

dibutuhkan untuk tumbuh kembang anak yang sehat maupun yang sakit. adalah suatu lingkungan yang aman, tenang, damai, bebas dari stress, kecemasan, ketakutan, konflik, dan penuh kasih sayang agar dapat terpenuhi hak – haknya.

Dalam perkembangannya, tidak semua anak dapat tumbuh dan berkembang secara normal baik fisik ataupun mental. Terkadang terdapat gangguan yang menyertai dalam perkembangan dirinya. Dan sebagian besar insidensi gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak terjadi pada masa pra – sekolah. Sebagai contoh adalah anak berkebutuhan khusus, yang meliputi anak autisme dan anak hiperaktif.

Autisme merupakan salah satu bentuk perilaku yang menunjukkan tidak adanya kontak, baik secara psikis maupun sosial dengan lingkungannya. Sehingga anak autisme tidak mampu mengadakan interaksi sosial dan seolah-olah hidup dalam dunianya sendiri.

Mencoba memahami anak yang autisme, berarti harus membayangkan anak yang terisolir dari dunianya. Anak yang tidak bisa membentuk ikatan emosional dengan orang – orang di sekitarnya sehingga tampak beda, aneh, dan seakan terasing. Walaupun gejala autisme sangat beragam, namun kebanyakan dari mereka tidak mampu untuk mengerti apa yang mereka pikirkan, dirasakan, dan diinginkan orang lain. Bahkan sering kali karena kecerdasan dan kemampuan bahasanya tidak berkembang sempurna, maka komunikasi dan hubungan sosialnya menjadi sulit

Anak dengan gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas ditandai dengan ketidakmampuan untuk memusatkan perhatian pada apa yang dihadapi, sehingga perhatiannya selalu berpindah – pindah. Anak memperlihatkan peningkatan aktivitas motorik, sering disertai dengan masalah konsentrasi, perhatian, dan terlalu menurutkan kata hati. Anak tersebut tidak dapat bermain dengan tenang seperti anak yang lainnya, sehingga yang tampak anak sangat aktif berlebihan (hiperaktif).

Gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas dapat hilang sendiri setelah umur 7 – 12 tahun dan dapat menetap sampai dewasa meskipun sekitar 30 – 40% dari penderita ini lambat laun menunjukkan perbaikan dalam perhatian dan kegiatannya. Pertumbuhan anak dengan gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas biasanya tidak terganggu, kecuali bila terjadi pula gangguan makan yang berkepanjangan, sehingga menimbulkan kekurangan energi dan berakibat pada gangguan pertumbuhan.

Anak dengan kebutuhan khusus yang tidak teridentifikasi atau yang tidak mendapatkan terapi adekuat mempunyai resiko untuk mengalami gangguan belajar, rasa rendah diri berlebihan, problem sosial, rawan kecelakaan, masalah dengan keluarga serta berpotensi untuk menjadi alkoholik (APA, 1994). Hal ini dapat menyebabkan gangguan jangka panjang dalam kemampuan akademik, perkembangan sosial-ekonomi dan menyebabkan dampak terhadap diri sendiri, keluarga, sekolah, dan masyarakat. Pemantauan yang baik akan mempermudah deteksi dini adanya kelainan dalam perkembangan anak sehingga intervensi dini dapat

dilakukan dan tumbuh kembang anak dapat berlangsung lebih optimal yang pada akhirnya kelainan perilaku waktu dewasa dapat dihindari. Oleh karena itu, anak dengan kebutuhan khusus perlu penanganan tersendiri dan perhatian khusus dari keluarga.

Karena begitu dekatnya hubungan antara keluarga dengan pertumbuhan dan perkembangan anak, terlebih bila anak tersebut mempunyai gejala autisme dan gangguan dalam pemusatan perhatian / hiperaktif, maka penulis mengambil pokok permasalahan mengenai keluarga dengan anak berkebutuhan khusus.

I.2. Perumusan Masalah

Anak dengan berkebutuhan khusus terkadang menjadi masalah yang dikeluhkan oleh para orang tua dan terkadang menjadi beban bagi keluarga. Oleh karena itu dilihat dari sisi kedokteran keluarga, timbul pertanyaan **“Adakah Hubungan Antara Keluarga Dengan Anak Berkebutuhan Khusus?”** Dalam hal ini yaitu anak autisme dan anak dengan gangguan pemusatan perhatian / hiperaktif (GPPH).

I.3. Tujuan Penelitian

Dengan karya tulis ini, diharapkan penulis mampu menguraikan dan menerangkan pengaruh fungsi keluarga terhadap anak dengan kebutuhan khusus dan hal – hal yang mempengaruhi fungsi keluarga dengan anak yang

I.4. Manfaat Penelitian

1. Bagi penulis
 - a. Dapat mengerti dan mengetahui hubungan antara keluarga dengan anak berkebutuhan khusus.
 - b. Dapat menjelaskan kepada masyarakat segala sesuatu tentang anak yang memiliki kebutuhan khusus, terutama anak autisme dan anak dengan gangguan pemusatan perhatian sesuai dengan sudut pandang kedokteran keluarga.
2. Bagi responden
 - a. Dapat memahami segala sesuatu tentang anak dengan kebutuhan khusus dan bagaimana penanganannya.
 - b. Dapat mengerti dan mengetahui hubungan antara keluarga dengan anak hiperaktif.
 - c. Mampu memberikan segala kebutuhan anak sehingga dapat tumbuh dan berkembang dengan optimal seperti halnya anak – anak pada umumnya.
3. Bagi instansi terkait
 - a. Sebagai daftar pustaka untuk penelitian sejenis.
 - b. Sebagai arsip.

I.5. Hipotesis Penelitian

Dari beberapa hal yang telah dijelaskan di muka dapat diketahui bahwa,

Sesungguhnya peranan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan setiap anggota keluarga dan atau kesehatan masyarakat secara keseluruhan, serta dalam menjamin keberhasilan pelayanan kesehatan keluarga dan atau pelayanan kesehatan masyarakat secara keseluruhan sangatlah penting. Hal ini mudah dipahami oleh karena keluarga memang mempunyai arti dan kedudukan tersendiri dalam masalah kesehatan keluarga. Adapun arti dan kedudukan yang dimaksud antara lain (Hilman, 2004):

- a. Keluarga adalah unit terkecil yang ada dalam masyarakat yang melibatkan mayoritas penduduk. Dengan demikian apabila masalah setiap keluarga dapat diatasi, berarti masalah kesehatan masyarakat secara keseluruhan akan dapat turut terselesaikan.
- b. Keluarga adalah suatu kelompok yang mempunyai peranan amat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi, dan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga. Dengan demikian apabila pemahaman tentang keluarga dapat dimiliki, akan dapat dimanfaatkan dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi, dan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga dan atau masyarakat secara keseluruhan.
- c. Masalah kesehatan keluarga saling terkait dengan pelbagai masalah anggota keluarga lainnya. Sebagai contoh, jika ada satu anggota yang

yang dapat dilakukan oleh keluarga tersebut. Apabila ditemukan banyak anggota yang seperti ini, pada gilirannya pasti akan mempengaruhi pelaksanaan dari fungsi – fungsi masyarakat secara keseluruhan.

- d. Keluarga adalah pusat pengambilan keputusan kesehatan yang terpenting dan karenanya untuk keberhasilan pelayanan kesehatan terhadap anggota keluarga dan atau masyarakat secara keseluruhan, pemahaman tentang keluarga tidak dapat diabaikan.
- e. Keluarga adalah wadah dan atau pun saluran yang paling efektif untuk melaksanakan pelbagai upaya dan ataupun menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

Dari pengertian tersebut dapat disebutkan bahwa keluarga mempunyai pengaruh yang amat besar dalam pelbagai tindakan kedokteran yang akan dilakukan, baik diagnosis, pencegahan penyakit, pengobatan maupun perawatan. Pengaruh keluarga terhadap diagnosis penyakit adalah sebagai tempat bertanya pertama (*reference group*). Tergantung dari pendapat yang disampaikan oleh keluarga, maka persepsi tentang penderita tentang diagnosis penyakit akan berbeda. Kesemuanya ini menentukan perilaku pengobatan dan ataupun perawatan penyakit selanjutnya.

2.1.2. Bentuk Keluarga

Bentuk keluarga menurut Goldenberg terbagi atas (Puspitosari

- a. Keluarga inti (nuclear family)
- b. Keluarga besar (extended family)
- c. Keluarga campuran (blended family)
- d. Keluarga menurut hukum umum (common law family)
- e. Keluarga dengan orang tua tunggal (single parent family)
- f. Keluarga hidup bersama (commune family)
- g. Keluarga serial (serial family)
- h. Keluarga gabungan (composite family)
- i. Keluarga tinggal bersama (*cohabitation family*)

2.1.3. Fungsi Keluarga

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan dokter keluarga dengan baik, perlulah diketahui fungsi yang dimiliki oleh keluarga. Apabila fungsi dan pelaksanaan dari setiap macam fungsi tersebut diketahui, dapat dimanfaatkan tidak hanya dalam menegakkan diagnosis masalah kesehatan yang dihadapi oleh para anggota keluarga tetapi juga dalam mengatasi masalah kesehatan setiap anggota keluarga tersebut.

Fungsi keluarga banyak macamnya. Di Indonesia, menurut Peraturan Pemerintah No. 21 tahun 1994, fungsi keluarga tersebut dibedakan atas 8 macam, yakni (Hilman, 2004):

- a. Fungsi keagamaan

Yang dimaksud dengan fungsi keagamaan adalah fungsi keluarga

yang menegakkan nilai-nilai agama dan nilai-nilai luhur

budaya bangsa untuk menjadi insan-insan agamais yang penuh iman dan taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

b. Fungsi budaya

Yang dimaksud dengan fungsi budaya adalah fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengembangkan kekayaan budaya bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.

c. Fungsi cinta kasih

Yang dimaksud dengan fungsi cinta kasih adalah fungsi keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan anak dengan anak, suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi wahana utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

d. Fungsi melindungi

Yang dimaksud dengan fungsi melindungi adalah fungsi keluarga untuk menumbuhkan rasa aman dan kehangatan bagi segenap anggota keluarga.

e. Fungsi reproduksi

Yang dimaksud dengan fungsi reproduksi adalah fungsi keluarga yang merupakan mekanisme untuk melanjutkan keturunannya yang direncanakan sehingga dapat menunjang terciptanya kesejahteraan

f. Fungsi sosialisasi dan pendidikan

Yang dimaksud dengan fungsi sosialisasi dan pendidikan adalah fungsi keluarga yang memberi peran kepada keluarga untuk mendidik keturunan agar bisa melakukan penyesuaian dengan alam kehidupannya di masa depan.

g. Fungsi ekonomi

Yang dimaksud dengan fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga sebagai unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.

h. Fungsi pembinaan lingkungan

Yang dimaksud dengan fungsi pembinaan lingkungan adalah fungsi keluarga yang memberikan kemampuan kepada setiap keluarga untuk dapat menempatkan diri secara serasi, selaras, dan seimbang sesuai dengan daya dukung alam dan lingkungan yang berubah secara dinamis.

2.1.4. Siklus Kehidupan Keluarga

Dalam kehidupannya, sebuah keluarga akan melalui tahapan-tahapan yang akan terus berulang-ulang. Tahapan-tahapan tersebut menurut Duvall pada 1977 terbagi atas: (Puspitosari, 2004)

a. Tahap awal perkawinan (newly married)

b. Tahap keluarga dengan bayi (birth of the first child)

c. Tahap keluarga dengan anak pra-sekolah (family with preschool children)

d. Tahap keluarga dengan anak sekolah (family with children in school)

- e. Keluarga dengan anak usia remaja (*family with teenagers*)
- f. Keluarga dengan anak-anak yang meninggalkan keluarga (*family as launching center*)
- g. Orang tua usia menengah (*parent alone in middle years*)
- h. Keluarga usia jompo (*aging family members*)

Menurut Howell, 1975, siklus kehidupan keluarga terbagi dalam beberapa tahapan: (Kusbaryanto, 2005)

- a. Tahap kemitraan informal (*phase of informal partnership*)
- b. Tahap perkawinan awal (*phase of early marriage*)
- c. Tahap ekspansi (*phase of expansion*)
- d. Tahap konsolidasi (*phase of consolidation*)
- e. Tahap penciutan (*phase of contraction*)
- f. Tahap akhir kemitraan (*phase of final partnership*)
- g. Tahap kelenyapan (*phase of disappearance*)

2.1.5. Pengaruh keluarga terhadap kesehatan

Sesungguhnya keadaan keluarga secara keseluruhan memang mempunyai pengaruh yang teramat besar terhadap kesehatan setiap anggota keluarga. Pengaruh tersebut dapat dilihat paling tidak dalam lima hal, yaitu sebagai berikut: (Hilman, 2004)

- a. Penyakit keturunan

Setiap orang pada dasarnya adalah hasil interaksi antara pelbagai faktor genetik (faktor reproduksi) dengan pelbagai faktor lingkungan

(faktor sosial dan lingkungan). Apabila ditemukan kelainan

tertentu pada faktor genetik tersebut, yang antara lain muncul karena perkawinan (tahap awal dari siklus kehidupan keluarga) maka tidaklah sulit dipahami bahwa orang tersebut dapat menderita penyakit keturunan tertentu pula. Karena terdapatnya pengaruh faktor genetik tersebut, maka saat ini telah banyak dikembangkan pelayanan konseling dan skrining perkawinan (*marriage conseling and screening*)

b. Perkembangan bayi dan anak

Sekalipun pada dasarnya keadaan fisik dan mental bayi serta anak mempunyai kemampuan mengatasi pengaruh lingkungan (fungsi sosialisasi), tetapi pengalaman telah membuktikan bahwa jika bayi dan anak tersebut dibesarkan dalam lingkungan dengan fungsi yang “sakit”, maka perkembangan bayi dan anak tersebut akan terganggu, baik perkembangan fisik maupun perilakunya.

c. Penyebaran penyakit

Apabila di lingkungan keluarga terdapat penderita penyakit infeksi, maka tidaklah sulit diperkirakan bahwa anggota keluarga yang lain akan mudah terserang penyakit tersebut.

d. Pola penyakit dan kematian

Pelbagai penelitian telah membuktikan bahwa seseorang yang terus membujang, atau bercerai cenderung memperlihatkan angka

e. Proses penyembuhan penyakit

Proses penyembuhan penyakit pada anak-anak yang menderita penyakit kronis dengan fungsi keluarga yang “sehat”, jauh lebih baik dibanding dengan keluarga dengan fungsi keluarga yang “sakit”.

2.1.6. Pengaruh Kesehatan Terhadap Keluarga

Selain adanya pengaruh keluarga terhadap kesehatan, sebaliknya juga terdapat pengaruh dari kesehatan terhadap keluarga. Pengaruh tersebut dapat dilihat pada bentuk, fungsi, dan maupun siklus kehidupan keluarga. (Hilman, 2004)

a. Bentuk keluarga

Apabila kesehatan reproduksi seseorang terganggu, misalnya terdapat kemandulan (*infertility*), tentunya akan mempengaruhi bentuk keluarga, yaitu hanya keluarga inti tanpa anak. Begitu pula dengan seseorang yang memiliki kelainan seksual, misalnya homoseksual, maka keluarga yang terbentuk adalah salah satu bentuk keluarga non-tradisional.

b. Fungsi keluarga

Pengaruh kesehatan terhadap fungsi keluarga banyak macamnya. Hal ini terlihat apabila salah satu anggota keluarga terganggu kesehatannya, maka secara langsung atau tidak langsung akan mempengaruhi atau mengganggu fungsi keluarga tertentu. Sebagai contoh apabila kesehatan kepala keluarga yang terganggu, maka dapat mempengaruhi terganggunya berbagai fungsi keluarga, terutama

fungsi ekonomi dan ataupun fungsi pemenuhan kebutuhan fisik keluarga. Dan apabila kesehatan ibu rumah tangga yang terganggu, maka dapat mengancam terganggunya fungsi afektif dan atau fungsi sosialisasi.

c. Siklus kehidupan keluarga

Apabila kesehatan reproduksi seseorang terganggu, misalnya kemandulan (*infertility*), maka keluarga tersebut tidak akan mengalami siklus kehidupan keluarga yang sempurna, karena tahap keluarga dengan bayi (*birth of the first child*) sampai dengan tahap anak-anak meninggalkan keluarga (*family as launching centre*) tidak akan pernah dilalui. Selanjutnya apabila kesehatan suami atau istri sudah sangat sangat buruk, dan kemudian meninggal dunia, maka keluarga tersebut akan sangat cepat masuk dalam tahap lenyapnya keluarga (*phase of disappearance*).

II.2. ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS (AUTISME & HIPERAKTIF)

2.2.1. AUTISME

A. Definisi

Autisme adalah kurangnya respon terhadap orang lain, kurangnya kemampuan komunikasi, dan respon aneh terhadap berbagai aspek lingkungan, yang semuanya berkembang di dalam 30

Menurut Budhiman, 1997, autisme adalah salah satu defisit perkembangan pervasif pada awal kehidupan anak yang disebabkan oleh gangguan perkembangan otak yang ditandai dengan ciri pokok, yaitu terganggunya perkembangan interaksi sosial, bahasa dan wicara, serta munculnya perilaku yang bersifat repetitif, stereotipik, dan obsesif.

Prevalensi biasanya diperkirakan ada 3-4/10.000 anak di bawah usia 12 tahun. Gangguan ini adalah jauh lebih lazim pada laki-laki daripada wanita (3-4 : 1). (Wahab, 2000)

Kanner, 1943, menggambarkan seorang anak dengan kelainan perkembangan pada awal kehidupan anak berupa gangguan pada interaksi sosial, wicara, dan perilaku stereotipik sebagai gangguan yang tidak termasuk pada kriteria psikosis. Kanner menyebutnya dengan istilah *autisme infantile*.

Ciri khas anak autistik adalah defisit dalam keteraturan verbal, abstraksi, memori rutin, dan pertukaran verbal timbal balik. Anak autistik juga menunjukkan defisit dalam pemahamannya mengenai apa yang mungkin dirasakan atau dipikirkan orang lain, apa yang disebut kekurangan *teori berpikir*. (Wahab, 2000)

Meskipun mula – mula digambarkan sebagai sosial, kebanyakan riset telah memfokuskan pada defisit kognitif dan komunikatif pada autisme, dan terutama, pada tipe – tipe defisit pemrosesan kognitif yang paling menonjol pada situasi emosional

Artinya autisme bisa tidak terjadi akibat salah asuh atau salah didik, atau salah dalam setting sosial. Namun, disadari karena gangguan organik dalam perkembangan otak, sehingga penanganan atau riset autisme ini melibatkan banyak bidang, baik bidang kedokteran, pendidikan, psikologi.

B. ETIOLOGI

1. Faktor psikodinamik dalam keluarga negatif (kurangnya perhatian sehingga kurang identifikasi terhadap tumbuh kembang anak).
2. Kelainan organik – neurology – biologi, dengan lesi neurology terbukti dengan banyak tanda-tanda komplikasi perinatal, banyak anomali fisik congenital, dan komplikasi kehamilan pada trimester I.
3. Faktor genetik, 2 – 4 % saudara kandung anak autis menderita gangguan autis.
4. Faktor imunologis, inkompatibilitas imunologi antara ibu dan janin.
5. Faktor perinatal, terjadi komplikasi yang tinggi selama kehamilan.
6. Neuro-anatomi, adanya ketidaknormalan lobus temporalis dan

C. Gejala Klinis

1. Kesepian autistik yang ekstrim, karena tidak mau bergaul dengan sekitarnya.
2. Tidak mampu membuat sikap antisipasi.
3. Perkembangan bahasa terlambat atau menyimpang.
4. Pengulangan monoton bunyi atau ungkapan verbal (echolalia)
5. Pemakaian kata sebutan yang terbalik.
6. Daya ingat jauh amat baik.
7. Keterbatasan aktivitas spontan.
8. Stereotipik dan manerisme.
9. Keinginan obsesif untuk mempertahankan kesamaan dan rasa takut akan perubahan.
10. Kontak mata buruk.
11. "Hubungan abnormal"
12. Lebih menyukai gambar – gambar dan benda – benda.

(Sumarno, 2005)

D. Diagnosis

Secara lengkap, untuk menegakkan diagnosis autisme sesuai DSM-IV menurut gejala yang dominan adalah sebagai berikut: (*American Psychiatric Association, 1994*):

• Total enam (atau lebih) dari (1), (2), (3) dengan sekurang –

1. Gangguan kualitatif dalam interaksi sosial seperti ditunjukkan oleh sekurangnya 2 dari berikut:
 - a. Gangguan jelas dalam penggunaan perilaku nonverbal multipel seperti tatapan mata, ekspresi wajah, postur tubuh, dan gerak – gerak untuk mengatur interaksi sosial.
 - b. Gagal untuk menunjukkan hubungan dengan teman sebaya yang sesuai menurut tingkat perkembangan.
 - c. Tidak adanya keinginan spontan untuk berbagi kesenangan, minat, atau pencapaian dengan orang lain (misalnya, tidak memamerkan, membawa, atau menunjukkan benda yang menarik minat).
 - d. Tidak ada timbal balik sosial atau emosional.
2. Gangguan kualitatif dalam komunikasi seperti ditunjukkan oleh sekurangnya 1 dari berikut:
 - a. Keterlambatan dalam, atau sama sekali tidak ada, perkembangan bahasa ucapan (tidak disertai oleh usaha untuk berkompensasi melalui komunikasi lain melalui gerak – gerak atau mimik).
 - b. Pada individu yang bicara dengan adekuat, gangguan jelas dalam kemampuan untuk memulai atau mempertahankan percakapan dengan orang lain.
 - c. Pemakaian bahasa atau bahasa idiosinkratik secara stereotipik dan berulang.

- d. Tidak adanya berbagai permainan khayalan atau permainan pura – pura sosial yang spontan yang sesuai menurut tingkat perkembangan.
3. Pola perilaku, minat, dan aktivitas yang terbatas, berulang, dan stereotipik, seperti ditunjukkan oleh sekurangnya 1 dari berikut:
 - a. Preokupasi dengan satu atau lebih pola minat yang stereotipik dan terbatas, yang abnormal baik dalam intensitas maupun fokusnya.
 - b. Ketaatan yang tampaknya tidak fleksibel terhadap rutinitas atau ritual yang spesifik dan fungsional.
 - c. Manerisme motorik stereotipik dan berulang (misalnya, menjentikkan atau memuntirkan tangan atau jari, atau gerakan kompleks seluruh tubuh).
 - Keterlambatan atau fungsi abnormal pada sekurangnya 1 bidang berikut, dengan onset sebelum usia 3 tahun: 1. Interaksi sosial; 2. Bahasa yang digunakan dalam komunikasi sosial; 3. Permainan simbolik atau imajinatif.
 - Gangguan tidak lebih baik diterangkan oleh gangguan Rett atau gangguan disintegratif masa anak – anak.

E. Diagnosis Banding

Diagnosis banding autisme ini meliputi:

- a. Semua gangguan pervasif lain

- b. Gangguan sosio emosional sekunder
- c. Gangguan attachment reaktif
- d. Keterbelakangan mental disertai gangguan emosional dan perilaku
- e. Penyakit gangguan jiwa jenis schizoprenia tahap awal
- f. Pada schizoprenia berat bisa timbul gejala autisme
- g. Gejala autisme dan kemunduran mental
- h. Sindroma Rett (Masdar, 2005)

2.2.2. GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN / HIPERAKTIVITAS (GPPH – ADHD)

A. Definisi

Hiperaktif adalah istilah yang paling sering digunakan untuk menyatakan suatu keadaan dimana terjadi ketidakmampuan dalam memusatkan perhatian (*inattention*), mudah beralih perhatian (*impulsivitas*), dan hiperaktivitas yang tidak sesuai dengan taraf perkembangan anak.

Gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas adalah suatu gangguan tingkah laku anak yang penyebab pastinya belum diketahui. Beberapa kelainan neurobiologi dan pengaruh lingkungan diperkirakan meningkatkan terjadinya gangguan ini. Prevalensi gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas diperkirakan sekitar 4-12% di antara anak sekolah, sedangkan di dalam populasi

diperkirakan sekitar 9,2% laki-laki dan 2,9% perempuan. (Puspongoro, 2002)

Menurut *The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV)*, 1994, gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas atau *Attention Deficit / Hyperactivity Disorder* adalah kelainan neurobiologis yang mempunyai ciri ketidaksesuaian perkembangan terhadap umur, waktu pemusatan perhatian yang pendek, dan adanya gejala hiperaktif, impulsif, atau keduanya.

Secara umum gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas berkaitan dengan gangguan tingkah laku yang terlalu “berlebihan”, dan aktivitas kognitif seperti berfikir, mengingat, menggambarkan, merangkum, mengorganisasikan, dan lain-lain (Laufer, 1985). Kelainan ini sebenarnya mulai muncul pada masa awal anak-anak, bersifat kronis dan tidak diakibatkan oleh kelainan fisik yang lain, retardasi mental ataupun masalah emosional.

B. Etiologi

Hingga saat ini, penyebab pasti dan spesifik dari gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas ini belum diketahui. Beberapa ahli berpendapat bahwa kelainan ini mungkin berkaitan dengan adanya defisiensi neurotransmiter di otak namun hal ini masih

Beberapa faktor yang dimungkinkan dapat berpengaruh terhadap terjadinya hiperaktivitas ini antara lain faktor genetik. Tingkat aktivitas yang dipengaruhi oleh komponen herediter dan komponen genetik lebih kuat pada enam tahun pertama dibandingkan ketika masih bayi. Faktor lingkungan juga berpengaruh dalam hal ini, antara lain latar belakang kehidupan keluarga, lingkungan sekolah, depresi selama kehamilan, sedikit perhatian dari orang di sekitarnya, dan tekanan dalam keluarga.

C. Gejala Klinis

Secara klinis hiperaktivitas pada anak sudah mulai tampak semenjak bayi dan dapat berlanjut hingga dewasa. Gejala klinis yang nampak pada bayi misalnya hiperaktivitas yang terkadang terlalu sensitif terhadap rangsangan, sulit dalam memberikan makan, kesulitan tidur, dan mudah terganggu oleh perubahan lingkungan di sekitarnya. Tetapi, kadang-kadang muncul kebalikannya dimana bayi menjadi lemah dan tenang, hampir sepanjang hari tidur, dan kelihatan berkembang lambat pada bulan-bulan pertama kelahiran. (Kaplan *et al.*, 1994)

Gejala – gejala yang nampak pada anak dengan gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas antara lain:

1. Anak yang tidak dapat memusatkan perhatian, misalnya tidak dapat menyelesaikan suatu permainan tidak mendengarkan

peringatan ibu, perhatian mudah teralih bila ada rangsangan lain, di sekolah tidak bisa diam dan bergerak semaunya.

2. Adanya tindakan impulsif (bertindak tanpa berpikir), misalnya beralih permainan secara berlebihan tidak mampu melakukan pekerjaan yang memerlukan ketekunan (menyusun permainan bongkar pasang, mencocokkan gambar), tidak mau menunggu giliran (tidak sabar).
3. Hiperaktif, misalnya terus berlari – lari, sulit untuk duduk diam dan tenang, waktu tidur bergerak secara berlebihan, gerakannya seperti didorong mesin, dan tidak pernah merasa lelah.

Pada usia sekolah, gejala klinis yang sering terlihat adalah tidak terkontrolnya perbuatan yang dilakukan, sulit duduk dengan tenang, gelisah, mudah tersinggung, dan impulsif. Selain itu juga ada kesulitan dalam memusatkan perhatian, sering tidak mendengar apa yang sedang diinstruksikan, sering kehilangan barang-barang yang kerap kali digunakan, melakukan aktivitas fisik yang terkadang merugikan dirinya, dan terlalu bersifat acuh. (Erman, 2002)

D. Diagnosis

Diagnosis gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas perlu ditegakkan secara klinis sesuai DSM-IV, dengan memperhatikan aspek perkembangan anak dan ada tidaknya

medis, dan psikiatrik juga perlu dipertimbangkan. (Pusponegoro, 2002)

Secara lengkap, untuk menegakkan diagnosis gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas sesuai DSM-IV menurut gejala yang dominan, gangguan atensi atau hiperaktif - impulsif atau campurannya, adalah sebagai berikut: (*American Psychiatric Association, 1994*)

A. Kelompok 1. atau 2.

1. Gangguan Pemusatan Perhatian (*Inattention*)

Sekurang-kurangnya enam dari gejala gangguan pemusatan perhatian ini muncul dalam enam bulan terakhir sampai derajat tertentu yang bersifat maladaptif dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangannya:

- a. Sering gagal dalam memberikan perhatian cermat terhadap rincian atau adanya kesalahan yang tidak disadari di sekolah atau dalam aktivitas lain.
- b. Sering mengalami kesulitan dalam mempertahankan perhatian terhadap tugas, misalnya saat aktivitas bermain.
- c. Sering tidak mendengarkan ketika berbicara secara langsung.
- d. Sering tidak mengikuti perintah yang diberikan dalam

... dan/atau kesalahan sekolah atau bermain lain di

tempat kerja (bukan akibat perilaku perlawanan atau kegagalan untuk memahami perintah)

- e. Sering mengalami kesulitan dalam mengorganisir tugas dan aktivitas.
 - f. Sering mengalami atau enggan untuk melibatkan diri dalam tugas-tugas yang memerlukan upaya mental, seperti pekerjaan sekolah atau pekerjaan rumah.
 - g. Sering kehilangan barang-barang penting (buku, pensil, dan lain-lain).
 - h. Mudah tersinggung.
 - i. Sering lupa dalam aktivitas sehari-hari.
2. Hiperaktivitas-Impulsivitas

Sekurang-kurangnya enam dari gejala gangguan pemusatan perhatian ini muncul dalam enam bulan terakhir sampai derajat tertentu yang bersifat maladaptif dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangannya:

- Hiperaktivitas
 - a. Sering bermain-main dengan tangan atau kaki sendiri saat duduk.
 - b. Sering meninggalkan tempat duduk dalam ruang kelas.
 - c. Sering berlari atau memanjat secara ekstensif dalam situasi yang kurang tepat.

- d. Sering kesulitan untuk bermain dengan tenang dan santai.
 - e. Sering bertindak seperti mengawang dan bertindak seolah-olah dikendalikan oleh saraf motorik (seperti dikendalikan oleh mesin).
 - f. Sering berbicara secara berlebihan.
- **Impulsivitas**
 - a. Sering menjawab sebelum pertanyaan diselesaikan.
 - b. Sering tidak bisa menunggu giliran dalam bermain ataupun berbicara.
 - c. Sering menginterupsi orang lain (misalnya dalam percakapan atau permainan).
- B. Gejala hiperaktivitas-impulsivitas atau gangguan pemusatan perhatian muncul sebelum usia tujuh tahun.
 - C. Sebagian gangguan dan gejala kelainan bertahan dalam dua situasi atau lebih (misalnya di sekolah atau di rumah).
 - D. Terbukti dengan jelas (sangat nyata) secara klinis adanya gangguan dalam fungsi sosial, pendidikan, dan pekerjaan.
 - E. Gejala tidak muncul bersama dengan gangguan perkembangan, skizofrenia, gangguan psikotik atau gangguan mental.

Dari gejala-gejala tersebut dapat diklasifikasikan berdasarkan

1. Tipe kombinasi *attention deficit / hyperactivity disorder*, jika kriteria A.1. dan A.2. ditemukan dan terjadi bersama-sama selama enam bulan terakhir.
2. Tipe *attention deficit / hyperactivity disorder* dengan dominasi gejala hiperaktivitas-impulsivitas, jika kriteria A.2. ditemukan dan terjadi selama enam bulan terakhir.
3. Tipe *inattentive*, jika kriteria A.1. ditemukan dan terjadi selama enam bulan terakhir.

E. Diagnosis Banding

Apabila seorang anak dicurigai mengalami hiperaktivitas, yang pertama harus dilakukan adalah membedakan apakah hal itu patologis atau tidak. Selanjutnya dilihat tingkat aktivitasnya merupakan hambatan untuk belajar atau bergaul, ataukah tingkah laku tersebut hanya mengganggu para guru dan orang tua. Adapun gejala-gejala gangguan pemusatan perhatian / hiperaktivitas dapat menyerupai keadaan berikut: (Erman, 2002)

- Retardasi mental
- Kesulitan belajar
- Ansietas
- *Petit mal*
- Gangguan tingkah laku
- Skizofrenia anak
- Gangguan depresi
- Gangguan afektif dengan ciri-ciri mania

III.3. Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observatif dengan rancangan penelitian secara *case-control* studies. Pengambilan data menggunakan kuesioner yang diberikan kepada orang tua / wali dari anak – anak yang bersedia menjadi subjek penelitian. Dan penyajian data yang telah terkumpul yaitu secara deskriptif dengan menjabarkan segala hal yang