

Gangguan Kurang Perhatian dan Hiperaktifitas pada Anak

Erman

Gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas adalah suatu sindrom neuro-psikiatri yang sering dijumpai pada anak usia prasekolah. Gejala kurang perhatian dan hiperaktifitas dapat dijumpai bersamaan. Angka kejadian kelainan ini bervariasi di antara beberapa negara, namun di masing-masing negara menunjukkan kecenderungan meningkat. Penyebab pasti gangguan ini belum diketahui, oleh karena banyak faktor yang mempengaruhinya. Gejala klinis kadang-kadang sudah mulai tampak sejak bayi, dan berlanjut sampai usia pra sekolah, usia sekolah, dan dapat sampai usia remaja dan dewasa. Kriteria diagnosis yang dipakai berdasarkan kriteria DSM IV. Penatalaksanaan gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas adalah memadukan farmakoterapi (psiko-stimulan) dengan psikoterapi dan terapi multimodal lainnya. Prognosis tergantung pada diagnosis dini dan cepatnya intervensi yang dilakukan, serta metode pengobatan yang digunakan.

Kata kunci: DSM IV, maladaptif tingkat perkembangan, farmakoterapi, terapi multi modul.

Gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas adalah suatu sindrom neuro-psikiatri yang paling sering dijumpai pada anak usia prasekolah, keduanya dapat dijumpai bersamaan.¹

Anak memperlihatkan peningkatan aktifitas motorik, sering disertai dengan masalah konsentrasi, perhatian dan menurunkan kata hati.² Sejak 1902 hiperaktifitas pada anak kecil dikenal sebagai sindrom hiperaktifitas³. Sekarang diakui adanya hubungan antara anak yang kurang perhatian dan hiperaktifitas, yaitu mempunyai kesulitan dalam memusatkan perhatian.⁴ Sebelum tahun 1980, diagnosis penyakit ini didasarkan pada hasil empiris dari klinikus. Para klinikus yang bukan berasal dari Amerika mengalami kesulitan dan enggan membuat diagnosis karena tidak ada kriteria diagnosis yang jelas. Para ahli kesehatan Amerika Serikat pada tahun 1987 telah memasukkan diagnosis gangguan kurang perhatian dan

hiperaktifitas ini ke dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV).³

Gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas adalah suatu gangguan tingkah laku anak yang penyebab pastinya tidak diketahui;⁵ beberapa faktor kelainan neurobiologi dan pengaruh lingkungan disebut-sebut meningkatkan terjadinya gangguan ini.² Sim Guan dalam tulisannya menyatakan bahwa gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas adalah suatu kelainan perilaku pada masa anak usia pra sekolah dan sering berlanjut sampai dewasa dengan perilaku anti sosial. Oleh karena itu perlu dilakukan evaluasi yang cermat untuk menegakkan diagnosis awal, agar pengobatan dan intervensi yang tepat dapat dilakukan.⁴ Mengingat banyaknya gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas yang ditemukan dalam praktek sehari-hari yang kadang-kadang luput dalam pengamatan, maka pemantauan perkembangan anak menjadi sangat penting. Pemantauan yang baik akan menghasilkan deteksi dini kelainan perkembangan anak, sehingga intervensi dini dapat dilakukan dan tumbuh kembang anak dapat berlangsung lebih optimal, yang pada akhirnya kelainan perilaku waktu dewasa dapat

Alamat Korespondensi:

Dr. Erman, SpA(K)
Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK. USU/ RSUP H. Adam Malik Medan.
Jl. Bunga Lau No. 17 Medan.
Telepon: 836 0405, 8360143, 836 034. Fax.: 836 1721.

dihindarkan.

Tidak ada pemeriksaan ataupun laboratorium yang spesifik untuk menunjang diagnosis gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas.¹ Kecurigaan terhadap kelainan ini sebagian besar didapatkan dari anamnesis orang tua (ibu), guru, dan anggota keluarga lain. Tulisan ini bertujuan untuk mengemukakan besarnya angka kejadian dan etiologi gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas pada anak, kriteria diagnosis, penatalaksanaan dan prognosis.

Angka Kejadian

Penelusuran kepustakaan menunjukkan bahwa angka kejadian gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas pada anak sangat bervariasi di antara beberapa negara. Hal ini diakibatkan oleh beragamnya kriteria diagnosis yang dipakai. Di Amerika Serikat angka kejadiannya 1-12 %, Inggris kurang dari 1%, Cina sebelum 1978 tidak ada laporan namun setelah itu ada catatan angka kejadian berkisar 3-12%.⁶ Swenson melaporkan hasil penelitiannya selama 1990-1993 di Amerika, mendapatkan peningkatan jumlah dari 900.000 pada tahun 1990 menjadi 2.000.000 kasus pada tahun 1993. Angka kejadian pada populasi taman kanak-kanak di Amerika Serikat didapatkan sebesar 5-10%, anak laki-laki 4-6 kali lebih sering dari pada anak perempuan.^{3,7,8} Gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas sering ditemukan pada anak yang menderita retardasi mental, epilepsi, anak adopsi, serta anak dari orang tua/keluarga yang bermasalah (adanya konflik dalam keluarga).^{1,9}

Etiologi

Penyebab pasti gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas pada anak belum diketahui.^{2,3,7} Faktor genetik memainkan peran yang penting dalam terjadinya gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas anak.² Beberapa ahli berpendapat bahwa kelainan ini mungkin disebabkan oleh adanya defisiensi neurotransmitter di otak, tetapi sampai saat ini hal ini belum dapat dibuktikan.⁷ Sim Guan menggolongkan kelainan ini ke dalam sindrom biologis (neuro-psikiatri) yang erat hubungannya dengan adanya kelainan minimal otak (*minimal brain disfunction*).⁴ Selain rendahnya tingkat metabolisme glukosa di korteks

serebri, adanya resistensi terhadap hormon tiroid, disebut juga dapat mempengaruhi kelainan ini.^{1,2} Kerusakan neural dini, seperti asfiksia neonatal, ensefalitis, dan adanya riwayat gangguan yang sama atau skizoprenia pada orang tua, dianggap sebagai faktor predisposisi.^{3,4}

Gejala Klinis

Gejala klinis gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas pada anak sudah mulai tampak sejak bayi dan bisa berlanjut sampai usia dewasa.^{1,3,7,4} Gejala klinis yang tampak pada bayi sering berupa hiperaktifitas, kesulitan memberi makan, dan kesulitan tidur.

Gejala klinis pada usia sekolah adalah sering tidak terkontrol, sulit duduk tenang, gelisah, mudah tersinggung dan impulsif, juga ada kesulitan dalam memusatkan perhatian, sering tidak mendengar apa yang sedang dikatakan, sering kehilangan barang-barang yang rutin digunakan, melakukan aktifitas fisik yang merugikan dirinya dan bersikap acuh. Pasien sering mengganggu anak lain seusianya, bolos sekolah serta mengalami kesulitan di bidang akademis, menolak mengikuti instruksi, dan sering berurusan dengan aparat.^{1,2,3,4,7,11} Secara normal anak sudah mampu mempertahankan perhatiannya selama 9, 15, dan 30 menit.⁴ pada umur 3, 7 tahun dan usia sekolah. Anak dengan gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas sering mengalami stres emosional sebagai akibat sekunder dari pengaruh sosial yang negatif terhadap tingkah laku mereka sendiri. Stres emosional juga dapat timbul karena mengalami celaan dan hukuman dari orang tua, guru, atau akibat pengucilan oleh anak-anak sebayanya. Akibat lanjut dari kegagalan ini adalah anak sering mengalami depresi.^{2,7,12}

Kriteria Diagnosis

Untuk menetapkan diagnosis gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas, seorang klinikus harus betul-betul memahami perkembangan perilaku anak yang normal. Gejala-gejala berikut ini adalah bersifat maladaptif dengan tingkat perkembangan.^{2,3}

1. Bila ditemukan gejala-gejala di bawah ini
 - a. Tidak dapat memusatkan perhatian: bila 6 atau lebih dari gejala-gejala di bawah ini telah berlangsung sedikitnya selama 6 bulan, sampai

mencapai derajat tertentu yang bersifat mal adaptif dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangannya:

- Sering gagal dalam memberikan perhatian cermat terhadap rincian atau adanya kesalahan yang tidak disadari di sekolah atau dalam aktifitas lain.
 - Sering mengalami kesulitan dalam mempertahankan perhatian terhadap tugas, misalnya saat melakukan aktifitas bermain.
 - Sering tidak mendengarkan ketika berbicara secara langsung.
 - Sering tidak mengikuti perintah yang diberikan dalam menyelesaikan pekerjaan sekolah atau kewajiban lain di tempat kerja (bukan akibat perilaku perlawanan atau kegagalan untuk memahami perintah)
 - Sering mengalami kesulitan dalam mengorganisir tugas dan aktifitas
 - Sering mengalami atau enggan untuk melibatkan diri dalam tugas-tugas yang memerlukan upaya mental, seperti pekerjaan sekolah atau pekerjaan rumah.
 - Sering kehilangan barang-barang penting (buku, pensil, dan lain lain)
 - Mudah tersinggung
 - Sering lupa dalam aktifitas sehari-hari
- b. Hiperaktifitas / impulsif : 6 (atau lebih) dari gejala-gejala berikut telah berlangsung sedikitnya selama 6 bulan sampai derajat tertentu yang bersifat maladaptif dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan :
- Sering bermain-main dengan tangan atau kaki sendiri saat duduk
 - Sering meninggalkan tempat duduk dalam ruang kelas
 - Sering berlari atau memanjat secara ekstensif dalam situasi yang tidak tepat
 - Sering mengalami kesulitan untuk melibatkan diri dalam suatu aktifitas waktu senggang
 - Sering bertindak seperti mengawang dan bertindak seolah-olah dikendalikan oleh saraf motorik
 - Sering berbicara secara berlebihan
 - Sering mengaburkan jawaban sebelum pertanyaan diselesaikan
 - Sering mengalami kesulitan untuk menunggu giliran

- Sering mengganggu orang lain misalnya *nimbrung* dalam pembicaraan atau permainan

2. Gejala hiperaktif dan kurang perhatian ditemukan sebelum usia 7 tahun
3. Sebagian gangguan dan gejala kelainan bertahan dalam dua situasi atau lebih (misal di sekolah atau di rumah)
4. Terbukti dengan jelas (sangat nyata) secara klinis adanya gangguan dalam fungsi sosial, pendidikan, dan pekerjaan
5. Gejala-gejala tidak selamanya terjadi secara eksklusif selama serangan atau gangguan perkembangan yang pervasif, termasuk gangguan skizofrenia atau psikotik lain

Diagnosis Banding^{1,2,7,10}

Gejala-gejala gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas dapat menyerupai keadaan di bawah ini,

- Mental redardasi
- Kesulitan belajar
- Ansietas
- Petit mal
- Gangguan tingkah laku
- Gangguan afektif dengan ciri-ciri mania
- Skizofrenia anak
- Gangguan depresi

Tata Laksana

Terdapat beberapa metode pengobatan yang sering digunakan yaitu farmakoterapi dan terapi multi modal. Farmakoterapi dengan menggunakan obat-obatan stimulan tertentu ternyata efektif mengontrol hiperaktifitas dan kekurangan perhatian anak, bahkan mampu memperbaiki perilaku dan hubungan anak dengan keluarga.^{1,3} Psikostimulan telah lama digunakan dalam pengobatan anak dengan gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas.¹²⁻¹⁵ Sejak Charles Bradley menemukan amfetamin tahun 1970, sampai sekarang banyak penelitian obat stimulan dilakukan.^{14,15} Pemakaian psikostimulan untuk gangguan anak kurang perhatian dan hiperaktifitas di Amerika Serikat lebih kurang 750.000 anak per hari.¹⁶

Obat-obat psikostimulan yang sering digunakan adalah¹⁴⁻¹⁷

Amfetamin	: 0,15 mg/kgBB/kali (2-3 kali/hari)
Clonidin	: 0,15-0,3 mg/kali (3-4 kali/hari)
Desipramine	: 5 mg/hari (dosis tunggal)
Lithium Carbonat	: 10 mg/hari (dosis tunggal)
Methyl Phenidate	: 0,3 mg/kgBB/kali (2-3 kali/hari)
Pemoline	: <7 tahun 37,5 mg/hari (dosis tunggal) >7 tahun 75 mg/hari (dosis tunggal)

Setelah pemberian psikostimulan selama 4-8 minggu, hampir 70% anak dengan gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas memperlihatkan perubahan yang bermakna dalam perhatian, hiperaktifitas, dan impulsif.³ Beberapa efek samping psikostimulan adalah: insomnia, penurunan nafsu makan, iritabilitas, nyeri perut, sakit kepala, gangguan fungsi hati, dan penurunan berat badan.¹²⁻¹⁶ Multi-modal terapi yaitu memadukan farmakoterapi dengan psikoterapi serta metode pendekatan lingkungan, seperti di lingkungan keluarga dan di lingkungan sekolah. Dari hasil beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengobatan multi modal memberikan hasil yang lebih baik.^{2,7,18}

Prognosis

Beberapa hasil penelitian menyatakan bahwa sifat hiperaktifitas masa kanak-kanak akan terus berlangsung sampai masa remaja dewasa, dan sering disertai dengan alkoholisme, penyalahgunaan obat, membuat kekacauan di sekolah, dan melakukan tindakan kriminal.^{4,5,9} Biederman,dkk¹⁰. melakukan penelitian jangka panjang pada anak dengan gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas, mendapatkan pada 85% anak kelainannya menetap dan sampai dewasa muda memperlihatkan gangguan tingkah laku dan anti sosial. Diperlukan diagnosis awal dan penanganan dini, dengan menggunakan gabungan dari farmakoterapi dan psikoterapi, dan dukungan lingkungan keluarga dan sekolah akan memberikan hasil yang lebih baik.

Kesimpulan

- Gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas sering ditemukan pada usia pra sekolah dan dapat berlanjut sampai usia dewasa.
- Penggunaan obat stimulan dapat memperbaiki gangguan kurang perhatian dan hiperaktifitas

bahkan turut memperbaiki hubungan sosial anak.

- Prognosis tergantung pada diagnosis dini yang diikuti penanganan yang segera.

Daftar Pustaka

1. Kinsborne M. Disorders of mental development. Dalam: Menkes JH, penyunting. Textbook of Child Neurology. Edisi kelima. Los Angeles: Waverly Company, 1996. h. 947-52.
2. Wender EH, Solanto MV. Attention deficit/ hyperactivity disorder. Dalam: Hoekelman RA, penyunting . Primary Pediatrics Care. Edisi ketiga. St Louis: Mosby, 1996. h. 671-80.
3. Goldman LS, Genet M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention deficit / hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA 1998; 279:1100-07.
4. Sim Guan DK. Childhood behavioral problems and their management. J. Pediatr Obstet Gynecol 1997; 42:5-9.
5. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatr 1991; 148:564-77.
6. Man EM, Ikeda Y, Mueller CW. Cross – cultural differences in rating hyperactivity disruptive behaviors in children. Am J Psychiatr 1992; 149:1539-42.
7. Dalton R, Forman MA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Dalam: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, penyunting. Nelson textbook of Pediatrics. Edisi ke limabelas. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996. h. 91-3.
8. Berry CA, Shaywitz SE, Shaywitz BA. Girls with attention deficit disorder: A silent minority? A Report on behavioral and cognitive characteristics. Pediatr 1985; 76:801-9.
9. Fischer M, Barkley RA, Fletcher KE, Smallish L. The Adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social and emotional adjustment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1993; 32:324-32.
10. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Normalized functioning in youths with persistent attention deficit/ hyperactivity disorder. J. Pediatr 1998; 133:544-50.
11. Direktorat Kesehatan Jiwa Dirjen Yanmed Depkes RI, Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia, PPDGJ II (Ikhtisar singkat). Edisi kedua. Jakarta, 1985. h. 332-5.
12. Findling RL, Dogin JW. Psychopharmacology of ADHD: children and adolescents. J Clin Psychiatr 1998; 59:42-9.
13. Sylvester C. Psychopharmacology of disorders in children. Psychiatr Clin North Am, 1993; 16 (4):779-89.
14. Wilens TE, Biederman J. The Stimulants, Psychiatr Clin North Am 1992; 15:191-222.
15. Chiarello RJ , Cole JO. The use of psychostimulants in general psychiatry. Arch Gen Psychiatr 1987; 44:286-95.
16. Greenhill LL. Pharmacologic treatment of attention defi-

- cit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15:1-27.
17. Greenhill LL, Rieder RO, Wender PH, Buchbaum M, Zahn TT, Bethesda. Lithium carbonate in the treatment of hyperactive children. *Arch Gen Psychiatr* 1973; 28:636-40.
 18. Ialongo NS, Horn WF, Pascol JM. The effect of multimodal intervention with attention deficit disorder children: A 9 months follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1983; 32:182-9.