

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

##### **2.1.1 Pengertian Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

Istilah *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) merupakan istilah yang sering muncul pada dunia media belakangan ini, juga diperbincangkan dalam dunia pendidikan dan psikologi. Istilah ini memberikan gambaran tentang suatu kondisi medis yang diakui secara internasional meliputi disfungsi otak, yaitu individu mengalami kesulitan dalam mengendalikan impuls, menghambat perilaku, dan tidak mendukung rentang perhatian mereka (Baihaqi dan Sugiarmim, 2010).

Gangguan Pemusatan Perhatian Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) adalah suatu gangguan dimana seorang anak menunjukkan perilaku hiperaktif, impulsif, dan/atau tidak punya perhatian yang sejalan dengan usianya. (Ruth dan Fern, 2012). Gangguan Pemusatan Perhatian Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) merupakan suatu gangguan kronis (menahun) yang dapat dimulai pada masa bayi dan dapat berlanjut sampai dengan dewasa. Gangguan ini pada dasarnya menyerang mental seseorang yang dipengaruhi banyak hal, diantaranya kurangnya asupan gizi pada saat kehamilan pada ibu hamil, faktor radiasi yang menyerang anak pada saat

balita dan sebagainya. (Jati Rinakri Atmaja, 2018)

## 2.1.2 Faktor Risiko Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)

### 1. Faktor Genetik

GPPH lebih sering didapatkan pada keluarga yang memiliki riwayat menderita GPPH. Keluarga keturunan pertama dari anak dengan GPPH didapatkan lima kali lebih banyak menderita GPPH daripada keluarga anak normal. Angka kejadian orangtua kandung dari anak dengan GPPH lebih banyak menderita GPPH daripada orang tua angkat. Saudara kandung dari anak dengan GPPH didapatkan 2-3 kali lebih banyak menderita GPPH daripada saudara anak normal. (Taylor & Barke, 2008)

Beberapa penelitian ini menemukan bahwa orangtua dengan GPPH memiliki peningkatan dua hingga delapan kali lipat untuk risiko untuk memiliki anak GPPH. Genetik berpengaruh 76% terhadap kejadian GPPH pada anak dan gen spesifik yang berhubungan dengan GPPH yaitu gen transporter dopamin (DAT1) pada khromosom 5 dan gen D4 reseptor dopamin (DRD4) pada khromosom 11. (Taylor & Barke, 2008; Paris, 2013)

Sejauh ini, sebab paling umum dari GPPH adalah *genetic proclivity* (artinya, GPPH sering diwariskan). Studi-studi mengemukakan bahwa tingkat pewarisan GPPH berkisar dari 0,75

sampai 0,91. tingkat pewarisan (*heritability rate*) mengindikasikan presentase dari GPPH pada seorang individu yang merupakan hasil dari faktor genetik, dan bukannya faktor lingkungan. Dengan demikian, tingkat heritabilitas sebesar 0,75 berarti bahwa 75% dari sebab GPPH itu genetik.

## **2. Faktor Lingkungan**

Orangtua yang antisosial akan menciptakan suatu lingkungan yang kasar dan reaksi yang inkonsisten pada anak mereka. Reaksi tersebut berhubungan dengan adanya dan menetapnya perilaku antisosial pada anak (Banaschewski & Rohde, 2010)

Masalah psikososial di rumah juga merupakan faktor risiko untuk GPPH. Sebuah studi di Hawaii mengungkapkan peningkatan risiko GPPH 20% sampai 40% pada anak-anak dari keluarga dimana ada banyak konflik dalam rumah. Dalam sebuah studi di Swedia, kehidupan keluarga yang tidak puas, merupakan faktor risiko terbesar untuk GPPH, menyingkirkan masalah medis.

## **3. Faktor Neurologis**

ADHD disebabkan karena faktor neurologis yakni fungsi kerja otak yang kurang optimal pada bagian lobus frontal khususnya pada korteks prefrontal sehingga menyebabkan masalah dalam melakukan atensi (fungsi kognitif), pengendalian, serta koordinasi gerak tubuh (fungsi motorik) (Barkley, 2006).

Hasil penelitian 10-15 tahun terakhir ini mendukung adanya pengaruh gangguan perkembangan neurologis yang mempengaruhi timbulnya gejala GPPH. Penelitian dengan *Computerized Tomography Scan* (CT Scan) dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) telah membuktikan bahwa ada beberapa tempat otak yang berfungsi 26 abnormal pada individu dengan GPPH yaitu hubungan antara *circuit cortical striatal-thalamic-cortical* (CSTC) (Feldman & Reiff, 2014)

Hasil pemeriksaan *Positron Emission Tomography Scan* (PET Scan) pada anak dengan GPPH didapatkan penurunan metabolisme glucose di korteks prefrontal dan frontal terutama sebelah kanan. Penelitian dari National Institute of Mental Health di USA juga menunjukkan bahwa area globus pallidus dan nucleus caudatus secara bermakna lebih kecil pada anak ADHD daripada anak normal. (Stahl & Mignon, 2009).

Masalah *neurologis* dalam bulan pertama kehidupan meningkatkan risiko GPPH pada usia 7 tahun dari 2% sampai 50%. Pada masa bayi, perkembangan yang terhambat dan peningkatan aktivitas, meramalkan GPPH pada usia 7 tahun. Bila seorang anak 4 tahun memiliki ukuran kepala yang kecil, astigmatism (visual motor), perkembangan motor yang kurang baik (defisit motor), risiko GPPH meningkat.

### **2.1.3 Gejala-gejala Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

Gejala-gejala yang dialami anak dengan GPPH berpotensi untuk menimbulkan masalah yang kompleks, baik dari sisi akademik, sosial, maupun secara pribadi. Anak ADHD sering mengalami kegagalan secara akademik dan mendapatkan skor yang rendah dalam tes terstandar (Hinshaw, 2001 dalam Dubbs, 2008). Anak dengan ADHD memunculkan perilaku yang bersifat mengganggu ketika berinteraksi dengan orang lain, kegagalan dalam melakukan hubungan timbal balik dengan orang lain dan adanya tendensi untuk berbuat kerusakan membuat anak ADHD ditolak oleh teman-teman sebayanya. Anak dengan ADHD menunjukkan masalah psikologis, akademik, emosi dan masalah sosial yang lebih besar (Barkley, 1997 dalam Huang dkk, 2009)

Saat meninjau gejala yang terkait dengan anak-anak GPPH, akan ditemukan bahwa mereka biasanya cocok dalam tiga kategori. Kategori pertama adalah diidentifikasi sebagai “hiperaktif”. kedua adalah “kurangnya perhatian” dan yang ketiga adalah “impulsif”. Penting untuk memahami bahwa ketika seseorang anak memiliki gejala GPPH, mereka mungkin menderita gejala lebih dari satu kategori. Gejala umum termasuk ketidakmampuan untuk duduk diam atau tinggal di satu tempat untuk jumlah waktu yang panjang, konsisten mengganggu orang lain saat mereka berbicara dalam rangka membuat titik atau mengajukan pertanyaan, dan menjadi mudah terganggu dalam satu atau lain cara.

Anak yang mengalami GPPH kerap kali tumpang tindih dengan kondisi-kondisi lainnya seperti disleksia (*dyslexia*), dispraksia (*dyspraksia*), gangguan menentang dan melawan (*oppositional defiant disorder/ODD*).

1. Ciri-ciri utama GPPH meliputi:
  - a. Rentang perhatian yang kurang;
  - b. Impulsivitas yang berlebihan;
  - c. Adanya hiperaktivitas.
2. Gejala-gejala rentang perhatian yang kurang meliputi:
  - a. Gerakan yang kacau;
  - b. Cepat lupa;
  - c. Mudah bingung
  - d. Kesulitan dalam mencurahkan perhatian terhadap tugas-tugas atau kegiatan bermain.
3. Gejala-gejala impulsivitas dan perilaku hiperaktif meliputi
  - a. Emosi gelisah;
  - b. Mengalami kesulitan bermain dengan tenang;
  - c. Mengganggu anak lain;
  - d. Selalu bergerak.

Anak-anak yang lain yang tidak mengalami GPPH mungkin berperilaku demikian, tetapi perbedaannya pada kebanyakan anak GPPH adalah tingkat intensitas terhadap gejala yang ditampakkannya. Gejala-gejala yang dialami anak dengan GPPH berpotensi untuk menimbulkan masalah yang kompleks, baik dari sisi akademik, sosial

maupun secara pribadi. Anak GPPH sering mengalami kegagalan secara akademik dan mendapatkan skor yang rendah dalam tes terstandar (Hinshaw, 2001 dalam Dubbs, 2008).

Anak dengan GPPH memunculkan perilaku yang bersifat mengganggu ketika berinteraksi dengan orang lain, kegagalan dalam melakukan hubungan timbal balik dengan orang lain dan adanya tendensi untuk berbuat kerusakan membuat anak dengan GPPH ditolak oleh teman-teman sebayanya. Anak dengan GPPH menunjukkan masalah psikologis, akademik, emosi dan masalah sosial yang lebih besar (Barkley, 1997 dalam Huang dkk., 2009).

Selain menyebabkan masalah bagi dirinya sendiri, gejala yang dimiliki oleh anak dengan GPPH juga memunculkan masalah bagi orangtua atau anggota keluarga yang lain. Orangtua harus menghadapi masalah perilaku yang ditimbulkan anak dengan GPPH setiap harinya. Anak dengan GPPH dilaporkan sering mengabaikan permintaan orangtua mereka, berkelahi dengan saudara-saudara dan teman sebaya mereka, sehingga orangtua harus memelihara mereka dengan kontrol dan tenaga yang lebih besar (Mulyono, 2003).

Banyak gejala GPPH berubah bersama dengan perkembangan. Sebagai contoh, hiperaktivitas berkurang dalam beberapa anak setelah sekolah dasar. Banyak orang berpikir bahwa perubahan-perubahan hormonal dari pubertas itu yang menjadi penyebabnya, walaupun kita tidak memahami mekanismenya. Anak-anak yang lebih tua mungkin

entah telah mengatasi hiperaktivitas mereka atau menemukan cara-cara untuk menyalurkan.

#### **2.1.4 Diagnosis Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

GPPH dapat didiagnosis dalam diri anak, paling muda pada usia 3 tahun. Tanda-tanda GPPH pada anak-anak prasekolah bisa mencakup satu level aktivitas yang sangat perlu diperhatikan, ketidakmampuan untuk tekun pada tugas-tugas, masalah dalam mengikuti instruksi kelompok, perilaku yang buruk, kesulitan-kesulitan dengan interaksi sosial, keingintahuan yang tak pernah berakhir, agresi yang berlebih atau permainan yang merusak, dan impulsif. Anak-anak prasekolah yang menderita GPPH mungkin memiliki masalah tidur, seperti kurang tidur atau tidur tidak tenang. Selain itu, perilaku argumentatif dan ledakan amarah mungkin lebih umum dalam anak-anak prasekolah yang menderita GPPH. Anak-anak ini sering menunjukkan perilaku yang tidak memadai atau tidak mau melakukan tugas. Semua ini dapat berkontribusi pada konflik-konflik dalam keluarga, yang berkisar dari pertengkaran dengan saudara kandung dan orangtua.

#### **2.1.5 Klasifikasi Anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

Saat ini banyak anak dengan gejala kurang perhatian (*inattention*), dan hiperaktif-impulsif (*hyperactivity-impulsivity*) dimana pada salah satunya terdapat gejala yang dominan. Subkategori yang sesuai untuk diagnosis saat ini harus ditunjukkan berdasarkan gejala dominan yang sudah terjadi untuk

6 bulan terakhir.

**1. *Attention-Deficit/Hyperactivity, Predominantly Inattentive Type*  
(Kecenderungan Kurang Perhatian)**

Subkategori ini digunakan jika enam (atau lebih) gejala kurang perhatian (tetapi kurang dari enam gejala giperaktif-impulsif) yang telah berlangsung selama minimal enam bulan. Pada tipe ini masalah utamanya adalah rendahnya konsentrasi.

GPPH yang digolongkan *inattentive* memiliki ciri- ciri sebagai berikut:

- a. Sembarangan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti tugas-tugas sekolah sehingga sering melakukan kesalahan
- b. Kesulitan dalam memberikan perhatian atau mendengarkan
- c. Tidak mampu menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan
- d. Minimnya keterampilan organisasional
- e. Sering kehilangan dan salah menempatkan sesuatu benda
- f. Mudah terganggu oleh stimulus dari luar
- g. Menghindari tugas-tugas yang membutuhkan upaya
- h. Sering lupa

**2. *Attention-Deficit/Hyperactivity, Predominantly  
Hyperactivity-Impulsivity Type* (Kecenderungan Dominasi  
Hiperaktif-Impulsif)**

Subkategori ini digunakan jika enam (atau lebih) gejala kurang perhatian (tetapi kurang dari enam gejala hiperaktif-impulsif) yang telah berlangsung selama minimal enam bulan. Pada tipe ini masalah

utamanya adalah rendahnya konsentrasi. Hiperaktivitas yaitu perilaku yang ditandai dengan: gelisah, meninggalkan tempat duduk, lari-lari berlebihan sulit melakukan aktivitas yang menuntut untuk diam, bicara berlebihan dan gerakan yang dilakukan konstan. Impulsif yaitu perilaku yang ditandai dengan menyela pembicaraan orang lain, sulit menunggu giliran berkata dan memberikan jawaban tanpa berpikir terlebih dahulu.

### **3. *Attention-Deficit/Hyperactivity, Combined Type (Tipe Kombinasi)***

Subkategori ini digunakan jika enam (atau lebih) gejala kurangnya perhatian (*inattention*) dan enam (atau lebih) gejala hiperaktif-impulsif telah dialami selama minimal enam bulan oleh individu yang mengalami kedua rangkaian masalah di atas.

Tipe kombinasi ini dijumpai pada ciri-ciri tipe hiperaktif-inattentif dan ciri-ciri hiperaktif-impulsif. Kriteria diagnostik untuk menetapkan tipe kombinasi ini menggunakan kriteria DSM IV dalam American Psychiatric Association (APA), yaitu dapat menggunakan kriteria (1) dan (2) atau dapat juga keduanya.

a. Enam gejala *inattention* (tidak ada menyimak atau tidak ada menyimak) berlangsung paling sedikit 6 bulan gejala-gejala sebagai berikut:

- 1) Gagal menyimak hal yang rinci
- 2) Kesulitan bertahan pada satu aktivitas
- 3) Tidak mendengarkan sewaktu diajak berbicara
- 4) Sering tidak mengikuti instruksi

- 5) Kesulitan mengatur jadwal tugas dan kegiatan
  - 6) Sering menghindari tugas yang memerlukan perhatian lama
  - 7) Sering kehilangan barang yang dibutuhkan untuk tugas
  - 8) Sering beralih perhatian oleh stimulus dari luar
  - 9) Sering pelupa dalam kegiatan sehari-hari
- b. Enam atau lebih gejala hiperaktif-impulsif berlangsung paling sedikit 6 bulan, tidak memiliki kemampuan beradaptasi dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan. Gejala tersebut adalah:
- Hiperaktif**, dengan gejala sebagai berikut:
- 1) Sering menggerakkan kaki dan tangan dan sering menggeliat
  - 2) Sering meninggalkan tempat duduk di kelas
  - 3) Sering berlari dan memanjat
  - 4) Mengalami kesulitan melakukan kegiatan dengan tenang
  - 5) Sering bergerak seolah diatur oleh motor penggerak
  - 6) Sering bicara berlebihan
- Impulsif**, dengan gejala sebagai berikut:
- 1) Sering memberi jawaban sebelum pertanyaan selesai
  - 2) Sering mengalami kesulitan menunggu giliran
  - 3) Sering memotong pembicaraan atau orang lain
  - 4) Sembrono, melakukan tindakan berbahaya tanpa pikir panjang
  - 5) Sering berteriak di kelas
  - 6) Tidak sabaran

- 7) Usil, suka mengganggu teman yang lain
  - 8) Permintaannya harus segera dipenuhi
  - 9) Mudah frustrasi dan putus asa
- c. Beberapa gejala hiperaktif-impulsif (*inattentive*) ada pada anak sebelum usia 7 tahun
- d. Beberapa gejala terjadi pada dua situasi atau lebih, misalnya di rumah, di sekolah dan di tempat kerja
- e. Harus ada bukti secara klinis dan signifikan mengenai kelemahan pada fungsi sosial akademik atau pekerjaan
- f. Gejala-gejala tersebut bukan *schizophrenia* atau jenis psikosis lainnya

#### **2.1.6 Perkembangan dan Hambatan Yang Ditimbulkan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

##### **1. Perkembangan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

GPPH biasanya mulai timbul pada masa kanak-kanak sebelum usia 4 tahun. Gangguan tersebut sering tidak diketahui sampai pada saat anak masuk sekolah pada usia 6 tahun. Pada masa tersebut biasanya keluhan pada umumnya berupa prestasi akademik anak yang kurang baik dan tidak menyangka bahwa itu adalah gejala penderita GPPH. Oleh sebab itu sering diketahui anak menderita GPPH baru pada usia 7 tahun, walaupun timbulnya gangguan tersebut telah lama yaitu pada usia 3-6 tahun.

Individu pada masa kanak-kanak menderita GPPH, yang bersangkutan akan tetap menderitanya sampai masa remaja dan masa dewasa tanpa berkurang masalahnya. Masalah yang selalu tetap mengikuti penderita antara lain: agresif, sulit tidur, suka melanggar peraturan, norma-norma sosial, ada kalanya dapat menjadi anti sosial pada saat dewasa.

## **2. Hambatan Yang Ditimbulkan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

Hambatan perilaku yang ditimbulkan oleh gangguan GPPH adalah sebagai berikut:

- a) Hambatan belajar, yang berupa hambatan belajar bahasa, menulis dan membaca. Hambatan ini terjadi karena anak hanya dapat memusatkan perhatiannya pada suatu hal, tetapi tidak adapat memahami artinya.
- b) Hambatan pada prestasi akademik yang semula akibat dari hambatan belajar. Seorang yang mengalami hambatan belajar sudah tentu terganggu prestasi akademiknya.
- c) Mengganggu sosialisasi. Kemampuan anak untuk melakukan sosialisasi dengan benar terganggu, akibat anak dijauhi oleh teman-temannya.

## **2.2 Penatalaksanaan Bagi Anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

### **2.2.1 Pola Pengasuhan Orangtua (*Parenting*) Terhadap Anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)**

Orangtua anak dengan GPPH diberikan edukasi tentang kondisi anak dengan GPPH dan penyebabnya, sehingga mereka dapat berperan aktif dalam menangani anak di rumah, contohnya: memberikan pelukan atau hadiah atau sistem poin apabila anak berperilaku baik. Anak yang menunjukkan perilaku tidak baik akan diberikan konsekuensi ringan seperti tidak boleh bersepeda atau menonton televisi. Orangtua wajib memonitori atau melakukan observasi pada anak baik di luar maupun di dalam rumah, sehingga diharapkan orangtua memiliki strategi cara mengatasi masalah anak dan cara bermusyawarah dengan anak (Warsiki, 2010).

Seperti yang kita ketahui orangtua memiliki peran utama dalam masa pertumbuhan dan perkembangan anak mereka. Selain sebagai orangtua kedua bagi anak, guru hanyalah berperan sebagai perantara untuk membantu peran orangtua guna membentuk pribadi dan perilaku anak di sekolah. Maka dalam kasus ini sebelum penanganan ini dilakukan seorang guru di sekolah. Peran orangtua dalam mendidik dan membimbing anak di rumahlah yang sangat membantu anak yang mengalami Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH).

Yang harus dilakukan orangtua pada anak GPPH :

1. Sedini mungkin membiasakan anaknya untuk hidup dalam suatu aturan.

Dengan menerapkan peraturan secara konsisten, anak dapat belajar untuk mengendalikan emosinya.

2. Sedini mungkin memberikan kepercayaan dan tanggungjawab terhadap apa yang seharusnya dapat dilakukan anak.
3. Kenali kondisi diri dan psikis anak. Dengan mengenali, orangtua tak akan memberikan tekanan yang berlebihan, yang dapat menyebabkan penolakan anak untuk melakukan apa yang seharusnya ia lakukan.
4. Upayakan untuk menyediakan ruang belajar yang jauh dari gangguan televisi, mainan atau kebisingan
5. Sedini mungkin melakukan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan dan konsisten terhadap terapi yang sedang dijalankan oleh anak
6. Biasakan anak untuk mengekspresikan emosinya dalam bentuk tulisan atau gambar
7. Ajaklah anak berkreasi ke tempat-tempat yang indah. Hal ini akan membantu anak untuk berpikiran positif.
8. Penuhi kebutuhan tidur anak, yakni 8 jam pada malam hari, jangan sampai melewati pukul 21.00 karena tubuh akan melakukan pemulihan neuron yang bermanfaat untuk menstabilkan emosi dan hiperaktivitasnya
9. Batasi aktivitas anak; anak hanya boleh menonton TV, VCD, dan bermain computer selama 2 jam perhari
10. Biasakan anak untuk berpikir secara manual agar gangguan daya

konsentrasinya tidak bertambah parah, jangan biarkan anak menghitung dengan kalkulator.

Selain itu, adapun beberapa cara yang bisa dilakukan oleh orangtua untuk mendidik dan membimbing anak-anak yang tergolong hiperaktif :

1. Orangtua perlu menambah pengetahuan tentang Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)
2. Kenali kelebihan dan bakat anak
3. Membantu anak dalam bersosialisasi
4. Menggunakan teknik-teknik pengelolaan perilaku, seperti menggunakan penguat positif (misalnya memberikan pujian bila anak makan dengan tertib), memberikan disiplin yang konsisten, dan selaku memonitor perilaku anak
5. Memberikan ruang gerak yang cukup bagi aktivitas anak untuk menyalurkan kelebihan energinya.
6. Menerima keterbatasan anak
7. Membangkitkan rasa percaya diri anak
8. Bekerja sama dengan guru di sekolah agar guru memahami kondisi anak yang sebenarnya.

Pola asuh orangtua yang diterapkan pada anak hiperaktif usia prasekolah adalah tipe pola asuh demokratis. Orangtua memberikan stimulasi perkembangan motorik halus anak hiperaktif dengan membantu anak menggambar dan menulis. Orangtua perlu menyadari kondisi anaknya yang berkebutuhan khusus, sehingga orangtua tidak memaksakan

kehendaknya agar anak dapat segera menguasai materi yang diajarkan. Anak dibimbing untuk dapat memegang alat tulis dengan benar dan membimbing untuk membuat coretan di kertas yang telah disediakan. Orangtua juga terkadang perlu mengeluarkan kata-kata yang keras untuk mendapatkan perhatian dari anaknya.

Keluarga disarankan untuk lebih memperhatikan penggunaan *gadget* pada anak saat di rumah dengan cara memberikan batasan waktu untuk bermain *gadget* pada anak, mengalihkan perhatian anak dengan melakukan hal yang menarik seperti mengajak bermain anak bermain di luar rumah, mengajak anak untuk lebih banyak beraktivitas (olahraga, bermain, dll), dan bersosialisasi dengan teman sebayanya.

### **2.2.2 Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) Pada Anak**

Tujuannya adalah mengetahui secara dini anak adanya Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) pada anak umur 36 bulan ke atas. Dilaksanakan atas indikasi bila ada keluhan dari orangtua/pengasuh anak atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, BKB, petugas PAUD, pengelola TPA dan guru TK. Keluhan tersebut dapat berupa salah satu atau lebih keadaan di bawah ini:

1. Anak tidak bisa duduk tenang
2. Anak selalu bergerak tanpa tujuan dan tidak mengenal lelah
3. Perubahan suasana hati yang mendadak/impulsive

Alat yang digunakan adalah formulir deteksi dini Gangguan Pemusatan

Perhatian dan Hiperaktivitas/GPPH (Abbreviated Conners Rating Scale). Formulir ini terdiri dari 10 pertanyaan yang ditanyakan kepada orang tua/pengasuh anak/guru TK dan pertanyaan yang perlu pengamatan pemeriksa.

Cara menggunakan formulir deteksi dini GPPH:

1. Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas dan nyaring, satu persatu perilaku yang tertulis pada formulir deteksi dini GPPH. Jelaskan kepada orang tua/pengasuh anak untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab
2. Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan pertanyaan pada formulir deteksi dini GPPH
3. Keadaan yang ditanyakan/diamati ada pada anak dimanapun anak berada, misal ketika di rumah, sekolah, pasar, toko, dan lain-lain) setiap saat dan ketika anak dengan siapa saja
4. Catat jawaban dan hasil pengamatan perilaku anak selama dilakukan pemeriksaan
5. Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab

Interpretasi:

Beri nilai pada masing-masing jawaban sesuai dengan “bobot nilai” berikut ini, dan jumlahkan nilai masing-masing jawaban menjadi total

1. Nilai 0: jika keadaan tersebut tidak ditemukan pada anak
2. Nilai 1: jika keadaan tersebut kadang-kadang ditemukan pada anak
3. Nilai 2: jika keadaan tersebut sering ditemukan pada anak

4. Nilai 3: jika keadaan tersebut selalu ada pada anak

Bila nilai total 13 atau lebih anak kemungkinan dengan GPPH

Intervensi:

1. Anak dengan kemungkinan GPPH perlu dirujuk ke Rumah Sakit yang memberi pelayanan rujukan tumbuh kembang atau memiliki fasilitas kesehatan jiwa untuk konsultasi dan lebih lanjut.
2. Bila nilai total kurang dari 13 tetapi anda ragu-ragu, jadwalkan pemeriksaan ulang 1 bulan kemudian. Ajukan pertanyaan kepada orang-orang terdekat dengan anak (orangtua, pengasuh, nenek, guru, dan sebagainya).

Adapun jadwal kegiatan dan jenis skrining atau deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah sebagai berikut:

**Tabel 2.1 Jadwal dan Jenis Kegiatan Deteksi Dini Pertumbuhan Dan Perkembangan Pada Balita dan Anak Prasekolah**

Umur	Jenis Kegiatan Deteksi Dini Pertumbuhan dan Perkembangan							
	Pertumbuhan		Perkembangan			Mental Emosional		
	BB/TB	LK	KPSP	TDD	TDL	KMME	CHAT	GPPH
0 bln	√	√						
3 bln	√	√	√	√				
6 bln	√	√	√	√				
9 bln	√	√	√	√				
12 bln	√	√	√	√				
15 bln	√		√					
18 bln	√	√	√	√			√	
21 bln	√		√				√	

24 bln	√	√	√	√			√	
30 bln	√		√	√			√	
36 bln	√	√	√	√	√	√	√	√
42 bln	√		√	√	√	√		√
48 bln	√	√	√	√	√	√		√
54 bln	√		√	√	√	√		√
60 bln	√	√	√	√	√	√		√
66 bln	√		√	√	√	√		√
72 bln	√	√	√	√	√	√		√

Tenaga kesehatan yang berperan dalam SDIDTK adalah bidan sebagai pelaksana utamanya dan sesuai dengan tupoksinya. Hal ini sesuai dengan pendapat Soepardan (2007) yang mengatakan bahwa bidan dikenal sebagai professional yang bertanggungjawab untuk bekerja sebagai mitra perempuan dalam memberikan dukungan yang diperlukan, asuhan dan saran selama kehamilan, periode persalinan dan postpartum.

Meskipun sebenarnya tidak hanya bidan saja yang berperan akan tetapi bekerjasama dengan masyarakat serta keluarga. Sesuai dengan buku Pedoman Pelaksanaan SDIDTK , bahwa kegiatan stimulasi deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita yang menyeluruh dan terkoordinasi diselenggarakan dalam bentuk kemitraan antara keluarga, masyarakat dan tenaga profesional. Bidan selaku penanggung jawab utama dalam pelaksanaan SDIDTK mampu memberdayakan fungsi kader kesehatan.

### 2.2.3 Terapi-terapi Penunjang

#### 1. Terapi Pengobatan Untuk Anak yang Mengalami Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH)

Obat yang paling sering digunakan untuk penderita GPPH adalah *stimulants*. Seperti methylphenidates (merek-merek yang dikenal adalah Ritalin, Focalin, Metadare, Methylin, Concerta, dan Daytrana) dan amphetamines (Dexedrine, Adderall, dan Vyvanse); tetapi sejumlah jenis obat lain dapat digunakan juga.

Para dokter menggunakan stimulan untuk mengobati anak-anak prasekolah yang menderita GPPH. Satu presentase dari anak-anak yang tampaknya menderita GPPH ketika prasekolah mengatasi diagnosis itu di sekolah dasar. Oleh karena itu, wajib ada follow-up yang cermat, atas anak-anak prasekolah yang diberikan obat tersebut.

Beberapa studi menemukan bahwa anak-anak prasekolah kurang responsif terhadap pengobatan stimulan dan mengalami lebih banyak efek samping. Kemungkinan tingginya angka gangguan kecemasan dan suasana hati secara bersama, dan gangguan perilaku anak-anak prasekolah, telah menciptakan lebih banyak situasi yang kompleks dan membuat pengobatan anak-anak prasekolah menjadi lebih sulit. Karena hiperaktivitas adalah satu gejala terkemuka pada anak-anak prasekolah dan tingkat perhatian (*attentiveness*) yang dituntut tidak setinggi anak-anak usia sekolah, obat-obat seperti *clonidine* atau *guafacine* sering digunakan untuk mengobati anak-anak prasekolah yang

menderita GPPH.

Beberapa efek samping dari stimulan yang sudah digambarkan mencakup sakit kepala, pusing, gangguan tidur, sakit perut, dan kehilangan selera makan. Beberapa efek samping ini tidak terjadi pada setiap anak. Sering kali, bahkan jika terjadi tidak berlangsung lama.

## **2. Terapi Gerakan Tari untuk Menurunkan Hiperaktivitas Pada Anak GPPH**

Penerapan terapi gerakan tari dapat meningkatkan dopamin di otak sehingga mempengaruhi fungsi kerja korteks prefrontal menjadi lebih baik. Dimana hal itu membuat anak dengan GPPH dapat mengontrol aktivitas gerakannya menjadi lebih terpolat dan bertujuan sehingga terjadi penurunan hiperaktivitas. Terapi gerakan tari tersebut merupakan alternatif cara untuk mengajarkan anak-anak dalam menangani kelebihan energi (hiperaktif) karena menekankan pada gerakan ritmis alunan musik yang berpengaruh pada kontrol perilaku mereka. Terapi gerakan tari dilakukan menggunakan teknik *body movement, props, imagery and movement, space awareness and memory movement, dan group coordination* secara visual, auditori, dan kinestetik (D'Cruz, 2007)

Sebagian besar anak hiperaktif memiliki keinginan kuat untuk bergerak, sehingga banyak diantara mereka yang memiliki masalah motorik. Dikarenakan permasalahan tersebut, membuat tubuh mereka menjadi tegang dan emosi yang tidak terkendali. Dengan memberikan

latihan gerak yang ritmis dan sesuai dengan musik, maka mereka dapat menyalurkan kelebihan energinya dan dapat mengurangi ketegangan pada tubuh mereka sehingga gerakan mereka menjadi lebih terkontrol (Siegel dalam Gronlund, dkk, 2005).

### 3. **Pelatihan *Brain Gym***

*Brain Gym* otak adalah serangkaian latihan berbasis gerakan tubuh sederhana (Harini, 2010). Menurut Dennison dan Dennison (2009) *brain gym* yaitu serangkaian gerak sederhana yang menyenangkan dan dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan belajar dengan menggunakan garis tengah (*the midline movement*), gerakan meregangkan otot (*lengthening activities*), dan gerakan meningkatkan energi dan sikap penguatan (*energy exercises dan deeping attitudes*) dimana gerakan dalam *brain gym* ini sederhana dan bisa dilakukan pada saat bermain (Abiyoga, Putra, & Indira, 2017).

Manfaat yang diperoleh dari melakukan *brain gym* bermacam-macam salah satunya adalah untuk memberikan perhatian pada situasi yang sedang dihadapi (Nugroho, 2009). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuryana dan Purwanto (2010) juga menunjukkan bahwa *brain gym* dapat meningkatkan konsentrasi belajar pada anak. Penelitian lainnya seperti yang dilakukan oleh Harini (2010) terkait pengaruh *brain gym* terhadap perubahan perilaku pada anak ADHD menunjukkan hasil bahwa perhatian menjadi lebih baik, aktivitasnya lebih terkontrol, dan perilaku impulsif berkurang.