



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 330/MENKES/PER/II/2011**

TENTANG

**PEDOMAN DETEKSI DINI GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN
HIPERAKTIVITAS (GPPH) PADA ANAK SERTA PENANGANANNYA**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) pada anak harus mendapatkan penanganan yang sesuai untuk menurunkan prevalensinya;
- b. bahwa tidak semua tenaga kesehatan memahami masalah Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) pada anak;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) Pada Anak Serta Penanganannya;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN DETEKSI DINI GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH) PADA ANAK SERTA PENANGANANNYA.**

Pasal 1

Tujuan pengaturan Pedoman Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) Pada Anak Serta Penanganannya, agar tenaga kesehatan:

- a. memahami tentang anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH);
- b. dapat mendeteksi secara dini adanya Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH);
- c. dapat melakukan penanganan terhadap Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH); dan
- d. dapat melakukan rujukan pada saat yang tepat.

Pasal 2

Tenaga kesehatan yang mendeteksi dini dan menangani anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) harus mengacu pada Pedoman Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) Pada Anak Serta Penanganannya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

Pasal 3

Pedoman Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) Pada Anak Serta Penanganannya sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

Pasal 4

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.

Pasal 5

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 17 Februari 2011

MENTERI KESEHATAN,

ttd.

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 28 Pebruari 2011

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA,

ttd.

PATRIALIS AKBAR

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2011 NOMOR 107



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 330/MENKES/PER/II/2011

TENTANG

**PEDOMAN DETEKSI DINI GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN
HIPERAKTIVITAS (GPPH) PADA ANAK SERTA PENANGANANNYA**



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB I

PENDAHULUAN

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) merupakan suatu kondisi medis, yang ditandai oleh hiperaktivitas, ketidakmampuan memusatkan perhatian dan impulsivitas, yang terdapat secara persisten (menetap). Sebagian anak dapat menunjukkan gejala hiperaktif, yang lainnya menunjukkan gejala kesulitan memusatkan perhatian, dan ada pula yang menunjukkan impulsivitas, atau ketiga gejala tersebut terdapat secara bersamaan. Anak dengan GPPH jenis predominan ketidakmampuan memusatkan perhatian, seringkali tampak sebagai anak yang suka melamun, pasif dan sulit untuk ikut beraktivitas dengan teman-temannya.

GPPH adalah gangguan jiwa pada anak yang paling sering dijumpai di klinik maupun masyarakat. Dengan kemajuan ilmu pengetahuan khususnya di bidang kedokteran jiwa, sudah ditemukan cara mengatasi anak dengan GPPH, baik secara organobiologis, maupun psikoedukatif ataupun sosiokultural.

Selama ini belum banyak orang memahami keadaan tersebut. Banyak yang menganggap anak dengan GPPH merupakan anak yang nakal, bahkan mereka diperlakukan dengan keras dan sering dihukum, baik di rumah oleh orangtua, maupun di sekolah oleh guru atau di masyarakat. Hal ini tidak akan dapat menyelesaikan masalah dan bahkan membuat masalahnya bertambah berat.

Tidak mudah menjadi orangtua dari seorang anak dengan GPPH, mereka sering merasa lelah dan putus asa. Walau sudah banyak melakukan usaha untuk mengatasinya, namun mereka merasa sia-sia karena tidak mendapatkan hasil yang diharapkan. Orangtua juga sering merasa malu karena anaknya sering berbuat yang tidak pada tempatnya (misalnya mengacak-acak barang, bahkan merusak atau mengganggu anak lain).

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM), definisi GPPH telah mengalami beberapa kali perubahan sesuai dengan perubahan konsep tentang penyakit tersebut. Sesuai dengan DSM IV, terdapat tiga gejala utama yaitu *inattentiveness* atau tidak mampu memusatkan perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

Prevalensi GPPH tipe kombinasi lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi gangguan pemusatan perhatian saja atau hiperaktif saja (Lahey, 1990). Pada umumnya berbagai ahli mengemukakan prevalensi GPPH pada anak sekolah berkisar 3%-10% (Pineda D., *et al.*, 1999). Di Amerika Serikat para ahli mempunyai kesepakatan bahwa prevalensi GPPH adalah 3%-5% pada populasi anak (American Psychiatric Association, 1994). Berbagai penelitian terdahulu menunjukkan prevalensi gangguan ini berkisar dari 1% sampai 29,2% (Wang *et al.*, 1992). Di Jakarta, prevalensi GPPH diantara anak Sekolah Dasar 26,2% (Saputro D, 2004), proporsi terbesar adalah jenis gangguan tidak mampu memusatkan perhatian yaitu sebesar 15,9 %.

Anak dengan GPPH banyak dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk menjalani pemeriksaan dalam upaya menegakkan diagnosis dan mendapatkan penanganan yang sesuai. Namun tidak semua tenaga kesehatan di Rumah Sakit Umum (RSU), khususnya Kelas A dan Kelas B, dan Rumah Sakit Jiwa (RSJ) memahami masalah GPPH. Berdasarkan hal ini perlu disusun pedoman diagnosis dan terapi dini GPPH.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

BAB II PENGENALAN

GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH)

A. PENGERTIAN

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) adalah suatu kondisi medis yang ditandai oleh ketidakmampuan memusatkan perhatian, hiperaktif dan atau impulsif yang terdapat lebih sering dan lebih berat dibandingkan dengan anak-anak yang sebaya. Masalah ini terdapat secara menetap (persisten) dan biasanya menyebabkan kesulitan dalam kehidupan anak, baik di rumah, sekolah, atau dalam hubungan sosial antar manusia. Gejala yang tampil tidak sama pada semua anak, oleh karena itu masalah yang dihadapi juga berbeda. Sebagian anak dapat menunjukkan gejala hiperaktif, yang lainnya menunjukkan gejala kesulitan memusatkan perhatian, dan ada pula yang menunjukkan impulsivitas, atau ketiga gejala tersebut terdapat secara bersamaan. Gejalanya bervariasi, mulai dari ringan, sedang sampai berat.

Diperkirakan 3 – 7 dari 100 anak sekolah, menderita GPPH (American Psychiatric Association 2000). Ini berarti bahwa pada 40 murid dalam satu kelas, minimal satu orang mengalami GPPH. Anak dengan GPPH berusaha keras untuk mempertahankan perhatian dalam jangka waktu tertentu. Kadang-kadang mereka mengalami kesulitan dan menjadi sangat mengganggu. GPPH berdampak pada semua aspek dari kehidupan anak, mempengaruhi keadaan psikologis, sosial dan pencapaian akademik. Gejala GPPH sering mulai tampak pada usia pra sekolah atau usia sekolah. Gejala dapat berlanjut sampai remaja dan bahkan juga sampai dewasa. Oleh karena itu GPPH perlu dideteksi dan ditangani secara dini.

Berdasarkan sebagian besar riset medis di Amerika Serikat dan di Negara lainnya, GPPH merupakan suatu gangguan yang kronik dan sudah ditemukan terapi yang efektif untuk mengurangi masalah, namun belum ada terapi yang dapat mengobati secara tuntas.

B. ETIOLOGI

Sampai sekarang ini belum ditemukan penyebab utama GPPH, berbagai faktor berperan terhadap terbentuknya gangguan tersebut.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

Pada umumnya yang memegang peranan utama adalah faktor bawaan, khususnya genetik, namun masalah saat hamil, melahirkan, menderita sakit parah pada usia dini serta racun yang ada di sekeliling kita memperbesar risiko terjadinya gangguan ini. Kesemua faktor ini berinteraksi satu sama lain yang dapat memperberat GPPH (bio-psiko-sosial).

Faktor psikososial berpengaruh terhadap perjalanan penyakit dan prognosis dari gangguan tersebut. Kondisi psikososial yang buruk berpengaruh besar terhadap interaksi anak dengan orangtua, sehingga masalah psikososial yang timbul akibat gangguan ini akan semakin kompleks.

1. Faktor Genetik

GPPH terkait dengan genetik karena sering terdapat dalam keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa 25% keluarga dekat dari anak yang menderita GPPH, juga menderita GPPH. Penelitian pada anak kembarpun menunjukkan adanya kaitan genetik yang kuat. Sampai saat ini belum dapat dibuktikan adanya kromosom abnormal sebagai penyebab gangguan ini. Walaupun GPPH sangat terkait dengan faktor bawaan, namun kemungkinan besar gangguan ini disebabkan oleh faktor heterogen.

2. Faktor Neurologik (kerusakan dalam otak)

Pengetahuan tentang struktur otak, telah membantu para peneliti untuk memahami GPPH. Rutter berpendapat bahwa GPPH disebabkan oleh gangguan pada fungsi otak, karena didapatkan defisit aktivasi yang disebabkan adanya patologi di area prefrontal dan/atau sagital frontal pada otak dengan predominasi pada korteks otak. Adanya kerusakan otak merupakan risiko tinggi terjadinya gangguan jiwa, termasuk GPPH. Kerusakan otak pada janin dan neonatal paling sering disebabkan oleh kondisi hipoksia.

Pada tahun 2002 *National Institute of Mental Health* di Amerika melakukan penelitian terhadap 152 anak laki-laki dan perempuan yang menderita GPPH dibandingkan dengan 139 anak normal dengan umur yang sama. Dilakukan pemindaian (*scanning*) pada otak kedua kelompok, minimal sebanyak 2 kali. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa anak yang menderita GPPH mempunyai otak yang lebih kecil 3 – 7% pada beberapa bagian bila dibandingkan dengan otak anak normal.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 5 -

3. Faktor Neurotransmitter

Neurotransmitter yang diperkirakan berkaitan dengan terjadinya GPPH antara lain nor-epinefrin dan dopamin.

4. Faktor Psikososial

Faktor psikososial bukan merupakan penyebab namun dapat berpengaruh pada perjalanan penyakit dan prognosis gangguan ini.

5. Faktor Lingkungan

Berbagai toksin dari lingkungan yang dianggap sebagai penyebab GPPH antara lain:

- Rokok dan alkohol
Penelitian menunjukkan adanya kemungkinan hubungan antara merokok dan minum alkohol selama kehamilan dan risiko terjadinya GPPH. Oleh karena itu sebaiknya selama kehamilan jangan merokok atau minum alkohol
- Konsentrasi timbal (Pb) yang tinggi dalam tubuh anak prasekolah juga merupakan risiko tinggi terhadap terjadinya GPPH. Timbal biasanya banyak terdapat pada cat, asap knalpot, bensin dll.

6. Trauma Otak

Beberapa anak yang mengalami kecelakaan dan trauma otak mungkin menunjukkan beberapa gejala yang sama dengan perilaku penderita GPPH, namun hanya sedikit penderita GPPH yang mempunyai riwayat trauma otak.

7. Gula dan Zat Tambahan Pada Makanan (Aditif)

Pada Tahun 1982 *The National Institute of Health America* menyatakan bahwa pembatasan diet hanya menolong 5% dari anak penderita GPPH, umumnya hanya pada anak yang alergi terhadap gula/zat tambahan.

C. MASALAH YANG SERING DIALAMI OLEH ANAK DENGAN GPPH

Anak yang menderita GPPH tidak saja menimbulkan masalah belajar di sekolah, tapi juga mengalami masalah dalam semua aspek kehidupan, yaitu dalam bidang sosial, olahraga, kegiatan dengan anak lain, dan hubungan dalam keluarga. Agar dapat memahami anak, kita harus melihat kesulitan yang dialaminya dalam segala bidang.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 6 -

Anak dengan GPPH dapat mengalami:

1. Kesulitan dalam bidang sosial (kurang matang, hubungan dengan teman sebaya buruk)

Anak dengan GPPH seringkali mengalami kesulitan berhubungan dengan teman sebaya. Mereka mungkin lebih memilih bermain dengan anak yang lebih muda atau sama sekali tidak bermain dengan semua anak. Beberapa anak dengan GPPH sering merasa malu atau mengalami kegagalan mengendalikan dirinya. Mereka hanya ingin melakukan apa yang mereka inginkan dan dengan caranya sendiri. Mereka terlihat *bossy* dan tidak dapat diduga.

Anak dengan GPPH memiliki kesulitan memproses informasi, termasuk bahasa (baik kata-kata maupun tulisan). Ini mengakibatkan mereka sering salah persepsi terhadap maksud orang lain dan dalam menanggapi pelajaran di sekolah.

Beberapa anak dengan GPPH sulit mengikuti dan mematuhi norma sosial sehingga mengalami hambatan dalam mengembangkan keterampilan sosial. Mereka tidak mampu memberikan respons yang tepat terhadap rangsangan yang datang dari lingkungan sekitar.

2. Masalah emosional

Anak dengan GPPH seringkali merasa frustrasi dan terlihat tidak bahagia. Mereka sering mengalami kegagalan, oleh karena itu mereka merasa tak adekuat, nakal dan malas. Mereka sering berpikir bahwa mereka bodoh, karena tidak pintar di sekolah. Perasaan ini dapat menyebabkan mereka menjadi reaktif, sehingga menimbulkan konflik.

Mereka menginternalisasi perasaan mereka sehingga menjadi depresif. Banyak anak dengan GPPH yang tidak ditangani dengan baik, memiliki rasa percaya diri yang kurang dan citra diri yang buruk sehingga dapat terjadi perilaku berisiko tinggi seperti kenakalan remaja, penyalahgunaan NAPZA dan tawuran.

Sebagian anak yang menderita GPPH memanipulasi dunianya untuk menghindari situasi yang stres seperti membaca atau mengerjakan matematika, atau apapun yang menyebabkan mereka sulit berkonsentrasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 7 -

Contohnya mereka bisa menjadi "badut kelas" atau melakukan hal lain yang menyebabkan mereka dikeluarkan dari kelas.

3. Konflik dalam keluarga

Orang tua dapat menjadi frustrasi dalam usahanya untuk memahami atau menolong anaknya. Sulit bagi orangtua untuk menerima kenyataan bahwa mereka memiliki anak dengan GPPH, atau mereka memungkiri adanya masalah tersebut. Bahkan ketika orangtua sudah dapat memahaminya, mereka masih akan tetap marah mengapa hal ini terjadi pada dirinya, atau memikirkan apa yang menyebabkan hal ini terjadi, sehingga saling menyalahkan di antara suami dan isteri. Orangtua sering merasa malu karena berpikir bahwa teman dan relasinya tidak memahami anak dengan GPPH. Mereka sering menyalahkan diri sendiri karena tidak dapat mengendalikan sikap anaknya. Butuh waktu untuk menerima dan belajar untuk mengatasi perasaan ini.

Anggota keluarga sering sekali berbeda pendapat mengenai cara yang terbaik dalam membesarkan anak dengan GPPH. Ada yang mengatakan harus dilakukan dengan tegas, sementara yang lainnya lebih memilih dengan pengertian dan permisif.

Adik dan kakak akan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan saudara mereka yang menderita GPPH, khususnya jika mereka tidak memahami mengapa saudaranya berlaku seperti itu. Mereka mungkin saja marah terhadap orangtua tentang standar ganda: "Kenapa kalau dia melakukannya tidak terkena hukuman, sedangkan ketika saya melakukannya, saya dihukum?" Anak yang lain mungkin akan merasa bersalah. Mereka selalu diperintah agar lebih pengertian dan menerima, sementara itu mereka merasa marah dengan kelakuan saudara mereka serta perhatian dari orangtua yang berlebihan. Banyak anak yang tidak mau mengundang teman-temannya ke rumah karena mereka takut dan malu akan sikap saudaranya yang menderita GPPH.

D. KOMORBIDITAS GPPH

Gangguan yang seringkali menyertai GPPH adalah:

1. Kesulitan belajar

Sekitar 10 – 90% anak yang menderita GPPH juga mengalami kesulitan belajar spesifik.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 8 -

Pada usia prasekolah hal ini meliputi kesulitan dalam mengerti bunyi atau kata-kata tertentu dan/atau kesulitan dalam mengekspresikan diri sendiri dalam bentuk kata-kata. Pada usia sekolah, anak-anak tersebut mungkin mengalami kesulitan membaca atau mengeja, mengalami gangguan menulis dan gangguan berhitung. Pada anak GPPH pencapaian prestasi akademik tidak sesuai dengan potensi kecerdasannya (*underachievement*)

Kesulitan belajar yang ditemukan pada anak dengan GPPH, lebih banyak berkaitan dengan kesulitan berkonsentrasi, daya ingat dan fungsi eksekutif daripada berkaitan dengan *dyslexia*, *dysgraphia* atau *dyscalculia* yang juga menimbulkan kesulitan belajar spesifik.

2. Sindroma Tourette

Sejumlah kecil anak dengan GPPH juga mengalami gangguan neurologis yang disebut sindroma Tourette. Orang dengan Tourette, juga mengalami tics dan gerakan-gerakan aneh yang berulang, misalnya mengedip-ngedipkan mata atau menggerak-gerakkan otot muka seperti menyeringai. Yang lainnya mungkin mendehem berulang kali seperti membersihkan tenggorokan dari lendir, mendengus, mendengkur, atau mengeluarkan suara seperti menggonggong. Keadaan ini dapat diatasi dengan memberikan obat atau medikasi. Walaupun hanya sedikit anak dengan GPPH yang mengalami sindroma ini, namun banyak kasus sindroma Tourette berkaitan erat dengan GPPH. Pada kasus demikian, kedua gangguan tersebut seringkali membutuhkan pengobatan.

3. Gangguan perilaku menentang (*oppositional defiant disorders*)

Sepertiga sampai setengah dari anak dengan GPPH yang umumnya laki-laki, mengalami gangguan perilaku menentang, yaitu pola perilaku negatif, menentang dan bermusuhan (*hostile*). Gejalanya meliputi kehilangan kendali diri, bertengkar (khususnya dengan orang dewasa), tidak mematuhi peraturan, sangat mengganggu dan menyalahkan orang lain. Individu ini juga pemarah, mudah tersinggung, mungkin juga pendendam. Dengan penanganan yang komprehensif, gejala tersebut banyak berkurang dan bahkan menghilang.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 9 -

4. Gangguan tingkah laku (*conduct disorders*)

Sekitar 20 – 40% dari anak dengan GPPH juga mengalami gangguan tingkah laku yang lebih serius dari pada perilaku anti sosial. Anak ini sering berbohong atau mencuri, berkelahi atau memperdaya orang lain. Anak sering menimbulkan kesulitan di sekolah atau berurusan dengan polisi. Dia sering melanggar hak asasi orang lain, agresif terhadap orang atau binatang, merusak milik orang lain, membawa atau menggunakan senjata tajam atau terlibat perilaku merusak lingkungan (*vandalisme*). Anak usia remaja berisiko untuk terlibat dengan NAPZA, yang dapat berlanjut dengan penyalahgunaan dan ketergantungan. Mereka ini membutuhkan pertolongan segera.

5. Ansietas dan depresi

Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif sering kali juga terjadi bersamaan dengan ansietas dan depresi. Jika ansietas atau depresi dapat dikenali dan diterapi, anak akan lebih mampu mengatasi masalah yang menyertai GPPH. Sebaliknya terapi yang efektif terhadap GPPH dapat memberikan dampak yang positif terhadap ansietas dan depresi, sehingga mereka lebih mampu berinteraksi dengan sesama dan dapat menyelesaikan tugas akademiknya dengan lebih baik.

Ansietas adalah kecemasan yang berlebihan yang sulit dikendalikan. Gejalanya meliputi: perasaan gelisah, mudah lelah, susah berkonsentrasi, mudah tersinggung, gangguan tidur, serta keluhan somatik seperti otot tegang, berdebar-debar, berkeringat, gemetar.

Depresi adalah perasaan sedih, merasa bersalah dan gangguan tidur. Terdapat beberapa jenis depresi, dan yang sering menyertai GPPH adalah jenis *Distimia* dengan gejala depresi yang berkepanjangan (lebih dari satu tahun) seperti: gangguan makan (susah makan atau terlalu banyak makan), susah tidur atau terlalu banyak tidur, tidak bertenaga, harga diri (*self esteem*) rendah, sulit berkonsentrasi dan merasa putus asa.

6. Gangguan bipolar

Tidak ada angka akurat yang menunjukkan banyaknya penderita GPPH yang mengalami gangguan bipolar.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 10 -

Kadang-kadang sulit untuk membedakan GPPH dengan gangguan bipolar pada masa kanak. Dalam bentuk klasik, gangguan bipolar ditandai oleh mood yang sangat meningkat pada saat manik dan sangat menurun pada saat depresi. Pada masa kanak, gangguan bipolar sering tampil dalam bentuk disregulasi mood yang kronis dengan campuran elasi, depresi dan iritabilitas.

Selanjutnya ditemukan beberapa gejala yang terdapat baik pada GPPH, maupun gangguan bipolar, seperti: energi yang berlebihan dan kebutuhan tidur yang berkurang. Gejala karakteristik yang membedakan GPPH dengan gangguan bipolar pada anak adalah elasi mood dan terdapatnya ide-ide kebesaran pada gangguan bipolar.

7. Autisme

Autisme merupakan gangguan perkembangan otak yang dikenal juga dengan Gangguan Spectrum Autisme (ASD). Autisme ditandai dengan adanya gangguan dan keterlambatan dalam bidang kognitif, bahasa, perilaku, komunikasi dan interaksi sosial. Keadaan ini sudah dapat terlihat sejak sebelum anak berusia 3 tahun.

ASD seringkali terdapat bertumpang tindih dengan GPPH. Anak yang menderita ASD seringkali menunjukkan gejala hiperaktif, sulit berkonsentrasi dan impulsif, sebaliknya anak yang menderita GPPH juga sering mengalami gangguan interaksi sosial.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 11 -

BAB III

DETEKSI DINI DAN DIAGNOSIS GPPH

Pada kehidupan sehari-hari di sekolah dan di rumah, anak yang mengalami GPPH tidak disadari oleh orang tua dan guru sebagai anak yang perlu segera ditolong untuk mengatasi gangguan tersebut. Sebagian besar masyarakat menganggap gangguan tersebut sebagai perilaku buruk yang tidak dapat diterima oleh lingkungannya.

Pedoman deteksi dan diagnosis GPPH ini disusun berdasarkan bukti ilmiah dan konsensus yang telah disepakati oleh para ahli. Pedoman ini dapat digunakan untuk semua anak usia pra sekolah (3-4 tahun) sampai usia remaja (17 tahun). Istilah yang dipakai dalam pedoman ini sesuai dengan DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001).

A. GEJALA UTAMA GPPH

GPPH adalah gangguan perilaku yang timbul pada anak dengan pola gejala *restless* atau tidak bisa diam, *inattentive* atau tidak dapat memusatkan perhatian dan perilaku impulsif. Secara umum pola gejala tersebut pada awalnya dikenal sebagai hiperaktivitas pada anak. Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM), definisi GPPH telah mengalami beberapa kali perubahan sesuai dengan perubahan konsep tentang penyakit tersebut.

Sesuai dengan DSM IV, terdapat tiga gejala utama yaitu *inattentiveness* atau tidak mampu memusatkan perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas.

1. Tidak Mampu Memusatkan Perhatian (*Inattentiveness*)

Sesuai dengan definisi, penderita GPPH menunjukkan kesulitan memusatkan perhatian dibandingkan dengan anak normal dengan umur dan jenis kelamin yang sama. Orangtua atau guru sering mengemukakan masalah konsentrasi atau pemusatan perhatian dengan istilah, seperti: melamun, tidak dapat berkonsentrasi, kurang konsentrasi, sering kehilangan barang barang, perhatian mudah beralih, belum dapat menyelesaikan tugas sendiri, kalau belajar harus selalu ditunggu, sering bengong, mudah beralih dari satu kegiatan ke kegiatan yang lain, lambat dalam menyelesaikan tugas.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 12 -

Pemusatan perhatian adalah suatu kondisi mental yang berupa kewaspadaan penuh atau *alertness*, sangat berminat atau *arousal*, selektivitas, perhatian terus-menerus atau *sustained attention*, rentang perhatian atau *span of attention*. Anak yang menderita gangguan ini mengalami kesulitan yang besar untuk dapat memiliki daya dan upaya terus-menerus atau perhatian terus-menerus dalam menyelesaikan tugas. Kesulitan tersebut kadang-kadang dapat dijumpai pada waktu anak sedang bermain, yaitu perhatian terhadap satu mainan sangat singkat dan sangat mudah beralih dari satu mainan ke mainan yang lain. Kondisi ini paling sering dilihat pada waktu anak harus menyelesaikan tugas yang membosankan, kurang menarik, atau tugas yang diulang-ulang, seperti menyelesaikan pekerjaan sekolah dan menyelesaikan pekerjaan rumah.

Masalah utama yang terjadi pada kondisi ini adalah terjadinya penurunan persistensi upaya atau berkurangnya respons terhadap tugas secara terus-menerus akibat pengaruh dari dalam diri anak itu sendiri, bukan karena pengaruh rangsangan atau sangat sedikit pengaruh dari luar.

2. Hiperaktivitas

Gangguan ini memiliki karakteristik utama yaitu aktivitas yang sangat berlebihan atau tidak sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik aktivitas motorik maupun vokal. Hiperaktivitas paling sering dijumpai sebagai kegelisahan, tidak bisa diam atau *restless*, tangan dan kaki selalu bergerak atau *fidgety*, tubuh secara menyeluruh bergerak tidak sesuai situasi. Gerakan gerakan tersebut seringkali tanpa tujuan, tidak sesuai dengan tugas yang sedang dikerjakan atau situasi yang ada.

Orangtua atau guru sering mengungkapkan anak dengan hiperaktivitas sebagai tidak dapat duduk diam, tidak bisa diam, nge-gratak, lasak, banyak bicara, berlari-lari dan memanjat manjat berlebihan, di dalam kelas selalu berjalan jalan, dan banyak ngobrol dengan teman, sering menyeletuk. Pada berbagai penelitian ditunjukkan bahwa gerakan pergelangan tangan, pergelangan kaki dan gerakan seluruh tubuh lebih banyak dibandingkan dengan yang normal (Barkley dan Ullman, 1975, Barkley dan Cunningham, 1979).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 13 -

Gejala ini sangat berfluktuasi yang menunjukkan adanya kegagalan mengatur tingkat aktivitas sesuai dengan situasi atau tuntutan tugas (Routh, 1978).

Gejala hiperaktivitas bukan merupakan gejala yang terpisah dari impulsivitas. Berbagai penelitian terhadap gejala ini dengan pengukuran objektif ataupun skala penilai perilaku, tidak didapatkan bukti bahwa hiperaktivitas merupakan faktor atau dimensi yang terpisah dari impulsivitas. Barkley berpendapat bahwa dalam konseptualisasi gangguan ini dan penetapan gejala klinis, psikopatologi hiperaktif-impulsif di antara tiga karakteristik utama gangguan ini lebih penting daripada tidak mampu memusatkan perhatian (Barkley, 1998), sehingga ia berpendapat bahwa *poor self regulation* dan *inhibition of behavior* merupakan dua hal yang berbeda pada gangguan ini.

3. Perilaku Impulsif (*Impulsiveness*)

Anak yang menderita GPPH pada umumnya tidak mampu menghambat tingkah lakunya pada waktu memberikan respons terhadap tuntutan situasional dibandingkan dengan anak normal pada umur dan jenis kelamin sama. Kondisi ini seringkali disebut sebagai impulsivitas. Seperti halnya dengan gejala tidak mampu memusatkan perhatian, gejala ini juga merupakan kondisi multi dimensional. Gejala impulsivitas dapat berupa tingkah laku kurang terkendali, tidak mampu menunda respons, tidak mampu menunda pemuasan, atau menghambat *prepotent response* atau respons yang sangat mendesak (Barkley, 1997).

Gambaran klinis anak yang menderita gangguan ini sering dilaporkan terlalu cepat memberikan respons, terlalu cepat memberikan jawaban sebelum pertanyaan selesai ditanyakan. Sebagai akibatnya ia sering melakukan kesalahan yang seharusnya tidak perlu terjadi. Anak ini juga tidak mampu mempertimbangkan akibat buruk atau akibat yang merugikan dari keadaan di sekitarnya atau perilakunya, sehingga ia terlalu sering mengambil risiko yang tidak perlu. Orangtua atau guru sering mengungkapkan gejala impulsivitas sebagai sering usil, sering mengganggu anak lain, sering *menyelak* dalam pembicaraan orang lain, sering tidak sabar, cepat bosan, sering tidak dapat menunggu giliran, sering gusar bila keinginannya tidak terpenuhi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 14 -

Gejala impulsivitas ini sering tampak sebagai "mengambil jalan pintas" dalam menyelesaikan tugas. Kalau berbicara sering "asal berbicara" tidak menghiraukan perasaan orang lain atau konsekuensi sosial yang terjadi.

Anak dengan gejala ini dalam pandangan kebanyakan orang memberikan kesan tidak bertanggung jawab, tidak dapat mengendalikan diri, kekanak-kanakan, tidak dewasa, mementingkan diri sendiri, malas, tidak sopan atau nakal, sehingga sering mendapatkan hukuman, kritikan, teguran, atau dikucilkan oleh orang dewasa atau teman sebaya.

B. DETEKSI DINI GPPH

Setiap kali melakukan pemeriksaan atau penilaian kesehatan jiwa, petugas klinik (dokter, psikolog, psikiater, perawat kesehatan jiwa) harus melakukan penapisan (skrining) terhadap GPPH. Secara spesifik mengajukan pertanyaan tentang gejala utama GPPH (tidak mampu memusatkan perhatian, hiperaktifitas dan impulsivitas), serta menanyakan apakah gejala tersebut menimbulkan kegagalan dalam fungsi kehidupan sesuai dengan tugas perkembangan anak normal. Pertanyaan penapisan ini harus ditanyakan tanpa memandang apa yang menjadi keluhan utamanya.

Skala penilai perilaku (*rating scale*) atau kuesioner yang spesifik yang terdiri dari daftar gejala GPPH sesuai dengan DSM dapat dijadikan bahan untuk diisi atau dijawab oleh petugas kesehatan/orang tua/guru di setiap klinik sebelum dilakukan pemeriksaan dan evaluasi secara lengkap. Apabila laporan dari orang tua/pasien menunjukkan adanya gejala GPPH dan menimbulkan kegagalan fungsi atau apabila nilai total skor dari skala penilaian perilaku melampaui batas cutoff score, maka anak tersebut dapat dideteksi sebagai anak berisiko tinggi terjadinya GPPH, dan selanjutnya di rekomendasikan untuk mendapatkan pemeriksaan dan evaluasi lebih lanjut.

C. SKALA PENILAI PERILAKU ANAK HIPERAKTIF INDONESIA (SPPAHI)

Skala ini dikembangkan oleh DR.dr.Dwidjo Saputro,Sp.KJ di Indonesia tahun 2004. Skala ini dikembangkan karena sesuai dengan kondisi psikopatologi anak ADHD dan persepsi orangtua tentang gejala ADHD di Indonesia.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 15 -

Skala ini dapat digunakan sebagai alternatif instrumen deteksi dini di samping skala yang lain (skala Corner yang terdiri 10 item).

**Skala Penilaian Perilaku Anak Hiperaktif Indonesia (SPPAHI)
Indonesian ADHD Rating Scale (IARS)**

Petunjuk Pengisian :

Di bawah ini ada butir-butir masalah perilaku pada anak. Silahkan isi tiap butir menurut perilaku anak/murid dalam periode enam bulan terakhir. Pada setiap butir, tanyakan pada diri anda “Berapa banyak masalah ini terjadi dalam enam bulan terakhir?”, dan beri tanda (□) pada salah satu kolom yang paling tepat. Jika sama sekali tidak atau sangat jarang, anda dapat memberi tanda (□) pada kolom 1. Jika selalu demikian, anda dapat memberi tanda (□) pada kolom 4. Anda dapat memberi tanda (□) kolom 2 untuk kadang-kadang. Dan kolom 3 untuk seringkali. Mohon semua butir diisi

		Tidak Pernah sama sekali (1)	Kadang- kadang (2)	Sering (3)	Sangat Sering (4)
1	Sering sulit mempertahankan perhatian pd waktu melaksanakan tugas atau kegiatan bermain				
2	Sering berlari-lari atau memanjat secara berlebihan pd situasi yg tidak sesuai utk hal tsb				
3	Gagal menyelesaikan sesuatu yg telah dimulai				
4	Gagal memberi perhatian kepada hal hal kecil atau ceroboh dalam menyelesaikan tugas sekolah				
5	Sering seolah olah tidak memperhatikan orang pada waktu diajak berbicara				



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 16 -

		Tidak Pernah sama sekali (1)	Kadang- kadang (2)	Sering (3)	Sangat Sering (4)
6	Sering lambat dalam menyelesaikan tugas di sekolah (mencatat, menyalin, mengerjakan soal)				
7	Kemampuan sosialisasi buruk				
8	Sering lupa tentang segala sesuatu yang telah dipelajari				
9	Menghindari, enggan atau mengalami kesulitan melaksanakan tugas tugas yang membutuhkan ketekunan yang berkesinambungan				
10	Mebutuhkan bimbingan penuh utk dpt menyelesaikan tugas				
11	Mengalami kesulitan bermain atau melaksanakan kegiatan dgn tenang diwaktu senggang				
12	Mudah terangsang dan impulsif (bertindak tanpa berpikir)				
13	Sering melontarkan jawaban secara terburu buru thd pertanyaan yang belum selesai ditanyakan				
14	Meninggalkan tempat duduk di kelas atau situasi lain di mana diharapkan untuk tetap duduk diam				
15	Mengalami kesulitan utk antri atau menunggu giliran dlm bermain atau situasi kelompok				
16	Sering perhatiannya mudah terpecah atau terbagi				



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 17 -

		Tidak Pernah sama sekali (1)	Kadang- kadang (2)	Sering (3)	Sangat Sering (4)
17	Mudah tersinggung dan terganggu oleh orang lain				
18	Tidak mampu menyelesaikan pekerjaan dgn baik tanpa bantuan orang lain				
19	Tidak dapat menyelesaikan tugas sesuai dgn waktunya				
20	Tidak dapat mengikuti perintah secara berurutan				
21	Perhatiannya mudah beralih ketika diberi petunjuk utk mengerjakan sesuatu				
22	Perhatiannya sering mudah dialihkan oleh rangsangan dari luar				
23	Sering ceroboh atau tidak teliti dlm menyelesaikan tugas				
24	Tidak pernah bisa diam, tidak mengenal lelah				
25	Sering menghilangkan benda benda yang diperlukan utk menyelesaikan tugas atau kegiatan lain				
26	Sering seperti tidak mendengarkan pd waktu diajak berbicara secara langsung				
27	Sering gagal menyelesaikan tugas				
28	Selalu dlm keadaan “siap gerak” atau aktivitasnya spt digerakkan oleh mesin				
29	Sulit dikendalikan pada saat berada di Mal atau sedang berbelanja				



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 18 -

		Tidak Pernah sama sekali (1)	Kadang- kadang (2)	Sering (3)	Sangat Sering (4)
30	Sering menyela atau memaksakan diri thd orang lain (misalnya memotong, menyela percakapan atau mengganggu permainan)				
31	Sering usil, mengganggu anak lain di dalam kelas				
32	Terlalu aktif atau aktifitas berlebihan				
33	Tidak mampu mengikuti petunjuk dan gagal menyelesaikan tugas sekolah (tidak disebabkan oleh tingkah laku/sikap menentang atau kegagalan utk memahami petunjuk)				
34	Tidak bisa duduk diam (kaki dan tangannya tidak bisa diam atau selalu bergerak)				
35	Sering “bengong”, pada waktu melaksanakan tugas				

Penilaian SPPAHI:

- Jawaban setiap butir pertanyaan diberi nilai 0-3
- Nilai 0 = jawaban pada kolom 1 (sama sekali tidak atau sangat jarang)
- Nilai 1 = jawaban pada kolom 2 (kadang-kadang)
- Nilai 2 = jawaban pada kolom 3 (sering)
- Nilai 3 = jawaban pada kolom 4 (selalu)
- Total nilai = 0 -105

Cut off Score:

- Pemeriksa Orang Tua > 30
- Pemeriksa Guru > 29
- Pemeriksa Dokter > 22



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 19 -

Anak dengan skor SPPAHI lebih besar dari cut off score dinyatakan berisiko tinggi mengalami GPPH. Anak yang berisiko tinggi dianjurkan untuk segera dilakukan pemeriksaan lebih lanjut sesuai dengan prosedur pemeriksaan anak dengan GPPH.

C. DIAGNOSIS GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN /HIPERAKTIVITAS

1. PEMERIKSAAN DAN PENILAIAN TERHADAP ANAK DENGAN GPPH

Pemeriksaan dan penilaian terhadap anak pra sekolah, anak usia sekolah dan remaja untuk GPPH wawancara klinis dengan orang tua/pengasuh; untuk memperoleh keterangan lengkap tentang pasien, yaitu tentang keadaan pasien dalam melaksanakan tugasnya di sekolah maupun di rumah, menilai adanya kondisi komorbid, dan memperoleh riwayat keluarga, sosial dan kesehatan/penyakitnya.

Susunan urutan (algorithm) pemeriksaan ADHD :

- a. Rujukan datang dari sekolah atau keluarga/orang tua
- b. Penilaian/observasi perilaku anak berdasarkan kuesioner untuk orang tua /guru (SPPAHI, Conner's Teacher Rating Scale/Conner's Parent rating Scale),
- c. Dirujuk kepada Psikiater anak atau Dokter spesialis anak atau keduanya untuk dilakukan pemeriksaan :
 - 1) Pemeriksaan fisik :
 - skrining terhadap keracunan timah hitam, anemia defisiensi Fe, dan defisiensi nutrisi lainnya
 - pemeriksaan neurologik lengkap, termasuk tes perseptual motorik untuk menyingkirkan defisit neurologik fokal
 - pemeriksaa fungsi kelenjar gondok
 - 2) Wawancara riwayat penyakit :
 - riwayat antenatal dan peri natal;
 - riwayat perkembangan psikomotorik
 - riwayat ritme tidur
 - riwayat keluarga
 - riwayat sekolah (rapor, skrining potensi – prestasi)
 - riwayat medik terutama trauma kepala, infeksi, alergi dan neurologik
 - 3) Pemeriksaan inteligensi, kesulitan belajar dan sindrom otak organik :
 - Tes Inteligensi (Weschler Intelligence Scale for Children)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 20 -

- Tes Woodcock – Johnson
- 4) Pemeriksaan psikometrik/kognitif – perseptual :
 - Continuous Performance Test (Test of Variable of Attention/TOVA)
 - Wisconsin Card Sort
 - Stroop Color Word Test
- 5) Evaluasi situasi rumah untuk melihat ada atau tidaknya pengaruh faktor lingkungan
- 6) Apabila hasil pemeriksaan sesuai dengan kriteria diagnosis ADHD (berdasarkan DSM-IV atau PPDGJ III/ICD-10) segera dimulai pengobatan dengan psikostimulan.
- 7) Pemeriksaan dan monitor efek samping pengobatan, efektifitas pengobatan setiap 3 bulan. Pengobatan dengan farmakoterapi yang lain dapat dipertimbangkan.

Pemeriksaan dan penilaian terhadap anak pra sekolah, anak usia sekolah dan remaja untuk GPPH wawancara klinis dengan orang tua/pengasuh; untuk memperoleh keterangan lengkap tentang pasien, yaitu tentang keadaan pasien dalam melaksanakan tugasnya di sekolah maupun di rumah, menilai adanya kondisi komorbid, dan memperoleh riwayat keluarga, sosial dan kesehatan/penyakitnya.

Riwayat keluarga dan keadaan fungsi keluarga harus dinilai secara lengkap. Seperti diketahui GPPH adalah kondisi yang memiliki heritabilitas tinggi dan prevalensi GPPH yang tinggi didapatkan diantara keluarga penderita, yaitu orang tua maupun saudara sekandungnya. Riwayat keluarga terhadap terjadinya gangguan psikiatrik lainnya (gangguan afektif, gangguan cemas, gangguan tic, atau gangguan perilaku) dapat menolong untuk memahami kemungkinan terjadinya komorbiditas penyakit. Pemeriksa juga harus mendapatkan riwayat lengkap tentang kondisi perinatal, tahapan perkembangan anak (*developmental milestone*), riwayat penyakit terdahulu dan riwayat kesehatan jiwa (terutama pengobatan psikiatrik sebelumnya)

Wawancara yang dilakukan terhadap remaja harus dilakukan secara terpisah dari orang tuanya, karena seringkali gejala tertentu seperti penyalahgunaan obat, depresi, bunuh diri, tidak diperoleh bila orang tua hadir bersama pasien.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 21 -

Pemeriksa harus melakukan wawancara yang rinci terhadap orangtua tentang setiap gejala GPPH sesuai dengan DSM-IV, yaitu terdapat 18 gejala GPPH. Setiap gejala harus ditanyakan tentang ada/tidak adanya, berapa lama gejala tersebut telah terjadi, sejak kapan, seberapa berat, dan seberapa sering. Usia mulai terjadinya gejala juga harus ditanyakan.

Pada saat ini kriteria diagnosis dan karakteristik utama GPPH yang digunakan sebagai pedoman dalam pendidikan dokter dan praktik klinik adalah yang tersusun dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* Edisi IV (DSM IV, *American Psychiatric Association*, 1994). Pedoman ini dipakai, baik di Amerika maupun di berbagai negara lainnya, kecuali di Eropa.

Di Eropa definisi dan pemahaman karakteristik utama gangguan ini hampir sama dengan DSM IV, tetapi tidak identik, tersusun dalam *International Classification of Diseases* Edisi ke 10 (ICD-10, *World Health Organization*, 1992).

Di Indonesia sebagai pedoman penggolongan dan diagnosis untuk gangguan ini dan gangguan psikiatrik lainnya adalah Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Edisi 3 (PPDGJ III, Departemen Kesehatan RI, 1993), yang merupakan terjemahan dari ICD-10.

Sesuai dengan PPDGJ III, gangguan ini disebut sebagai gangguan hiperkinetik, termasuk dalam kelompok utama gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak-kanak dan remaja, dengan nomor kode klasifikasi F90. Gangguan hiperkinetik meliputi empat subtipe yaitu gangguan aktivitas dan perhatian (F90.0), gangguan tingkah laku hiperkinetik (F90.1), gangguan hiperkinetik lainnya (F90.8), gangguan hiperkinetik Yang Tak Tergolongkan (YTT) (F90.9). Kelompok gangguan ini mempunyai ciri sebagai berikut: onset dini; suatu kombinasi perilaku terlalu aktif, perilaku kurang bermodulasi ditandai dengan sangat kurangnya perhatian serta ketekunannya dalam melakukan suatu tugas; dan ciri perilaku ini mewarnai pelbagai situasi dan berlanjut dalam waktu lama.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 22 -

Gangguan hiperkinetik selalu timbul pada masa perkembangan dini, biasanya pada usia lima tahun pertama. Ciri utamanya adalah kurang tekun dalam suatu kegiatan yang menuntut keterlibatan kognitif dan kecenderungan untuk berpindah dari satu kegiatan ke kegiatan lain tanpa menyelesaikan satu tugas pun, ditambah pula dengan aktivitas mengacau, tidak beraturan, dan berlebihan. Masalah ini biasanya menetap selama masa bersekolah dan bahkan sampai umur dewasa, tetapi banyak penderita secara lambat laun menunjukkan perbaikan dalam kegiatan dan perhatiannya. (Departemen Kesehatan RI, 1993).

2. KRITERIA DIAGNOSTIK GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN/HIPERAKTIVITAS MENURUT DSM IV

A. Salah satu atau keduanya (1) atau (2)

- (1) Enam (atau lebih) dari gejala tidak mampu memusatkan perhatian seperti di bawah ini menetap selama paling sedikit 6 bulan pada derajat maladaptif dan tidak sesuai dengan tingkat perkembangan:

Tidak mampu memusatkan perhatian

- (a) Sering gagal memusatkan perhatian pada hal-hal kecil atau membuat kesalahan yang ceroboh (tidak hati-hati) dalam pekerjaan sekolah, pekerjaan, kegiatan lain
- (b) Sering sulit mempertahankan perhatian pada waktu melaksanakan tugas atau kegiatan bermain
- (c) Sering seperti tidak mendengarkan pada waktu diajak bicara langsung
- (d) Sering tidak mengikuti petunjuk dan gagal menyelesaikan pekerjaan sekolah dan tugas (tidak disebabkan oleh perilaku menentang atau kegagalan memahami petunjuk)
- (e) Sering sulit mengatur tugas dan kegiatan
- (f) Sering menghindar, tidak suka atau enggan melibatkan diri dalam tugas yang memerlukan ketekunan yang berkesinambungan (seperti: melakukan pekerjaan rumah atau pekerjaan sekolah)
- (g) Sering menghilangkan benda-benda yang diperlukan untuk melaksanakan tugas atau kegiatan
- (h) Perhatiannya sering mudah dialihkan oleh rangsangan dari luar
- (i) Sering lupa dalam kegiatan sehari hari



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 23 -

(2) Enam (atau lebih) dari gejala hiperaktivitas dan impulsivitas seperti di bawah ini menetap selama paling sedikit 6 bulan pada derajat adaptif dan tidak sesuai dengan tingkat perkembangan:

Hiperaktivitas

- (a) Sering tangan dan kakinya tidak bisa diam atau tidak bisa duduk diam
- (b) Sering meninggalkan tempat duduk di dalam kelas atau di situasi lain pada saat diharapkan ia untuk tetap diam
- (c) Sering berlari-lari atau memanjat secara berlebihan dalam situasi yang tidak sesuai untuk hal tersebut
- (d) Sering mengalami kesulitan bermain atau mengikuti kegiatan waktu senggang dengan tenang
- (e) Sering dalam keadaan “siap gerak” (atau bertindak seperti digerakkan oleh mesin)
- (f) Sering bicara berlebihan

Impulsivitas

- (g) Sering melontarkan jawaban sebelum pertanyaan selesai ditanyakan
- (h) Sering sulit menunggu giliran
- (i) Sering menyelak atau memaksakan diri terhadap orang lain (misalnya: memotong percakapan atau mengganggu permainan)

- B. Gejala hiperaktif-impulsif atau tidak mampu memusatkan perhatian yang menimbulkan masalah telah ada sebelum usia 7 tahun.
- C. Kegagalan yang ditimbulkan oleh gejala-gejala tersebut tampak pada dua atau lebih tempat (misalnya di sekolah atau tempat kerja dan di rumah).
- D. Didapatkan bukti yang jelas adanya kegagalan yang bermakna secara klinis pada fungsi sosial, akademik, dan okupasional.
- E. Gejala-gejala tersebut tidak disebabkan oleh gangguan perkembangan pervasif, gangguan skizofrenia atau gangguan psikotik dan tidak diakibatkan oleh adanya gangguan mental lain (misalnya: gangguan alam perasaan, gangguan cemas, gangguan disosiatif, gangguan kepribadian)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 24 -

3. PEDOMAN DIAGNOSTIK MENURUT PPDGJ- III

Untuk menegakkan diagnosis GPPH diperlukan pertimbangan diagnosis banding. Diagnosis banding adalah gangguan lain yang memiliki gejala yang berburai atau didapatkannya gejala aktivitas yang berlebihan dan perhatian kurang, yang berlainan dengan ciri khas gangguan hiperkinetik, seperti gangguan perkembangan pervasif, gangguan ansietas, gangguan afektif dan skizofrenia.

Berdasarkan pedoman diagnosis tersebut, untuk menetapkan diagnosis gangguan hiperkinetik, gejala atau ciri hiperaktivitas, agresivitas dan perilaku disosial atau delikueni lebih memiliki bobot yang menentukan dibandingkan dengan gejala tidak mampu memusatkan perhatian. Dengan kata lain, diagnosis gangguan hiperkinetik dibuat hanya untuk gangguan yang menunjukkan gejala hiperaktivitas dengan derajat berat yang disertai ciri perilaku agresivitas dan disosial.

Setelah melakukan pemeriksaan dan penilaian gejala GPPH, pemeriksa harus melakukan wawancara kepada orang tua dan pasien tentang kemungkinan adanya gangguan psikiatrik lainnya yang menyertai GPPH (gangguan komorbid).

a. Kriteria Diagnostik berdasarkan PPDGJ III

Berdasarkan PPDGJ III, gangguan hiperkinetik dimasukkan dalam satu kelompok besar yang disebut sebagai gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja. Gangguan ini terdiri atas beberapa jenis, yaitu

- Gangguan aktivitas dan perhatian
- Gangguan tingkah laku hiperkinetik
- Gangguan hiperkinetik lainnya
- Gangguan hiperkinetik YTT

b. Pedoman diagnosis gangguan hiperkinetik berdasarkan PPDGJ III

- Ciri-ciri utama ialah berkurangnya perhatian dan aktivitas berlebihan. Kedua ciri ini menjadi syarat mutlak untuk diagnosis dan haruslah nyata ada pada lebih dari satu situasi (misalnya di rumah, di kelas, di klinik).
- Berkurangnya perhatian tampak jelas dari terlalu dini dihentikannya tugas dan ditinggalkannya suatu kegiatan sebelum tuntas selesai.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 25 -

Anak-anak ini seringkali beralih dari satu kegiatan ke kegiatan lain, rupanya kehilangan minatnya terhadap tugas yang satu, karena perhatiannya tertarik kepada kegiatan lainnya (sekalipun kajian laboratorium pada umumnya tidak menunjukkan adanya derajat gangguan sensorik atau perseptual yang tidak biasa). Berkurangnya dalam ketekunan dan perhatian ini seharusnya hanya didiagnosis bila sifatnya berlebihan bagi anak dengan usia atau IQ yang sama.

- Hiperaktivitas dinyatakan dalam kegelisahan yang berlebihan, khususnya dalam situasi yang menuntut keadaan relatif tenang. Hal ini, tergantung dari situasinya, mencakup anak itu berlari-lari atau melompat-lompat sekeliling ruangan, ataupun bangun dari duduk/kursi dalam situasi yang menghendaki anak tetap duduk, terlalu banyak bicara dan ribut, atau kegugupan/kegelisahan dan berputar-putar (berbelit-belit). Tolok ukur untuk penilaiannya adalah bahwa suatu aktivitas disebut berlebihan dalam konteks apa yang diharapkan pada suatu situasi dan dibandingkan dengan anak-anak lain yang sama umur dan IQ nya. Ciri khas perilaku ini paling nyata di dalam situasi yang terstruktur dan diatur yang menuntut suatu tingkat sikap pengendalian diri yang tinggi.
- Gambaran penyerta tidaklah cukup bahkan tidak diperlukan bagi suatu diagnosis, namun demikian dapat mendukung penegakkan diagnosis. Kecerobohan dalam hubungan-hubungan sosial, kesembronoan dalam situasi yang berbahaya dan sikap yang secara impulsif melanggar tata tertib sosial (yang diperlihatkan dengan mencampuri urusan atau mengganggu kegiatan orang lain, terlampau cepat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang belum lengkap diucapkan orang, atau tidak sabar menunggu gilirannya), kesemuanya ini merupakan ciri khas dari anak-anak dengan gangguan ini.
- Gangguan belajar serta kekakuan motorik sangat sering terjadi dan haruslah dicatat secara terpisah (di bawah F80-F89, gangguan perkembangan psikologis) bila ada; namun demikian tidak boleh dijadikan bagian dari diagnosis aktual mengenai gangguan hiperkinetik yang sesungguhnya.
- Gejala-gejala gangguan tingkah laku bukan merupakan kriteria eksklusif ataupun kriteria inklusi untuk diagnosis utamanya, tetapi ada tidaknya gejala-gejala itu dijadikan dasar untuk sub divisi utama gangguan tersebut (lihat di bawah).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 26 -

- F 90.0, gangguan aktivitas dan perhatian. Kriteria umum mengenai gangguan hiperkinetik (F 90) telah terpenuhi, tetapi kriteria untuk gangguan tingkah laku (F91) tidak terpenuhi. Termasuk: gangguan defisit perhatian dan hiperkinetik.
- F90.1, gangguan tingkah laku hiperkinetik. Memenuhi kriteria menyeluruh mengenai gangguan hiperkinetik (F90) dan juga kriteria menyeluruh mengenai gangguan tingkah laku (F91)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 27 -

BAB IV

PENANGANAN ANAK DENGAN GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH)

GPPH adalah gangguan yang bersifat heterogen dengan manifestasi klinis yang beragam. Sampai saat ini belum ada satu jenis terapi yang dapat di akui untuk menyembuhkan anak dengan GPPH secara total. Berdasarkan *evidence based*, dan *National Institute of Mental Health*, serta organisasi profesional lainnya di dunia seperti AACAP (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*), penanganan anak dengan GPPH yang terbaik adalah dengan pendekatan komprehensif berdasarkan prinsip pendekatan yang multidisiplin. Dengan pendekatan ini maka anak selain mendapatkan terapi obat, juga diberi terapi perilaku, terapi kognitif dan latihan keterampilan sosial. Disamping itu perlu pula memberikan psikoedukasi kepada orang tua, pengasuh serta guru yang sehari-harinya berhadapan dengan anak tersebut.

Tujuan utama dari penanganan anak dengan GPPH adalah;

- Memperbaiki pola perilaku dan sikap anak dalam menjalankan fungsinya sehari-hari terutama dengan memperbaiki fungsi pengendalian diri.
- Memperbaiki pola adaptasi dan penyesuaian sosial anak sehingga terbentuk suatu kemampuan adaptasi yang lebih baik dan matang sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

A. TERAPI PSIKOFARMAKA PADA ANAK DENGAN GPPH

Pemberian obat pada anak dengan GPPH sudah dimulai sejak kurang lebih 50 tahun yang lalu. Obat yang merupakan pilihan pertama adalah obat golongan psikostimulan. Dikenal ada 3 macam obat golongan psikostimulan, yaitu :

- Golongan metilfenidat (satu-satunya yang dapat ditemukan di Indonesia)
- Golongan Deksamfetamin
- Golongan Pemolin



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 28 -

Fakta mengenai pemberian obat golongan psikostimulan;

- Barkley, dan kawan-kawan mengatakan bahwa efektivitas pemakaian obat golongan Metilfenidat adalah sebesar 60-70% dalam mengurangi gejala hiperaktivitas-impulsivitas dan inatensi. Pemberian obat jenis psikostimulan ini dikatakan cukup efektif untuk mengurangi gejala-gejala GPPH.
- Efek samping yang sering ditemukan dalam pemakaian obat golongan ini adalah, penarikan diri dari lingkungan sosial, over fokus, letargi, agitasi, iritabel, mudah menangis, cemas, sulit tidur, penurunan nafsu makan, sakit kepala, pusing dan timbulnya tics yang tidak ada sebelumnya.
- Pada umumnya efek samping ini timbul pada waktu pemakaian pertama kali atau jika terjadi peningkatan dosis obat yang diberikan. Dengan demikian adanya gejala-gejala di atas dapat menandakan bahwa dosis yang diberikan terlampau tinggi.
- Gejala efek samping akan hilang dalam beberapa jam sampai hari setelah obat dihentikan atau diturunkan dosisnya.
- Penghentian pemakaian obat golongan psikostimulan sebaiknya dilakukan secara bertahap untuk menghindari terjadinya efek yang tidak menguntungkan

Jenis Obat	Dosis	Efek Samping	Lama Kerja	Perhatian
Metilfenidat (sedian tablet 10 mg, dan 20 mg)	0.3-0.7mg/ KgBB / hari. Biasanya dimulai dengan 5 mg/hr pada pasi hari. Dosis maksimal adalah 60mg/hr	Insomnia, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, sakit kepala, iritabel	<ul style="list-style-type: none">• Untuk jenis <i>intermediate release (IR)</i> maka lama kerja obat adalah 3-4 jam. Mula kerja obat ini cepat (30-60 menit). Efektif untuk 70 % kasus; keamanan cukup terjamin	Tidak dianjurkan pada pasien dengan kecemasan tinggi, tics motorik, dan riwayat keluarga dengan sindroma Tourette



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 29 -

Metilfenidat (<i>Slow Release</i> , 20 mg)	Dosis dimulai dgn 20 mg pada pagi hari dan dapat ditingkatkan dengan dosis 0.3 – 0.7 mg/KgBB/hr. Kadang-kadang perlu ditambahkan 5-10 mg metilfenidat pada pagi hari agar untuk mendapatkan efek awal yang lebih cepat. Dosis maksimal 60 mg/hr	Insomnia, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, sakit kepala, iritabel	<ul style="list-style-type: none">• Untuk jenis <i>slow release (SR)</i>, sekitar 7 jam. Terutama berguna untuk remaja dengan GPPH sehingga dapat menghindari pemberian obat di siang hari	Awitan kerja lambat (1-2 jam setelah pemberina oral); tidak dianjurkan pada pasien dengan tingkat kecemasan yang tinggi, tics motorik, atau pada keluarga dengan riwayat sindroma Tourette's
Metilfenidat (<i>Extended Release</i>)				
1. Sodas (Spheroidal Oral Drug Absorption System) 20 mg	Dosis dimulai dengan 20 mg per hari. Umumnya diberikan satu kali per hari pada pagi hari. Dosis ditingkatkan sampai maksimal 60 mg per hari	Insomnia, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, sakit kepala, iritabel	Obat bekerja sekitar 6-8 jam dengan 2 kali kadar puncak obat yaitu pada 2 jam pertama dan kadar puncak ke dua terjadi pada 6 jam setelah pemberian obat	Tidak dianjurkan pada anak di bawah 6 tahun dengan kecemasan tinggi, tics motorik, dan riwayat keluarga dengan sindroma Tourette



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

- 30 -

2. <i>Osmotic Release Oral System (OROS)</i> , (18 mg dan 36 mg)	Dosis dimulai dengan 18 mg, satu hari sekali di pagi hari. Dosis ditingkatkan dengan dosis 0.3 – 0.7 mg/KgBB/hr.	Insomnia, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, sakit kepala, iritabel	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk jenis <i>osmotic release oral system (OROS)</i>, sekitar 12 jam dengan kadar plasma obat yang relatif stabil. 	Tidak dianjurkan pada anak di bawah 6 tahun dengan kecemasan tinggi, tics motorik, dan riwayat keluarga dengan sindroma Tourette
--	--	--	---	--

Berbagai obat-obatan stimulant yang beredar di Indonesia

Jenis Stimulan/Nama dagang	Nama generik	Sediaan yang ada di Indonesia	Lama kerja dengan dosis optimal
Metilfenidat			
Ritalin <i>Immidiata Relaease (IR)</i>	Metilfenidat	Tablet 10 mg	3-4 jam
Ritalin <i>Slow Release (SR)</i>	Metilfenidat	Tablet 20 mg	4-6 jam, bervariasi
Ritalin <i>Long Acting (LA)</i>	Metilfenidat	Kapsul 20 mg	6-8 jam
Concerta (OROS)	Metilfenidat	Tablet 18 mg dan 36 mg	8-12 jam

Beberapa obat lainnya yang dapat juga digunakan untuk mengobati gejala GPPH adalah;

- Obat antidepresan golongan trisiklik
- Obat antidepresan golongan SSRI
- Obat antidepresan golongan MAOI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 31 -

- Obat antipsikotik atipikal
- Obat golongan antikonvulsan

Terapi dengan obat psikotropika hanya dilakukan oleh dokter

B. PENDEKATAN PSIKOSOSIAL PADA PENANGANAN ANAK DENGAN GPPH MELIPUTI :

1. Pelatihan keterampilan sosial bagi anak dengan GPPH dengan tujuan agar anak dapat lebih mengerti norma-norma sosial yang berlaku sehingga mereka dapat berperilaku serta bereaksi sesuai dengan norma yang ada dan dapat berinteraksi dengan lebih optimal.
2. Edukasi bagi orang tua, agar orangtua dapat mengerti latar belakang gejala GPPH yang ada pada anak mereka sehingga mereka dapat bereaksi dengan lebih sesuai dan memberikan respons yang lebih adekuat (lihat bagian peran orangtua dalam mengembangkan potensi anak dengan GPPH).
3. Edukasi dan pelatihan bagi guru, pelatihan dan edukasi ini bertujuan:
 - Mengurangi terjadinya stigmatisasi pada anak dengan GPPH di sekolah, sehingga menghindari adanya anggapan buruk terhadap anak-anak ini, misalnya cap sebagai anak nakal, bandel atau malas, dsb.
 - Meningkatkan kemampuan guru dalam berempati terhadap perilaku dan reaksi emosi anak didik mereka yang mengalami GPPH (lihat peran guru dalam penanganan anak dengan GPPH).
4. Kebutuhan akan kelompok dukungan keluarga (*family support group*).
Kelompok ini merupakan kelompok orangtua yang mempunyai anak dengan GPPH yang bertujuan:
 - Meningkatkan daya penyesuaian keluarga sehingga dapat bereaksi yang lebih positif terhadap anak mereka.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 32 -

- Agar orangtua mendapatkan dukungan emosional dari sesama orang tua lainnya, serta mengurangi penderitaan yang di alami dan belajar dari pengalaman praktis para orang tua lainnya dalam menangani berbagai masalah yang mungkin dihadapi baik oleh anak maupun mereka sebagai orang tua.
- Kelompok ini umumnya difasilitasi oleh tenaga profesional yang sudah mempunyai pengalaman dalam bekerjasama dengan anak GPPH beserta keluarganya.
- Pertemuan dapat dilakukan setiap satu, dua atau tiga bulanan, atau lebih (tergantung keperluan dan sumber daya yang ada). Setiap pertemuan sebaiknya diisi dengan pembahasan satu atau lebih topik yang berkaitan dengan GPPH, tatalaksana, pendidikan, dan keluarga secara praktis.
- Dalam kelompok ini setiap anggotanya mempunyai kesempatan untuk mengemukakan permasalahannya maupun pendapat mereka secara bebas dan fasilitator akan membantu untuk menjelaskan atau menyelesaikan permasalahan yang tidak terselesaikan dalam diskusi sesama orangtua tersebut.

C. PERAN GURU DALAM PENANGANAN ANAK DENGAN GPPH

Mengikuti proses belajar mengajar merupakan salah satu tugas kewajiban anak, demikian juga anak dengan GPPH. Oleh karena itu guru sangat berperan dalam membantu menangani permasalahan anak dengan GPPH di sekolah. Tugas ini merupakan tugas yang terberat bagi guru oleh karena anak dengan GPPH mempunyai berbagai permasalahan seperti, kesulitan memusatkan perhatian, tidak mampu duduk diam, serta kesulitan untuk mengendalikan perilakunya dengan baik.

Selama ini dikenal ada 3 jenis guru yang ditugaskan di sekolah, yaitu:

- Guru khusus atau guru PLB (pendidikan luar biasa)
- Guru reguler (guru kelas atau guru bidang studi)
- Guru bimbingan dan konseling

Mereka pada umumnya mempunyai berbagai tugas yang berbeda-beda dalam membantu anak dengan GPPH.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 33 -

1. Peran guru khusus (guru PLB) dalam menangani anak dengan GPPH

Pelayanan PLB dapat diselenggarakan di sekolah khusus atau sekolah luar biasa, sekolah biasa atau sekolah reguler, di rumah sakit, atau di dalam keluarga. Pengkajian mendalam bagi anak-anak dengan GPPH biasanya dilakukan secara intensif oleh bidang kajian atau kekhususan pendidikan bagi anak dengan kesulitan belajar.

Menurut Lerner (1988) berbagai peran guru bagi anak dengan GPPH yang mengalami kesulitan belajar adalah:

- Menyusun rancangan program identifikasi, penilaian, dan pembelajaran.
- Berpartisipasi dalam penjangkaran, penilaian, dan evaluasi anak yang membutuhkan pelayanan khusus.
- Berkonsultasi dengan para ahli yang terkait dalam penanganan anak dengan GPPH, terutama dalam menginterpretasikan laporan para ahli tersebut.
- Melaksanakan berbagai tes untuk anak, baik yang formal maupun informal.
- Berpartisipasi dalam penyusunan Program Pembelajaran Individual (PPI).
- Mengimplementasikan PPI.
- Menyelenggarakan pertemuan dan wawancara dengan orangtua.
- Bekerjasama dengan guru reguler atau guru kelas untuk memahami anak dan menyediakan pembelajaran yang efektif.
- Membantu anak dalam mengembangkan pemahaman diri dan memperoleh harapan untuk berhasil serta berkeyakinan untuk mengatasi kesulitan.

2. Peran guru kelas dalam menangani anak dengan GPPH

Tujuan pembelajaran yang dirancang untuk anak dengan GPPH hanya dapat dicapai jika semua orang yang terlibat dalam proses pembelajaran dan pendidikan anak terintegrasi dengan baik.

Dalam sistem pendidikan di Indonesia, maka peran guru kelas atau guru reguler dalam membantu menangani anak dengan GPPH adalah dalam bentuk merancang suatu program pembelajaran individual dengan melibatkan guru lain, orangtua, dan guru Bimbingan Konseling (BK, jika ada).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 34 -

3. Peran guru BK dalam menangani anak dengan GPPH

Guru BK tidak selalu tersedia di setiap sekolah. Beberapa peran yang dapat dilakukan oleh guru BK dalam menangani anak dengan GPPH adalah:

- Menjadi anggota tim dalam penyusunan PPI.
- Bersama guru PLB menyusun program identifikasi, penilaian, dan pembelajaran.
- Memberikan bimbingan dan konseling bagi orangtua anak dengan GPPH.
- Menyelenggarakan pertemuan dengan orangtua bersama guru PLB dan guru reguler.
- Bersama guru kelas atau guru PLB membantu anak untuk mengembangkan dirinya dengan melakukan pendekatan modifikasi perilaku. Untuk ini maka guru kelas atau guru PLB sebaiknya mengikuti pelatihan untuk dapat menerapkan tehnik modifikasi perilaku yang optimal

D. PERAN ORANGTUA DALAM MENGEMBANGKAN POTENSI ANAK DENGAN GPPH

Peran orangtua merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam membantu pengembangan potensi anak dengan GPPH ini. Beberapa strategi yang dapat dilakukan orangtua untuk membantu anak dengan GPPH adalah sebagai berikut:

1. Berusaha mengenali dan memberi respons emosi yang tepat pada anak dengan GPPH, yaitu dengan beberapa cara seperti:
 - Berkomunikasi secara aktif dengan seluruh anggota keluarga.
 - Ciptakan suasana rumah yang kondusif agar seluruh anggota termasuk anak dengan GPPH ini secara bebas dapat mengemukakan apa yang membuat mereka merasa senang, takut, marah, atau tidak puas.
 - Tidak bersifat menghakimi atau menyalahkan pada waktu anak dengan GPPH mengemukakan perasaan maupun pikirannya.
 - Jika tidak mungkin berbicara secara langsung, bantu mereka untuk membuat catatan kecil atau menulis atau membuat gambar mengenai apa yang mereka rasakan atau pikirkan.
 - Belajar untuk mengerti dan menerima mereka sebagai mana adanya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 35 -

2. Tunjukkan empati

- Orangtua sebaiknya belajar mengerti bagaimana sudut pandang anak dengan GPPH mengenai dirinya, kehidupan, dan lingkungannya.
- Orangtua juga sebaiknya dapat membayangkan bagaimana kehidupan sehari-hari anak dengan GPPH ini.
- Berbagilah dengan sesama anggota keluarga lain mengenai perasaan dan pikiran yang dirasakan orangtua sehingga seluruh anggota keluarga bisa mengerti dan berempati terhadap anak dengan GPPH yang tinggal bersama mereka.

3. Selalu bertanya untuk mendapatkan masukan

- Selalu bertanya tentang apa yang anda bisa lakukan dan bantuan apa yang dibutuhkan pada anak dengan GPPH maupun saudara kandungnya dan anggota keluarga lainnya.
- Usahakan agar anda selaku orangtua bersikap reseptif dan mau menerima berbagai pendapat yang diberikan.
- Jika terjadi perseteruan dalam keluarga bantu mereka untuk menyelesaikan masalah ini.

4. Melakukan modifikasi perilaku sederhana dengan cara:

- Buat daftar perilaku anak dengan GPPH yang menjadi permasalahan dan susun prioritas masalah.
- Diskusikan hal ini dengan anak dan tetapkan satu atau dua perilaku yang akan dimodifikasi.
- Beri informasi ini kepada seluruh anggota keluarga sehingga mereka dapat mendukung perbaikan perilaku yang diharapkan.

5. Jelaskan dan selalu lakukan evaluasi mengenai harapan yang ingin dicapai kepada anak dengan GPPH maupun saudara kandungnya secara jelas dan singkat.

6. Membantu anak dengan GPPH ini untuk mengembangkan beberapa strategi dalam menghadapi berbagai situasi kehidupan tertentu, dengan mengajarkan anak dengan GPPH dan saudara kandungnya cara penyelesaian masalah yang optimal, seperti:

- Mengidentifikasi masalah.
- Mencari berbagai alternatif penyelesaian masalah.
- Pilihan alternatif terbaik.
- Lakukan alternatif yang terpilih.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 36 -

- Evaluasi apakah berhasil atau tidak, jika tidak maka cari alternatif yang lain.
7. Rancang tata ruang rumah yang 'ramah' bagi anak dengan GPPH, seperti:
- Sediakan ruang bermain tersendiri yang tidak terlalu besar, berikan berbagai aktivitas yang terstruktur.
 - Ciptakan struktur tata ruang yang sederhana dan tidak kompleks.
 - Kurangi hal-hal yang dapat membuat anak teralih perhatiannya, seperti kurangi penggunaan radio, TV atau permainan komputer. Matikan alat-alat tersebut jika tidak digunakan.
 - Sediakan ruang belajar yang sesuai, yaitu cukup tenang dan terpisah dari kegiatan rumah tangga lainnya.
8. Bantu anak dengan GPPH untuk dapat mengorganisasikan kegiatannya dan mengembangkan keterampilan sosialnya, dengan jalan:
- Mempersiapkan keperluan sekolah pada malam sebelumnya, misalnya menyiapkan buku, menyelesaikan pekerjaan rumah. Siapkan waktu yang cukup di pagi hari (sebelum berangkat sekolah) untuk sarapan pagi, berpakaian, dsb.
 - Melatih anak dengan GPPH untuk dapat mengorganisasikan kegiatan-kegiatannya seperti melatih mereka untuk mencatat segala pekerjaan rumah yang ada, siapkan batas waktu tertentu dan supervisi pekerjaan rumah tersebut.
 - Melatih anak dengan GPPH untuk dapat bersosialisasi dengan baik, misalnya dengan melakukan main peran. Selalu mendukung anak agar dapat berperilaku positif.
 - Menggunakan berbagai isyarat yang hanya dimengerti oleh orangtua dan anak jika anak menunjukkan perilaku yang tidak sesuai, sehingga menghindari kritikan secara langsung di muka umum.
 - Membuat jadwal harian anak yang konsisten, dan tempatkan jadwal tersebut di tempat-tempat yang terbaca oleh anak. Jadwal tersebut umumnya memuat:
 - Jam bangun tidur di pagi hari
 - Jam mandi di pagi hari dan sore hari
 - Jam makan pagi, siang dan malam
 - Jam pulang sekolah
 - Jam tidur siang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 37 -

- Jam les (jika anak mendapatkan pelajaran tambahan)
 - Jam bermain, nonton TV dan beristirahat
 - Jam tidur di waktu malam
 - Jika ada perubahan kegiatan atau jadwal, maka sebaiknya anak diberitahu beberapa hari sebelumnya.
9. Usahakan untuk selalu bertemu dengan guru kelas anak secara reguler dan diskusikan berbagai sisi kelebihan dan kekurangan anak.
- Tanyakan pada guru, apa yang dapat anda lakukan sebagai orangtua untuk membantu anak agar dapat mengikuti pelajaran dengan baik.
 - Usahakan agar orangtua mengikuti kemajuan anak di dalam sekolah.
10. Jika terjadi perselisihan/konflik dengan anak GPPH, orangtua dapat melakukan *time out* sehingga mencegah memburuknya hubungan orangtua-anak.
11. Jika orangtua terus merasakan kesulitan, diskusikanlah perasaan ini dengan dokter atau konselor.
- Orangtua juga bisa melakukan pertemuan dengan orang tua yang anaknya menderita GPPH melalui grup pendukung GPPH.
 - Jika dibutuhkan, orangtua bisa membicarakan permasalahan yang dihadapi dengan konselor yang memahami GPPH.

E. EVALUASI PERKEMBANGAN TATALAKSANA ANAK DENGAN GPPH

1. Pengamatan mulai dilakukan sejak awal pemberian medikasi psikofarmaka dan/non-psikofarmaka. Jika dalam kurun waktu satu bulan evaluasi ternyata tidak menunjukkan adanya perbaikan yang berarti maka sebaiknya kasus dirujuk ke ahlinya. Demikian pula jika kasus disertai dengan komorbiditas dengan gangguan jiwa lainnya maka sebaiknya kasus dirujuk ke ahlinya.
2. Pemberian obat psikofarmaka selalu dimulai dengan dosis rendah, dan perlahan-lahan dinaikkan sambil dilihat kemajuan yang telah dicapai dan efek samping yang ada.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 38 -

3. Dalam menentukan dosis obat dan bentuk sediaan obat, pertimbangkan berbagai situasi yang mungkin atau tidak mungkin terjadi, misalnya jika anak tidak mempunyai kesadaran minum obat sendiri di sekolah maka sebaiknya memberikan obat yang mempunyai efek jangka panjang sehingga obat hanya diminum satu kali sehari di pagi hari.
4. Gunakan berbagai indikator untuk menilai hasil kemajuan tatalaksana, seperti prestasi belajar, interaksi dengan lingkungannya baik di sekolah maupun di rumah, dan juga motivasi belajar, dsb. Dapat juga digunakan berbagai instrumen untuk menilai perubahan gejala-gejala GPPH pada anak seperti SPPAHI (*Skala Penilaian Perilaku Anak Hiperaktif Indonesia*).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 39 -

BAB V **PENUTUP**

Pedoman Deteksi Dini dan Penanganan Anak dengan Gangguan pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) diperuntukkan bagi petugas kesehatan yang bekerja di bidang pelayanan kesehatan anak baik di RSUD (kelas A/B) serta Rumah Sakit Jiwa.

Pedoman ini disusun dengan harapan petugas kesehatan yang bekerja di pelayanan kesehatan anak tingkat rujukan yaitu di RSUD dan RSJ memiliki kemampuan yang cukup baik untuk dapat mendiagnosis dan memberikan penanganan yang tepat bagi anak yang mengalami Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH).

MENTERI KESEHATAN,

ttd.

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH