

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Permasalahan

Generasi muda sekarang adalah penentu nasib bangsa di masa mendatang. Karena itu, perlu dilakukan usaha-usaha untuk membentuk kondisi generasi muda dalam keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial. Salah satunya adalah perhatian penuh terhadap kesejahteraan anak di bawah usia lima tahun.

Proses tumbuh kembang anak akan menentukan kualitas anak. Tumbuh kembang seorang anak berlangsung sejak saat konsepsi sampai dewasa, yaitu usia 0-18 tahun. Istilah tumbuh (*growth*) menyatakan peristiwa bertambahnya ukuran fisik dan struktural tubuh, sifatnya kuantitatif. Sedangkan Hurlock (1978) memberi definisi mengenai perkembangan, yaitu perkembangan berarti perubahan progresif yang terjadi secara teratur, dalam pola yang diramalkan, sehingga hasil proses pematangan (*maturation*) dan pengalaman belajar. Proses tersebut merupakan integrasi beberapa struktur dan fungsi. Sedangkan WHO - UNICEF (1989) memberi batasan bahwa perkembangan merupakan rangkaian perubahan yang terjadi sejak konsepsi dan berlangsung sampai dewasa. Menurut Dini dan Emili (1982)

perkembangan meliputi 4 aspek yaitu fisik, mental (kognitif), emosi dan sosial dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Perkembangan fisik, adalah kemampuan seorang anak untuk melakukan kegiatan yang lebih bersifat fisik atau motorik, bisa berupa motorik kasar atau halus, misalnya duduk, lari, jalan, menggunting, dan lain-lain.
2. Perkembangan mental, yaitu segala kegiatan yang memerlukan kecepatan berfikir baik yang sifatnya sederhana maupun kompleks, misal kemampuan berbicara, menulis, menghitung, mengambil suatu keputusan, memecahkan masalah dan sebagainya.
3. Perkembangan emosional, adalah hal-hal yang berhubungan dengan perasaan seseorang, bisa perasaan malu, sakit, iri, marah dan sebagainya.
4. Perkembangan sosial, adalah hal-hal yang berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk berhubungan dengan orang lain, menempatkan atau menyesuaikan diri dengan lingkungan, kemampuan mandiri, mentaati norma yang berlaku dalam masyarakat, dan sebagainya.

Pola perkembangan ditandai dengan masa ekuilibrium yaitu masa individu menyesuaikan diri dengan mudah terhadap tuntutan lingkungan. Masa ekuilibrium adalah masa ketika individu mengalami kesulitan menyesuaikan diri. Gangguan perkembangan dapat mempengaruhi penyesuaian fisik, psikologi maupun sosial. Keterampilan dan pola perilaku ini sebagian timbul karena hasil pematangan fisik. Sebagian tugas

masyarakat, misalnya anak diharuskan belajar membaca dan menulis (Mikarsa, 1984).

Menurut kesimpulan dari Bijou (1968) kebanyakan psikolog anak telah mengatakan bahwa tahun-tahun pra sekolah dari usia 2-5 tahun, adalah paling penting dari seluruh tahapan perkembangan dan suatu analisis fungsional tahapan tersebut jelas menunjukkan kesimpulan yang sama. Karena dasar untuk pola sikap dan perilaku diletakkan secara dini, yaitu ketika lingkungan itu hampir terbatas pada rumah dan kontak sosial umumnya terdapat di antara anggota keluarga, dasar ini tumbuh dari rumah (Hurlock, 1978).

Anak dengan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas ditandai dengan anak tidak mampu untuk memusatkan perhatian pada apa yang dihadapi, sehingga perhatiannya selalu berpindah-pindah. Anak dengan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas tidak dapat bermain dengan tenang seperti anak lain, sehingga yang nampak anak sangat aktif berlebihan (hiperaktif). Biasanya terjadi pada anak usia 3-7 tahun. 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, jalan semaunya.
2. Adanya tindakan impulsive (bertindak tanpa berpikir), misalnya beralih permainan secara berlebihan, tidak mampu melakukan pekerjaan yang

memerlukan ketekunan (menyusun blok, mencocokkan gambar), tidak mau menunggu giliran untuk bermain.

3. Hiperaktivitas, misalnya lari-lari, sulit duduk diam, tidak dapat tenang, waktu tidur bergerak berlebihan, gerakannya seperti didorong mesin, tidak pernah lelah.

Gangguan pemusatan perhatian dapat hilang sendiri setelah umur 7 - 12 tahun. Tetapi anak dengan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas 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). Oleh karena itulah anak dengan gangguan perhatian/hiperaktivitas perlu penanganan tersendiri dan perhatian yang khusus dari orang tua, saudara, dan teman-teman sekolahnya.

Gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas ini dapat menetap sampai dewasa meskipun sekitar 30-40% dari penderita ini lambat laun menunjukkan perbaikan dalam perhatian dan kegiatannya. Gangguan ini dapat berdampak pada prestasinya di sekolah, anak tidak dapat mencapai hasil yang optimal sesuai dengan kemampuannya, atau mengalami kesulitan belajar. Akibat selanjutnya anak tidak naik kelas dan besar kemungkinan untuk dikeluarkan atau dipindahkan ke sekolah lain. Pertumbuhan anak dengan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas biasanya tidak terganggu kecuali

bila terjadi pula gangguan makan pada anak hiperaktif yang berkepanjangan, sehingga menimbulkan kekurangan energi dan berakibat gangguan tumbuh.

Begitu kompleksnya masalah yang disebabkan oleh GPP/H pada anak, maka penulis mengambil pokok masalah mengenai pengaruh psikososial pada anak GPP/H. Adapun untuk memudahkan dalam penguraian penulis mengambil data dari Pusat Pengkajian dan Pengamatan Tumbuh Kembang Anak ( P3TKA ) mengenai kasus GPP/H dan hubungan psikososial pada anak GPP/H tahun 2000.

## **B. Perumusan Masalah**

Masalah anak dengan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas sering dijumpai dan dikeluhkan oleh para orang tua. Oleh karena itu perlu diketahui dan dipahami hubungan faktor psikososial pada keluarga dengan anak gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas sehingga mampu menangani dan didapatkan terapi yang adekuat anak dengan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas sehingga dapat tumbuh kembang dengan

## C. Tinjauan Kepustakaan

### C.1. Definisi Psikososial

Psikososial adalah segala hal yang menyangkut pada kesehatan jiwa, cara pengasuhan anak, pendidikan anak, nilai – nilai sosial budaya, kebiasaan dan kepercayaan tradisi ( Ismail, 1999 ).

Agar seseorang anak secara psikososial dapat berkembang spontan dan wajar, anak tersebut perlu memperoleh kasih sayang, pengertian, perasaan aman, disiplin, penghargaan dan penerimaan dari masyarakat sekitarnya. Seseorang anak perlu merasakan kepuasan dalam hubungan dengan orang tua, merasa disayang, dihargai dan mempunyai kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan dirinya. Ericson meninjau perkembangan kepribadian dari segi psikososial tertentu yang harus diatasi oleh anak itu agar dapat melewati stadium selanjutnya dengan atau tanpa konflik. Ericson membagi stadium perkembangan manusia dalam 8 masa, yaitu:

1. *Basic trust vs mistrust (oral sensory - infancy).*
2. *Autonomy vs shame and doubt (muscular anal - early childhood/toddler).*
3. *Initiative vs guilt (locomotor genital - later childhood/pre- school age).*
4. *Industriousness vs sense of inferiority (latency school age).*
5. *Identity formation vs diffusion (puberty-adolescence).*
6. *Intimacy vs isolation (dewasa muda).*
7. *Procreation/generativity vs self absorption (dewasa).*

8. *Ego integrity vs despair (maturitas)*

Dalam perkembangan manusia, ada pendapat bahwa lingkungan kehidupan manusia dan pranata sosialnya tumbuh dan berkembang bersama-sama. Tiap tahapan dari perkembangan psikososial ini diarahkan dan ditentukan oleh masyarakat sekitarnya. Jadi jelas disini pada proses tersebut terdapat interaksi antara individu tersebut dan lingkungannya. Interaksi ini dapat bersifat positif atau negatif (Yusuf, 1991).

## C.2. Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas

### C.2.1. Definisi

Menurut *The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual IV Classification (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, adanya gejala hiperaktif, impulsif atau keduanya. Sedangkan menurut *Children & Adult with Attention Deficit Disorder (CH. A. D. D.)*, 1994 mendefinisikan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas adalah suatu kelainan neurobiologis yang biasanya bercirikan adanya ketidakmampuan memusatkan perhatian (inattention), mudah beralih perhatian (impulsivity) dan hiperaktivitas.

*Minimal brain damage* adalah istilah lain yang digunakan untuk gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas yang mengacu pada kerusakan otak disebabkan oleh kesulitan selama melahirkan (*hypoxia*), trauma, atau infeksi virus pada hari-hari pertama bayi setelah lahir. Ada pula istilah lain

yang digunakan yaitu *Minimal Brain Dysfunction*, yang disebabkan oleh tidak berfungsinya bagian-bagian tertentu pada otak (tidak berfungsi thalamo-frontal), yaitu ketidakseimbangan antara hambatan (*inhibition*) dan kemudian (*facilitation*) yang diakibatkan oleh kekurangan neurotransmiter.

Secara umum gangguan pemusatan perhatian berkaitan dengan gangguan tingkah laku dan aktivitas kognitif seperti misalnya berfikir, mengingat, menggambarkan, merangkum, mengorganisasikan dan lain-lain (Lauer, 1992). Karakteristik ini sebenarnya mulai muncul pada masa kanak-kanak awal, bersifat kronis dan tidak diakibatkan oleh kelainan fisik yang lain, retardasi mental ataupun masalah emosional.

### C.2.2. Prevalensi dan Rasio Jenis Kelamin

Pada gangguan hiperkinetik prevalensi gangguan hiperkinetik sangat bervariasi, dari 1% - 29,2% (Schahar, 1991; Bhatia *et al*, 1991; Szatmari *et al*, 1989; Shekim *et al*, 1985; Shen *et al*, 1985, Satin *et al*, 1985). Perbedaan prevalensi tersebut disebabkan oleh perbedaan definisi kasus, perbedaan metodologi dan tempat penelitian, perbedaan persepsi peneliti pada waktu menilai gejala psikopatologi yang dipengaruhi budaya setempat. Namun secara umum di setiap kelas sekolah dasar didapatkan 2% - 5% anak dengan gangguan hiperkinetik (Walters, 1993). Pada saat ini populasi anak usia sekolah dasar di Indonesia adalah 16,3% dari total populasi (BPS, 1995), yaitu sebesar 31,7 juta anak. Berdasarkan asumsi Walters diperkirakan jumlah anak usia sekolah dasar yang mengalami gangguan hiperkinetik adalah 634 000 -

1.585.000 anak. Pada poliklinik ilmu kesehatan anak (pediatric out patients clinic) didapatkan prevalensi gangguan hiperkinetik sebesar 11,2% yang meliputi 5,2% pada usia 3-4 tahun, 29,2% pada usia 11-12 tahun (Bhatia, *et al*, 1991) dan lebih banyak didapatkan pada anak laki-laki dibandingkan wanita dengan rasio 4 : 1.

“Children & Adult with Attention Deficit Disorder” (1994) menyebutkan sekitar 3-5% anak usia sekolah mengalami Gangguan Pemusatan Perhatian. “American Psychiatric Association” (1994) menyebutkan angka kejadian Gangguan Pemusatan Perhatian dengan atau tanpa hiperaktivitas adalah 1-20% pada anak usia sekolah. Mengenai prevalensi di Indonesia belum ada data nasional, karena belum banyak penelitian dilakukan. Penelitian di Kecamatan Gamping Kabupaten Sleman, mendapatkan prevalensi 3%. Kejadian GPP dengan atau tanpa hiperaktivitas ini lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan yaitu 3 : 1 sampai 5 : 1 (APA, 1994, Kaplan & Sadock, 1994, Damudoro, 1998).

### C.2.3. Etiologi

Sampai saat ini penyebab spesifik dari Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas belum diketahui. Menurut Rutter & Garmezzy, 1994, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terhadap terjadinya hiperaktivitas adalah faktor genetik, tingkat aktivitas dipengaruhi komponen herediter dan komponen genetik untuk aktivitas lebih kuat pada 6 tahun pertama dibandingkan ketika masih bayi. faktor lingkungan antara lain latar belakang

kehidupan keluarga, lingkungan sekolah, depresi selama hamil, sedikit perhatian dan tekanan keluarga.

Castellanos (1999) merangkum berbagai artikal penelitian terbaru yang pada intinya terdapat dua pandangan tentang terjadinya Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas. Pendapat yang pertama, Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas adalah murni gangguan psikiatris dan psikososial. Pendapat yang kedua, Gangguan Pemusatan Perhatian merupakan gangguan perkembangan. Simpulan beberapa penelitian-penelitian terbaru yang dirangkum Castellanos (1999) adalah sebagai berikut:

- ADHD adalah murni gangguan psikiatris dan psikososial. ADHD dapat menjadi suatu faktor resiko untuk terjadinya gangguan-gangguan psikiatris dan psikososial lainnya.
- ADHD adalah gangguan perkembangan yang mencerminkan gangguan perkembangan saraf (*neurodevelopmental lag*).
- Sirkuit-sirkuit otak yang menjalankan fungsi eksekutif adalah kortek prefrontal, ganglia basalis dan serebelum. Lintasan-lintasan tersebut dimodulasi oleh berbagai neurotransmitter termasuk dopamine.
- Pada ADHD ditemukan peningkatan yang relatif dalam fungsi inhibisi dalam penyampaian impuls dibandingkan fungsi eksitasi, pesan-pesan impulsif juga meningkat dengan perkembangan maturasi otak. Proses maturasi ini sejajar dengan peningkatan konsentrasi dopamine di otak

- Konsentrasi dopamine lebih meningkat pada sebagian besar anak-anak laki-laki ADHD yang hiperaktif.
- Sirkuit prefrontal, terutama pada hemisfer kanan ditemukan pada pemeriksaan *neuroimaging*.

#### C.2.4. Diagnosis

##### C.2.4.1. Kriteria Diagnosis

Kriteria diagnosis Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas berdasarkan DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) adalah gejala yang dominan, gangguan atensi atau hiperaktif-impulsif atau campuran gangguan atensi hiperaktif- impulsif (*American Psychiatric Association*, 1994). Selengkapnya adalah sebagai berikut:

#### A. Kelompok 1) atau 2)

##### 1) Gangguan pemusatan perhatian (*Inattention*)

Sekurang-kurangnya enam dari gejala gangguan pemusatan perhatian ini muncul minimal dalam enam bulan terakhir:

- a. Sering gagal memberikan perhatian pada detil, atau kurang teliti dalam bekerja, tidak mengerjakan tugas sekolah atau tugas lainnya.
- b. Sering mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian dalam suatu tugas atau permainan.

c. Sering seakan tidak mendengar ketika dipanggil atau diajak

- d. Sering tidak mengikuti instruksi dan gagal dalam menyelesaikan tugas-tugas sekolah atau suatu pekerjaan (bukan berarti bersikap melawan atau tidak memahami instruksi).
- e. Sering mengalami kesulitan mengorganisasikan tugas dan aktivitas.
- f. Sering menghindari, tidak suka atau malas untuk tugas yang memerlukan pengendalian diri (misal dalam mengerjakan pekerjaan sekolah atau pekerjaan rumah).
- g. Sering kehilangan alat-alat untuk mengerjakan tugas atau aktivitas (misal : buku, mainan, peralatan dan lain-lain).
- h. Mudah terganggu dengan adanya stimulus dari luar/mudah beralih perhatiannya.
- i. Sering lupa terhadap kegiatan atau tugas rutin.

## 2) Hiperaktivitas-Impulsivitas

Sekurang-kurangnya enam dari gejala gangguan pemusatan perhatian ini muncul minimal dalam enam bulan terakhir.

### – Hiperaktivitas:

- a. Sering kaki dan tangan tidak bisa diam atau banyak bergerak di tempat duduk.
- b. Sering berdiri atau berjalan dalam situasi yang dituntut untuk duduk (di dalam kelas)

- c. Sering berlari-lari atau memanjat tanpa memperdulikan lingkungan (kelihatan gelisah).
- d. Mengalami kesulitan untuk bermain dengan tenang dan santai.
- e. Sering seakan selalu 'bergerak' atau seperti 'digerakkan' oleh mesin.
- f. Sering berbicara terlalu banyak.

– Impulsivitas:

- a. Sering menjawab sebelum pertanyaan selesai.
  - b. Sering tidak bisa menunggu giliran, baik dalam bermain maupun berbicara.
  - c. Sering menginterupsi orang lain (misalnya dalam percakapan atau permainan).
- B. Gejala hiperaktivitas-impulsivitas atau gangguan perhatian muncul sebelum umur 7 tahun.
- C. Gejala ini muncul dalam 2 atau lebih situasi (misal sekolah atau rumah).
- D. Harus ada bukti jelas gangguan klinis dalam fungsi sosial, akademis atau pekerjaan.
- E. Gejala tidak muncul bersama dengan gangguan perkembangan, skizofrenia, gangguan psikotik lain atau gangguan mental.

#### C.2.4.2. Klasifikasi

- a. Tipe kombinasi *attention deficit/hyperactivity disorder*, jika kriteria A 1) dan A 2) terjadi bersama-sama selama 6 bulan terakhir.
- b. Tipe *attention deficit/hyperactivity disorder* dengan dominasi gejala hiperaktivitas-impulsivitas, jika kriteria A 2) ditemukan dan terjadi selama 6 bulan terakhir.
- c. Tipe *inattentive*, jika kriteria A 1) ditemukan dan terjadi selama 6 bulan terakhir.

#### C.2.5. Diagnosis Banding

Bila seorang anak dirujuk karena dicurigai mengalami hiperaktivitas, yang pertama harus dilakukan adalah membedakan apakah hal itu patologis atau tidak. Selanjutnya apakah tingkat aktivitasnya itu merupakan hambatan untuk belajar atau bergaul, ataukah tingkah laku tersebut hanya mengganggu para guru dan orang tua. Dasar dari hiperaktivitasnya harus ditentukan dahulu sebelum langkah akhir penanganan ditentukan.

##### C.2.5.1. Anak Normal

Beberapa anak dianggap hiperaktif meskipun aktivitas mereka adalah rata-rata untuk batas umurnya. Para orang tua mungkin kurang toleran terhadap letupan motorik anaknya, atau mereka ingin memastikan bahwa tingkat aktivitas yang tinggi dari anak-anak tersebut masih dalam batas

#### C.2.5.2. Disfungsi Otak

Hiperaktifitas mungkin merupakan gejala dari susunan saraf pusat yang mengalami kerusakan atau gangguan fungsi. Tingkat aktivitasnya sendiri jarang menjadi hambatan bagi perkembangan, tetapi lebih sering berhubungan dengan menurunnya rentang perhatian, kekacauan, dan aktivitas tak bertujuan, yang semuanya itu merupakan hambatan belajar. Tanda-tanda lain dari disfungsi otak, imaturitas, atau kerusakan akan selalu dijumpai pada perjalanan gejala neurologik pada pemeriksaan fisik yang lengkap.

#### C.2.5.3. Problem-problem Psikologik

Meningkatnya tingkat aktivitas merupakan salah satu gejala bahwa anak, seperti juga orang dewasa, dapat memperlihatkan stres emosional. Hal ini mungkin situasional tetapi dapat juga merupakan adaptasi terhadap stres emosional yang kronis. Stres & situasional misalnya tanggapan anak terhadap situasi khusus seperti awal masuk sekolah atau beberapa tekanan mendadak seperti perpindahan rumah dan kekacauan keluarga. Pada tiap-tiap kasus akan selalu ada indikator-indikator psikiatrik dari kecemasan atau kekecewaan.

Kecemasan pada anak penting untuk dievaluasi. Kecemasan dapat menyertai hiperkinetik sebagai gambaran sekunder, dan kecemasan itu sendiri dapat dimanifestasikan dengan perilaku terdapat...

#### C.2.5.4. Hiperaktivitas Perkembangan

Istilah ini digunakan untuk menyebut anak-anak yang lebih aktif dari anak-anak sebayanya tetapi tidak ada tanda-tanda kelainan neurologik atau psikiatrik. Anak seperti ini tidak dapat dianggap sebagai overaktif dan bukan hiperaktif. Hiperaktivitasnya tidak dapat dianggap patologik melainkan pola temperamen atau tingkah laku yang berada dalam batas-batas normal.

#### C.2.5.5. Gangguan Tingkah Laku

Biasanya, gangguan tingkah laku dan hiperkinetik muncul bersamaan dan keduanya harus didiagnosis.

#### C.2.5.6. Gangguan Belajar

Gangguan belajar yang bermacam-macam harus dibedakan dari hiperkinetik, karena seorang anak mungkin tidak dapat membaca atau mengerjakan matematika yang disebabkan gangguan belajar, bukan karena gangguan pemusatan perhatian. Meski demikian hiperkinetik sering terjadi bersama-sama dengan satu atau lebih gangguan belajar, termasuk gangguan membaca, gangguan berhitung dan gangguan menulis.

### C. 3. Definisi Keluarga

Yang dimaksud dengan keluarga ialah suatu kumpulan individu yang terdiri dari kepala keluarga, disatu pihak serta anggota keluarga disihak lain

yang secara bersama – sama bertempat tinggal dalam satu rumah ( Azwar, 1996 ).

Tergantung dari pengertian anggota keluarga yang dianut maka keluarga dapat dibedakan atas dua macam. Pertama, keluarga inti jika anggota keluarga tersebut hanya terdiri dari pasangan kepala keluarga serta anak - anak turunan pertama saja. Kedua, keluarga besar jika ke dalam anggota keluarga termasuk para sanak saudara baik menurut garis vertikal (ibu, bapak, kakek, nenek, mantu, cucu, cicit) dan ataupun garis horizontal (kakak, adik, ipar). Di Indonesia kedalam pengertian keluarga besar dimasukkan pula pembantu yang bertempat tinggal dalam satu rumah.

#### **D. KEJADIAN GPP/H PADA ANAK DI PUSAT PENGAJIAN DAN PENGAMATAN TUMBUH KEMBANG ANAK ( P3TKA )**

Gangguan pemusatan perhatian merupakan gangguan tumbuh kembang anak unggulan perhatian P3TKA. Dari data yang berupa tabel didapat dari data rekam medik Pusat Pengkajian dan Pengamatan Tumbuh Kembang Anak ( P3TKA ) Yogyakarta, dimana pada tahun 2000 pada anak dengan usia 3 – 7 tahun yang menderita GPP/H ada 46 anak. Data – data pada tabel menunjukkan ada tidaknya faktor psikososial pada keluarga dengan anak

Tabel 1. Frekuensi Kejadian GPP/H Pada Anak di P3TKA tahun 2000

Unsur	n	%
1. Jenis Kelamin : n = 46		
~ Laki - laki	39	84,8
~ Perempuan	7	15,2
2. Unsur : n = 46		
~ 3 - 5 tahun	23	50
~ 6 - 7 tahun	23	50
3. Riwayat keluarga		
~ Ada / positif	5	10,9
~ Tidak ada / negatif	41	89,1
4. Pendidikan Orangtua		
~ Ayah < 9 tahun	1	2,2
~ Ayah > 9 tahun	45	97,8
~ Ibu < 9 tahun	1	2,2
~ Ibu > 9 tahun	45	97,8
5. Orangtua Bekerja / Tidak		
~ Ayah bekerja	45	97,8
~ Ibu bekerja	23	50
6. Pengasuhan Anak		
~ Orangtua	25	54,3
~ Pengganti orangtua	21	45,7
~ Orangtua tunggal	2	4,3
~ Orangtua lengkap	44	95,7
7. Penghasilan Orangtua		
~ < Rp 150.000	2	4,3
~ Rp 150.000 - Rp 300.000	4	8,7
~ Rp 300.000 - Rp 500.000	11	23,9
~ Rp 500.000 - Rp 750.000	8	17,4
~ Rp 750.000 - Rp 1.000.000	14	30,4
~ > Rp 1.000.000	7	15,2

Faktor keberadaan ibu dirumah atau tidak ditunjukkan dengan data ibu bekerja atau tidak, ditujukan untuk mengungkap sedikit segi kualitas kecerdasan hubungan ibu dan anak yang lebih penting dalam perkembangan sosial anak. Sedangkan penghasilan orangtua ditujukan untuk mengungkap segi ekonomi keluarga, yang mana ini perlu untuk pertimbangan dalam pengelolaan anak dengan GPP/H selanjutnya.

Pada tabel 1 didapat bahwa jumlah anak laki – laki yang didiagnosis GPP/H lebih besar daripada anak perempuan yaitu 84,8 %. Pada riwayat keluarga ada ( positif ) 10,9 %. Pendidikan orang tua anak dengan GPP/H terbanyak pada ayah yang berpendidikan lebih dari 9 tahun yaitu 97,8 % sedangkan ibu yang mempunyai anak dengan GPP/H yaitu ibu yang pendidikannya lebih dari 9 tahun ( 97,8 % ).

Anak dengan GPP/H yang ayahnya bekerja sebanyak 97,8 % ( keseluruhan dari jumlah anak yang terdiagnosis GPP/H ) sedang yang ibunya bekerja terdapat 50 %. Sedangkan pada pengasuhan anak yang pengasuhannya dengan orangtua lebih besar yaitu 97,4 % daripada dengan pengganti orangtua atau orangtua tunggal. Sedang anak dengan GPP/H yang orangtuanya mempunyai penghasilan Rp 750.000 – Rp 1.000.000 adalah yang terbanyak yaitu 30,4 %.