka aktivitas ini harus tetap berlanjut sampai di rumah. Treatment yang dilakukan dengan pendekatan behavioristik dari teknik *Classikal Conditioning*, yaitu menekan pada faktor kebiasaan. Untuk itu, perencanaan atau materi pembentukan perilaku mandiri klien yang telah disepakati diberikan kepada klien secara kontinu. Misalnya dalam membentuk perilaku mandiri merawat diri dalam hal kebersihan diri seperti rutinitas mandi yang baik dan benar. Dalam hal ini, klien diberikan *conditined stimulus* dengan memperlihatkan sabun, sampo dan peralatan mandi yang menarik pada saatnya waktu mandi. Pada tahap awal, kebiasaan ini dapat dilakukan dengan cara intruksi dan ajakan terlebih dahulu baik dari orangtua, guru atau pendamping. Jika kebiasaan ini telah berlangsung lama, maka ketika klien melihat sabun, sampo dan peralatan mandi, maka akan memunculkan *conditioned response* pada klien, yaitu bersiap-siap untuk mandi, inilah perilaku atau kebiasaan yang diharapkan.

4. Evaluasi

Evaluasi berguna untuk menilai efektivitas dari penerapan konseling yang telah dilakukan. Begitu pula dengan kerja sama yang dilakukan oleh orang tua dan orang sekitar klien, sehingga memberikan kemudahan bagaimana menindaklanjuti proses konseling sesi berikutnya jika memang diperlukan.

D. PENUTUP

Beberapa kritik terhadap terapi behavior yaitu: pertama, terapi *behavior* hanya mengubah perilaku bukan mengubah perasaan. Kedua, *behavior therapy* gagal menghubungkan faktor-faktor penting dalam terapi/konseling. Ketiga, *behavior therapy* tidak memberikan proses pemahaman. Keempat, *behavior therapy* berusaha menghilangkan simptom daripada mencari penyebab. Kelima, *behavior therapy* dikontrol dan dimanipulasi oleh terapis. Meskipun demikian, seorang konselor harus bijaksana dalam memilih dan menetapkan pendekatan dalam konseling disesuaikan dengan karakteristik personal dan permasalahan yang dialami klien.

Analisis konseling behavioristik menekankan pada kebiasaan yang dilakukan terus menerus hingga menjadi suatu perilaku tetap. Tunagrahita yang pasif pada arah intelektual, menjadikan behavioristik sebagai jawaban dalam pembentukan perilaku yang berkemampuan untuk merawat diri sendiri. Proses konseling ini sangat dianjurkan untuk dilakukan sejak dini. Walaupun tidak menutup kemungkinan juga manjur untuk klien yang sudah remaja atau dewasa.

Kemandirian adalah sesuatu yang sangat diharapkan terutama dari pihak keluarga dan orangtua. Menjadikan tunagrhitanya mampu mengurus dirinya sendiri, merawat dan berbenah diri. Dari sini jugalah muncul harapan untuk mencekal stigma dan stereotip masyarakat yang memandang tunagrahita atau disabilitas intelektual adalah individu yang jorok, kotor, lemah dan memiliki ketergantungan terhadap orang lain dalam membantu segala sesuatu. Dalam penulisan ini, analisis konseling yang digunakan menggunakan pendekatan behavioristik dan mengkerucut pada telaah teknik *Classical Conditioning*. Analisis ini masih sangat terbatas dan sempit. Harapan ke depan untuk penulis lainnya dapat melakukan kajian terkait tunagrahita dalam pendekatan yang berbeda dan teknik yang beragam.

E. DAFTAR PUSTAKA

- Aziza Meria. (2015). Model Pembelajaran Agama Islam bagi Anak Tunagrahita di SDLB YPPLB Padang Sumatera Barat. *Tsaqafah Jurnal Peradaban*, Vol. 11, No. 2, 2015.
- Fatma Laili Khoirun Nida. (2014). Membangun Konsep Diri bagi Anak Berkebutuhan Khusus. *Jurnal Tarbiyah STAIN Kudus*, Vol. 2, No. 1, 2014.

- Izzatur Rusuli. (2014). Refleksi Teori Belajar Behavioristik dalam Perspektif Islam. *Jurnal Pencerahan*, Vol. 8, No. 1, 2014.
- Kartika Cahyani, Indah. (2016). Terapi Behaviour Terhadap Anak Retardasi Mental di SD Ainul Yakin Yogyakarta. *Skripsi*. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Mario M, Vasconcelos. (2004). Mental Retardation. *Journal de Pediatria*, Vol. 80, No. 2, 2004.
- Michael J. Begab, ddk. (1984). *Classification in Mental Retardation*. American Association on Mental Deficiency. Washington DC: Kalorama Road.
- Muh Basuni. (2012). Pembelajaran Bina Diri Pada Anak Tunagrahita Ringan. *Jurnal Pendidikan Khusus*, Vol. IX, No. 1, 2012.
- Muzdalifah M Rahman. (2016). Pendidikan Keluarga Berwawasan Gender Pada Anak Berkebutuhan Khusus di Kudus. *Palastren*, Vol. 9, No. 1, 2016.
- Nandiyah Abdullah. (2013). Mengenal Anak Berkebutuhan Khusus. *Magistra*, No. 86 Th. XXV, 2013.
- Novi Irwan Nahar. (2016). Penerapan Teori Belajar Behavioristik dalam Proses Pembelajaran. *Nusantara (Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial)*, Vol. 1, 2016.
- Peter Coleridge. (1997). *Pembebasan dan Pembangunan: Perjuangan Penyandang Cacat di Negara-negara Berkembang* (Terjemahan Omi Intan Naomi). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Petra W. B. Prakosa. Dimensi Sosial Disabilitas Mental di Komunitas Semin Yogyakarta Sebuah Pendekatan Representasi Sosial. *Jurnal Psikologi*, Vol. 32, No. 2.
- Sigit Sanyata. (2012). Teori dan Aplikasi Pendekatan Behavioristik dalam Konseling. *Jurnal Paradigma*, Vol. VII, No. 14, 2012.
- Sribas Goswani. (2013). The Parental Attitude of Mentally Retarded Children. *Global Journal of Human Social Science Arts & Humanities*, Vol. 13, No. 1, 2013.
- Titi Sunarwati Sularyo dan Muzal Kadim. (2000). Retardasi Mental. *Sari Pediatri*, Vol. 2, No. 3, 2000.
- Titin Nurhidayati. (2012). Implementasi Teori Belajar Ivan Petrovic Pavlov (*Classical Conditioning*) dalam Pendidikan. *JURNAL FALASIFA*, Vol. 3, No. 1, 2012
- Arikunto, Suharsimi. (2014). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Umul Sakinah, S.Sos.I, anak kedelapan dari delapan bersaudara, lahir dan dibesarkan di Rupert, Riau. Lulus dan menjadi alumni pada tahun 2016 dari Jurusan Bimbingan Konseling Islam, Fakultas Dakwah dan Komunikasi, Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau. Dan sekarang sedang melanjutkan studi dengan konsentrasi Bimbingan Konseling Islam, Program Studi Interdisciplinary Islamic Studies di Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta tahun akademik 2016/2017.