

KEJADIAN GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH) PADA ANAK PRA SEKOLAH DI RSUD DR LOEKMONOHADI KUDUS

Ika Trisanti, Indanah, Teguh Imam Prasetyo
Fakultas Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Kudus
Jl. Ganesa I Purwosari, Kudus, Indonesia

Abstrak

Saat ini sekitar 15-20% anak dengan kasus gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) yang akan menetap sampai mereka berusia remaja. Apabila kejadian GPPH menetap sampai remaja maka 50% nya akan menyebabkan terjadinya gangguan tingkah laku berupa gangguan kepribadian antisosial saat dewasa. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kejadian GPPH pada anak pra sekolah berdasarkan jenis kelamin. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif pada tahun 2020 di RSUD Dr Loekmonohadi Kudus. Hasil penelitian : Kejadian GPPH pada anak laki-laki 63% dan anak perempuan 37%. Kesimpulan: Kejadian GPPH pada anak lebih besar terjadi pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan.

Kata Kunci: Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH), jenis kelamin

Abstract

Currently about 15-20% of children with cases of attention deficit hyperactivity disorders (ADHD) will settle down until they are in their teens. If the incidence of ADHD persists into adolescence then 50% of it will cause behavioral disorders in the form of antisocial personality disorder in adulthood. The purpose of this study was to find out the incidence of ADHD in preschoolers based on gender. The research method used is descriptive in 2020 at Dr Loekmonohadi Kudus Hospital. Results of the study: Incidence of ADHD in boys 63% and girls 37%. Conclusion: ADHD incidence in children is greater in boys than girls.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorders (ADHD), sex.

I. PENDAHULUAN

Saat ini sering kita jumpai adanya kasus anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas atau disingkat dengan istilah GPPH. Dalam Bahasa Inggris GPPH dikenal dengan istilah ADHD (*Attention Deficit Hperactivity Disorder*). Gejala GPPH antara lain anak kesulitan memusatkan perhatian, aktivitas berlebih dan sering impulsif .

Anak yang mengalami GPPH pada umumnya tetap akan mengalami efeknya sampai mereka remaja karena gejala GPPH umumnya menetap. Kejadian GPPH pada anak (65-80%) akan menetap sampai anak tersebut memasuki usia remaja .

Sekitar 50% anak dengan gangguan tingkah laku akan mengalami gangguan kepribadian antisosial di masa dewasanya

Prevalensi gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) pada anak pra sekolah berkisar 3-10% . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* edisi ke-4 melaporkan prevalensi GPPH sebesar 2-7% diantara anak usia

pra sekolah . *American Psychiatric Association* memperkirakan 3-7 dari 100 anak sekolah menderita GPPH (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Penelitian lain menyebutkan prevalensi GPPH pada anak di seluruh dunia berkisar 4-7% .

Prevalensi GPPH di Indonesia masih sedikit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Semarang pada tahun 2016 – 2019 pada anak usia 4 – 5 tahun didapatkan angka prevalensi sebesar 15,5%. Sebanyak 111 subyek yang diteliti, didapatkan prevalensi GPPH 51 (45,9%) yang terdiri dari 43 (38,7%) laki-laki dan 8 (7,2%) perempuan. Jumlah GPPH tipe kombinasi 39 (76,5%), GPPH tipe kurangnya perhatian 7 (13,7%), dan GPPH tipe impulsivitas-hiperaktivitas sebesar 5 (9,8%) .

Berdasarkan data kunjungan rawat jalan bulan Maret sampai April 2020 di RSUD Dr. Loekomono Hadi Kudus didapatkan 35 anak. Dari jumlah tersebut, terdapat 12 anak GPPH dengan 7 anak berjenis kelamin laki-laki dan 5 anak berjenis kelamin perempuan yang terjadi pada anak usia pra sekolah.

Faktor dari gangguan pemusatan pemikiran dan hiperaktivitas (GPPH) bervariasi. Diyakini bahwa faktor genetik dan lingkungan ikut andil terhadap kejadian gangguan pemusatan pemikiran dan hiperaktivitas (GPPH). Beberapa penelitian juga menyebutkan kelahiran prematur, BBLR, ataupun pendidikan ibu selama kehamilan juga merupakan faktor penyebab gangguan pemusatan pemikiran dan hiperaktivitas (GPPH). Faktor jenis kelamin, prenatal (prematum dan preeklampsia), intranatal (asfiksia), neonatal (sepsis, hipoglikemia) merupakan faktor risiko GPPH.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui Kejadian Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) Pada Anak Pra Sekolah berdasarkan jenis kelamin di RSUD Dr. Loekmono Hadi Kudus.

II. LANDASAN TEORI

C. Gangguan Pemusatan Perhatian dengan Hiperaktivitas (GPPH)

1) Pengertian GPPH

Anak hiperaktif adalah anak yang mengalami gangguan pemusatan perhatian dengan hiperaktivitas (GPPH) dengan memiliki gejala utama yang tampak dalam perilaku seorang anak, yaitu interaksi, hiperaktif dan impulsif. Kondisi ini juga disebut sebagai gangguan hiperkinetik. (Aulia, 2010).

ADHD adalah singkatan dari Attention Deficit Hyperactivity Disorder atau dalam Bahasa Indonesia disebut Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH). Ini tidak berarti anak penyandang gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) mendapat perhatian yang kurang dari orang tua atau gurunya. Kita membicarakan attention deficit (kekurangan pemusatan perhatian) karena anak-anak ini mengalami kesulitan untuk melakukan pemusatan perhatian terhadap tugas-tugas yang diberikan kepada mereka. Sekalipun mempunyai motivasi yang baik, namun mereka sangat sulit untuk mengerjakannya, dan walaupun mengerjakannya maka mereka menghabiskan banyak tenaga bila dibandingkan dengan anak-anak lainnya.

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) adalah gangguan neurobehaviour pada anak, yang ditandai dengan adanya gejala berkurangnya perhatian dan atau aktivitas atau impulsivitas yang berlebihan. Kedua ciri tersebut merupakan syarat mutlak untuk diagnosis dan harusnya nyata pada lebih dari satu situasi.

2) Faktor Penyebab GPPH

Faktor risiko yang diduga meningkatkan kejadian GPPH adalah genetik. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa bila orang tua mengalami GPPH, sebagian anak mereka dijumpai mengalami gangguan tersebut

1. Faktor risiko lain adalah berbagai zat yang dikonsumsi oleh ibu saat hamil yaitu tembakau dan alkohol.
2. Riwayat berat badan lahir yaitu seperti BBLR juga diduga dapat meningkatkan risiko kejadian GPPH pada anak, meskipun belum diketahui apakah gejala GPPH akan ada sampai anak menjadi dewasa.
3. Faktor riwayat usia gestasi yaitu lahir prematur juga diduga meningkatkan kejadian GPPH dan hal ini diperkuat beberapa penelitian lain yang melaporkan bahwa 30% anak yang lahir pada usia kehamilan 36 minggu mengalami GPPH pada usia sekolah. Bayi prematur juga lebih rentan terhadap masalah perkembangan termasuk GPPH.
4. Faktor risiko lain yang juga diduga dapat meningkatkan kejadian GPPH tetapi belum banyak dilakukan penelitian adalah riwayat persalinan dengan ekstraksi forceps.
5. Faktor riwayat kejang demam juga diduga meningkatkan kejadian GPPH selain faktor riwayat trauma kepala pada anak.
6. Jenis kelamin lebih sering terjadi pada anak laki-laki. Perkiraan rasio antarlaki-laki dan perempuan sebesar 3:1 dan 4:1 pada populasi klinik, serta 2:1 di komunitas.
7. Kejadian faktor umur 30%-50% anak dengan GPPH akan berlanjut sampai dewasa. Gejala hiperaktif akan menurun sesuai dengan bertambahnya usia karena berkembangnya sistem kontrol diri dan proses maturasi, sedangkan gejala gangguan perhatian menetap hingga dewasa. Mungkin hal tersebut dapat menjelaskan faktor umur.

3) Ciri –ciri GPPH

Menurut Paternotte (2010) ciri-ciri anak dengan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* antara lain :

a) Gangguan perhatian dan konsentrasi

Anak-anak dengan GPPH akan sangat kesulitan mempertahankan perhatiannya pada suatu tugas tertentu. Kesulitan ini bukan disebabkan karena

adanya rangsangan-rangsangan luar yang mengganggu mempertahankan perhatiannya. (yang dimaksud rangsangan-rangsangan di sini adalah segala sesuatu yang berkaitan dengan pencandraan melalui pancaindra, yaitu apa yang dilihat, didengar, rasakan, cium dan rasa dengan pengecap). Anak-anak dengan GPPH mempunyai kesulitan untuk mendorong rangsangan-rangsangan tadi menjauh dari kesadarannya. Misalnya saja, di sekolah mereka bukan hanya mendengarkan gurunya tapi mereka juga mendengar bunyi mobil di luar, pesawat terbang di angkasa, bunyi gemeretak kursi di sebelahnya. Mereka bukan hanya melihat guru yang tengah menjelaskan, tetapi mereka juga melihat gambar di papan, garis-garis di baju teman sebelahnya. Semua ini akan menjadikannya membutuhkan energi ekstra agar dapat berkonsentrasi, dan untuk tidak mempedulikan rangsangan-rangsangan yang tak penting tadi. Hal ini tidak ada kaitannya dengan seberapa tinggi atau rendahnya inteligensia, atau ketidakmampuan si anak, namun berkaitan dengan fungsi otak yang bekerja tidak sama dengan anak-anak lain.

b) *Impulsivitas*

Anak dengan GPPH biasanya sangat impulsif. Mereka memberi jawaban sebuah pertanyaan sebelum mereka benar-benar mendengar, atau memulai tugas sebelum mereka benar-benar membaca atau mengetahui apa yang diharapkan. Mereka berdiri begitu saja di atas kursinya. Naik ke berbagai tempat tanpa rasa takut, atau memukul anak lain sebelum mereka mendapatkan rasa sakit dari anak lain. Pendek kata, mereka berbuat tanpa memikirkan akibat apa yang akan terjadi. Mereka mempunyai kekurangan pada kerja sistem kontrol yang merupakan fungsi rem, yang dapat mengatur perilaku mereka.

Hal ini merupakan gambaran normal dari anak-anak yang masih muda sekali. Secara normal, perkembangan fungsi ini mengikuti usia anak, tetapi tidak demikian halnya dengan anak-anak GPPH. Perkembangan ini pada anak GPPH jelas

mengalami ketertinggalan. Begitu pula dengan anak-anak yang sudah puber, kita dapat melihat perilakunya seperti anak taman kanak-kanak. Saat ini telah diketahui bahwa keadaan ketertinggalan ini juga disebabkan oleh faktor biologis

c) *Hiperaktivitas*

Sejak masih muda sekali anak GPPH adalah anak-anak yang selalu bergerak. Mereka terus bergerak sepanjang hari, dan tidak dapat diam duduk di kursinya. Mereka tak pernah tenang, mudah tegang, dan frustrasi. Anak-anak ini sendiri di dalam hatinya selalu merasa tak tenang. Dibutuhkan banyak energi baginya untuk duduk diam dan tenang. Saat mereka sudah besar, hiperaktivitasnya akan berkurang, yang tertinggal adalah “hiperaktivitas kecil” misalnya mengutik-ngutik dengan jari, bergoyang-goyang, atau berputar-putar.

d) *Tidak selalu tidak bisa diam*

Justru yang membingungkan adalah bahwa tidak selalu anak GPPH itu tidak bisa diam, dan juga cepat beralih perhatiannya. Mereka juga dapat berkonsentrasi pada film yang menarik, atau permainan di komputer, atau pada hal-hal yang menarik baginya. Bagi orang luar hal ini akan memancing kesan bahwa, “Dia sebenarnya bisa mengerjakan tugas tersebut, asal mau.” Anak-anak dengan GPPH tentu saja dapat berkonsentrasi, tetapi untuk itu sang anak membutuhkan banyak dorongan. Dengan kata lain jika dia pikir benar-benar menarik, maka dia akan dapat berkonsentrasi. Pada saat-saat lain, konsentrasi akan menuntut banyak energi dan ketegangan bila dibandingkan dengan anak-anak lain. Anak GPPH juga mempunyai keparahan perilaku GPPH yang beragam. Jadi mereka tidak selalu dan sama derajat keaktifannya, impulsif atau ketidakmampuan berkonsentrasinya.

e) *Orkestra tanpa dirigen*

Pada anak-anak GPPH terjadi adanya fungsi pengaturan yang bekerja tidak baik. Hal ini sering menyebabkan kesulitan-kesulitan sebagai berikut :

1. Adalah anak sangat sulit baginya untuk melakukan koordinasi kegiatan yang kompleks (memakai baju yang terdiri

dari beberapa potong akan merupakan kegiatan yang sulit baginya, terlebih apabila potongan pakaian tersebut tidak tersedia dalam urutan)

2. Ia tidak bisa bekerja mencapai tujuan di dalam situasi yang baru, ia tidak bisa berhasil untuk segera membuat suatu “perencanaan”, mana yang pertama harus dikerjakan. Dalam situasi sederhana yang sudah dikenal, ia membutuhkan lebih sedikit fungsi pengaturan tersebut karena ia sudah dapat bekerja dengan pola perilaku yang terotomatisasi
3. Ia tidak dapat secara cepat belajar dari pengalaman-pengalamannya, dan tidak memperhitungkan efek dari perilakunya
4. Karena itu ia tidak membiasakan pengalaman-pengalamannya untuk digunakan (secara tak sadar) sebagai jalan pengambilan keputusan tentang perilakunya
5. Ia sering kali memilih jalan pintas atau *reward*/hadiah. Hal ini membuat sangat sulit untuk merangsang pemahamannya bahwa *reward* saat ini adalah upaya-upaya untuk mencapai *reward* berikutnya

Banyak ahli mengumpamakan fungsi pengaturan di otak dengan dirigen sebuah orkestra, tanpa dirigen maka instrumen-instrumen musik akan sulit dimainkan, yang terjadi adalah tidak adanya kerja sama yang menghasilkan bunyian musik yang harmonis.

f) *Bicara dalam hati*

Bicara dalam hati merupakan salah satu alat agar dapat menggunakan fungsi pengaturan supaya dapat mengerjakan tugas-tugas. Alat ini adalah kemampuan anak-anak yang berkembang dengan sendirinya. Saat seorang anak masih di bangku taman kanak-kanak seringkali ia berbicara keras-keras pada dirinya sendiri, namun ditahun berikutnya akan lebih perlahan, dan saat sudah duduk di bangku akhir sekolah dasar ia hanya akan bicara dengan dirinya sendiri di dalam hati, tidak terdengar oleh orang lain. Berbicara dalam hati adalah alat yang sangat penting agar perilaku kita dapat diukur, kita akan lebih menggunakannya bila kita akan mengontrol diri kita. Apabila kita membuat perencanaan maka kita juga dapat melihat sendiri apakah perencanaan yang kita buat itu realistis atau tidak.

Perkembangan bicara dalam hati pada anak GPPH seringkali tertinggal bila dibandingkan dengan teman seusianya (begitu pula akan terjadi pada anak yang

mengalami gangguan perkembangan bahasa dan bicara, dan juga kadang pada penyandang disleksia). Bilamana faktor bicara dalam hati kurang berfungsi dengan baik, maka anak tersebut akan tetap perlu mendapatkan arahan dan akan sangat tergantung kepada bantuan dari luar atau oranglain. Hal ini juga merupakan alasan mengapa anak-anak GPPH sangat membutuhkan struktur. Dengan struktur tersebut mereka akan dapat diarahkan. Hal ini dibutuhkan karena mereka tidak bisa membawa dirinya sendiri ke dunia luar.

4) Deteksi Dini GPPH pada Anak Prasekolah

Tujuan dari deteksi dini adalah untuk mengetahui secara dini anak adanya Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) pada anak umur 36 bulan ke atas. Jadwal deteksi dini GPPH pada anak prasekolah dilakukan atas indikasi atau bila ada keluhan dari orang tua/pengasuh anak atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, pengelola TPA dan guru TK. Keluhan tersebut dapat berupa salah satu atau lebih keadaan berikut:

- a) Anak tidak bisa duduk tenang,
- b) Anak selalu bergerak tanpa tujuan dan tidak mengenal lelah, dan
- c) Perubahan suasana hati yang mendadak/impulsif

Alat yang digunakan untuk deteksi dini adalah formulir deteksi dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas/GPPH (*Abbreviated Conners Rating Scale*). Formulir ini terdiri 10 pertanyaan yang ditanyakan kepada orang tua/pengasuh anak/guru TK dan pertanyaan yang perlu pengamatan pemeriksa. Cara menggunakan formulir deteksi dini GPPH sebagai berikut:

1. Ajukan pertanyaan dengan lambat, jelas, dan nyaring, satu persatu perilaku yang tertulis pada formulir deteksi dini GPPH. Jelaskan kepada orangtua/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 di manapun anak berada, misal ketika di rumah, sekolah, pasar, toko, setiap saat dan ketika anak dengan siapa saja.
4. Catat jawaban dan hasil pengamatan perilaku anak selama dilakukan.

Hasil dari skoring deteksi dini kemudian diinterpretasi dengan cara memberikan nilai pada setiap jawaban sesuai dengan “bobot nilai” berikut ini dan jumlahkan nilai setiap jawaban menjadi nilai total. Apabila nilai total 13 atau lebih anak kemungkinan dengan GPPH. Berikut cara pemberian nilai pada formulir deteksi dini GPPH:

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

Setelah ditemukan adanya potensi GPPH, maka perlu adanya Intervensi agar tidak terjadi lebih lanjut lagi dengan tahapan sebagai berikut ini:

1. Anak dengan kemungkinan GPPH perlu dirujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas kesehatan jiwa/tumbuh kembang anak untuk konsultasi dan lebih lanjut.
2. Apabila nilai total kurang dari 13 tetapi Anda ragu-ragu, jadwalkan pemeriksaan ulang 1 bulan kemudian. Ajukan pertanyaan kepada orang-orang terdekat dengan anak orang tua, pengasuh, nenek, guru, dan sebagainya.
3. Jadwal kegiatan dan jenis skrining/deteksi dini adanya penyimpangan
4. Tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah oleh tenaga (Kemenkes RI., 2016).

5) Dampak GPPH

Dampak dari Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktifitas adalah sebagai berikut:

1. Anak tidak dapat mengikuti kegiatan belajar dengan baik
2. Anak sering tidak patuh terhadap perintah orang tua
3. Anak sulit diajak hidup disiplin

Apabila gangguan hiperkinetik (GPPH) tidak diobati maka akan menimbulkan hambatan penyesuaian perilaku sosial dan kemampuan akademik dilingkungan rumah dan sekolah. Hal ini mengakibatkan perkembangan anak tidak optimal dengan timbulnya gangguan perilaku di kemudian hari. Kondisi lain yang menyertai gangguan hiperkinetik adalah:

1. Gangguan tingkah laku
2. Sikap menentang
3. Depresi
4. Gangguan cemas

5. Kesulitan belajar
6. Retardasi mental
7. Gangguan pemusatan perhatian (disorder of attention)
8. Gangguan pengendalian motoric (disorder of motor control)
9. Gangguan persepsi (disorder of perception/DAMP)
10. Autis

6) Komplikasi GPPH

Komplikasi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) menurut umur anak dapat di lihat sebagai berikut:

a) Masa bayi

1. Sulit tenang
2. Sulit tidur
3. Tidak ada nafsu makan

b) Masa prasekolah

1. Terlalu aktif
2. Keras kepala
3. Tidak pernah merasa puas
4. Suka menjengkelkan
5. Tidak bisa diam
6. Sulit beradaptasi dengan lingkungan

c) Usia sekolah

1. Sulit berkonsentrasi
2. Sulit memfokuskan perhatian
3. Pencapaian akademik kurang
4. Sulit membaca dan mengerjakan aritmatika
5. Impulsif
6. Hubungan dengan teman sebaya buruk (sering kali akibat perilaku agresif dan kata-kata kasar dan menusuk yang diungkapkan).

d) Adolescent atau masa remaja

1. Tidak dapat tenang
2. Sulit untuk berkonsentrasi dan mengingat
3. Tidak konsisten dalam sikap dan penampilan

7) Penatalaksanaan

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 memonitor atau melakukan observasi

pada anak baik diluar maupun didalam rumah, sehingga diharapkan orangtua memiliki strategi cara mengatasi masalah anak dan cara bermusyawarah dengan anak (Juniar, 2014).

Seperti yang kita ketahui orangtua adalah peran utama dan sangat utama dalam mengembangkan massa 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 oleh seorang guru di sekolah. Peran orang tua dalam mendidik dan membimbing anak di rumah lah yang sangat membantu anak yang mengalami gangguan pemusatan (hiperaktif). Yang harus dilakukan orang tua 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, orang tua tak akan memberikan tekanan yang berlebihan, yang dapat menyebabkan penolakan anak untuk melakukan apa yang seharusnya mereka 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 berekreasi 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 orang tua untuk mendidik dan membimbing anak-anak yang tergolong hiperaktif :

1. Orang tua perlu menambah pengetahuan tentang gangguan hiperaktivitas.
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 selalu 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.

D. Anak Prasekolah

Periode prasekolah mendekati tahun antara 3 dan 6 tahun. Anak-anak menyempurnakan penguasaan terhadap tubuh mereka. Perkembangan fisik pada anak usia prasekolah berlangsung menjadi lambat, dimana perkembangan kognitif dan psikososial terjadi cepat (Kozier, 2010)

Kemampuan motorik, anak prasekolah mampu mencuci tangan dan wajah, serta menyikat gigi mereka. Mereka merasa malu untuk memperlihatkan tubuh mereka. Biasanya, anak prasekolah berlari dengan keterampilan yang meningkat setiap tahunnya. Setelah usia 5 tahun, anak berlari dengan sangat terampil dan dapat melompat tiga langkah. Anak prasekolah dapat berdiri seimbang di atas jari-jari kaki dan dapat mengenakan pakaian tanpa bantuan (Kozier, 2010).

Menurut Montessori (dalam Noorlaila 2010), bahwa pada usia 3-5 tahun anak-anak dapat diajari menulis membaca, dikte dengan belajar mengetik. Sambil belajar mengetik anak-anak belajar mengeja, menulis dan membaca. Usia taman kanak-kanak merupakan kehidupan tahun-tahun awal yang kreatif dan produktif bagi anak-anak. Oleh karena itu sesuai dengan kemampuan tingkat perkembangan dan kepekaan belajar mereka kita dapat juga mengajarkan menulis, membaca dan berhitung pada usia dini. Jadi adanya pendidikan prasekolah dan adanya tugas perkembangan yang diemban anak-anak, diperlukan adanya pembelajaran yang

menarik dan menyenangkan bagi anak-anak yang selalu “dibungkus” dengan permainan, suasana riang, enteng, bernyanyi dan menarik.

Rentang usia 3-6 tahun, terjadi kepekaan untuk peneguhan sensoris, semakin memiliki kepekaan indrawi, khususnya pada usia 4 tahun memiliki kepekaan menulis dan pada usia 4-6 tahun memiliki kepekaan yang bagus untuk membaca. Ciri fisik anak prasekolah dalam penampilan maupun gerak gerak prasekolah mudah dibedakan dengan anak yang berada dalam 15 tahapan sebelumnya yaitu umumnya anak sangat aktif, mereka telah memiliki penguasaan (kontrol) terhadap tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan yang dilakukan sendiri. seperti memberikan kesempatan kepada anak untuk lari memanjat dan melompat.

Ciri sosial anak prasekolah biasanya bersosialisasi dengan orang di sekitarnya. Umumnya anak pada tahapan ini memiliki satu atau dua sahabat, tetapi sahabat ini cepat berganti, mereka mau bermain dengan teman. Sahabat yang dipilih biasanya sama jenis kelaminnya. Tetapi kemudian berkembang sahabat yang terdiri dari jenis kelamin yang berbeda.

Ciri emosional anak prasekolah yaitu cenderung mengekspresikan emosinya dengan bebas dan terbuka. Sikap marah sering diperlihatkan oleh anak pada usia tersebut, dan iri hati sering terjadi. Mereka sering kali mempeributkan perhatian guru. Ciri kognitif anak prasekolah umumnya telah terampil dalam bahasa. Sebagai besar dari mereka senang bicara, khususnya dalam kelompoknya. Sebaiknya anak diberi kesempatan untuk bicara. Sebagian mereka perlu dilatih untuk menjadi pendengar yang baik.

III. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah diskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran atau diskriptif tentang suatu keadaan secara obyektif. Dalam penelitian ini menggambarkan kejadian GPPH pada anak pra sekolah di RSUD Dr Loekmonohadi Kudus. Penelitian dilakukan di di RSUD Loekmonohadi Kudus pada tahun 2019. Variabel yang dipakai dalam penelitian ini adalah kejadian GPPH pada anak pra sekolah. Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak pra sekolah yang GPPH pada tahun 2019 yang diperiksa di RSUD Dr Loekmonohadi Kudus. Teknik sampling yang digunakan adalah accidental sampling. Accidental sampling adalah pemilihan subjek sampel berasal dari individu-individu yang secara kebetulan dijumpai. Jumlah sampel adalah 54 orang. Analisa

data menggunakan univariat untuk menganalisa variabel-variabel deskriptif dengan menghitung kontingensi dan proporsi untuk mengetahui karakteristik subjek penelitian.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr Loekmono Hadi Kabupaten Kudus selama bulan Agustus 2019 sampai Oktober 2019 didapatkan jumlah keseluruhan sample pada penelitian ini sebanyak 54 anak yang berusia 3-6 tahun.

Tabel 1. Distribusi frekuensi variabel jenis kelamin pasien GPPH (n = 54)

No	Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
1	Jenis kelamin		
	Laki-Laki	34	63
	Perempuan	20	37

Tabel 1 diatas memperlihatkan bahwa berdasarkan variabel jenis kelamin diketahui responden terbanyak Berdasarkan jenis kelamin diketahui responden laki-laki berjumlah 34 responden (63 %) dan responden perempuan berjumlah 20 responden (37 %).

Hal ini sejalan dengan Penelitian juga menunjukkan bahwa anak yang terdeteksi GPPH paling banyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 385 anak dibandingkan perempuan hanya sebanyak 226 anak. Anak laki-laki memiliki angka kejadian yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan dalam mengalami gangguan ini, dengan rasio 3-4:1. Insiden GPPH pada anak remaja dan dewasa lebih rendah dibandingkan dengan anak usia sekolah dasar.

Menuru Dessy (2019) menyebutkan anak dengan GPPH paling banyak berjenis kelamin lelaki yaitu 30 orang (71,4%) sedangkan perempuan sebanyak 12 orang (28,6%).

Hasil ini sejalan dengan penelitian Golmirzaei dkk (2013), melaporkan bahwa GPPH didiagnosis tiga kali lebih banyak pada anak laki-laki dibandingkan perempuan. Diperkirakan sekitar 2%-20% anak usia prasekolah di Amerika Serikat mengalami GPPH dan rasio anak laki-laki dan perempuan berkisar antara 3-5:1. Di kalangan usia remaja, angka kejadian GPPH menurun, baik pada perempuan maupun laki-laki, tetapi jumlah anak laki-laki tetap lebih banyak daripada perempuan dengan rasio perbandingan 3:1. Rasio ini bahkan lebih tinggi lagi dalam sampel klinis, perbandingannya mencapai 6:1 atau bahkan lebih.

Anak-anak dengan GPPH umumnya keras kepala dan impulsif. Ketika tidak mendapatkan

sesuatu yang diinginkan anak menjadi marah dan temper tantrum. Beberapa anak dengan GPPH bersikap tidak empatik, suasana perasaan yang sering berubah-ubah, gelisah, dan cepat marah. Masalah berinteraksi seringkali terjadi karena kondisi tersebut. Keluarga merasa jengkel dengan perilaku anak GPPH. Kekesalan tersebut tidak jarang dilampiaskan dengan berlaku kasar, sering menghukum bahkan memukul, berespon lebih negatif, lebih banyak perintah dan larangan, serta memberikan sedikit respons terhadap permintaan anak dengan GPPH dibandingkan dengan anak lainnya.

Josephine dan Kapil (2019) melaporkan bahwa hampir semua gejala GPPH timbul setelah usia 3 tahun dan sebelum usia 7 tahun. Bahkan, gejala ini kemudian berlanjut sampai dewasa serta memengaruhi hubungan interpersonal, kemampuan akademik, serta masalah dalam keluarga dan pekerjaan. Mayoritas subyek yang mengalami gangguan ini mulai membutuhkan bantuan pada usia 6-9 tahun, walaupun banyak orangtua yang menginformasikan bahwa masalah telah muncul sejak anak duduk di Taman Kanak-kanak.

Menurut Gamayanti dkk, (2005), hubungan berat badan lahir rendah dengan GPPH dapat dijelaskan secara umum dengan adanya restriksi pertumbuhan janin yang disebabkan asupan energi yang berkurang terhadap pertumbuhan organ. Restriksi pertumbuhan ini menyebabkan sub-optimal luaran perkembangan saraf di kemudian hari. Berat lahir rendah mengurangi volume *grey matter* dan *white matter*, menyebabkan gangguan fungsi koordinasi terhadap atensi, disfungsi eksekutif, dan fungsi kognitif. Dismaturitas juga berhubungan dengan *biological programing* atau peningkatan kerentanan terhadap kematian sel neuron. Kekurangan sel neuron, baik karena asupan energi yang berkurang selama kehamilan maupun kerentanan kematian neuron yang berhubungan dengan *biological programing*, akan menghasilkan sekuele neurologi dan gangguan perkembangan kortikal dan koneksitas di otak. Gangguan neurologi ini akan menyebabkan gangguan penurunan atensi dan peningkatan hiperaktivitas yang bermuara pada peningkatan gejala GPPH itu sendiri.

V. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian tentang jenis kelamin, umur, berat badan lahir dan usia gestasi dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) di RSUD Dr. Loekmono Hadi Kudus dapat disimpulkan sebagai berikut:

Hasil penelitian yang mengenai jenis kelamin pada pasien gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) di ruang Poliklinik Tumbuh Kembang di RSUD Dr. Loekmono Hadi Kudus, didapatkan bahwa hasil responden laki-laki berjumlah 34 responden (63 %) dan responden perempuan berjumlah 20 responden (37 %).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahman, Mulyono. 2003. Pendidikan Bagi Anak Berkesulitan Belajar. Jakarta: Penerbit Kerjasama Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan dengan Rineka Cipta.
- Altenbach-Brennan. 2010. Teaching Aquatic Skills to Children with Autism Spectrum Disorders.
- Ardadinata. 2010. 7 Aspek Perkembangan Anak.
- Aryanti, L. 2006. Perkembangan Sensori Motor Dalam Proses Belajar Konferensi Nasional Neurodevelopmental II. Jakarta
- Chrysagis, Nikolaos., Angeliki Douka., Michail Nikopoulos., Fonteini Apostolopoulou., Dimitra Koutsouki. 2009. Effect of an Aquatic Program on Gross Motor Function of Children with Spatic Cerebral Palsy. Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi (Terjemahan E. Koeswara). Bandung: PT. Refika.
- Elder, Terri. 1995. Water Fun and Fitness. Library of Congres Cataloging- inpublication Data. USA
- Ekowarni, Endang. 2000. Tinjauan Psikoterapi Pengelolaan Hiperaktivitas Anak Dalam Keluarga. Seminar Pengelolaan Anak Hiperaktif. Semarang: Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Bersama Himpunan Psikologi Indonesia wilayah Jawa Tengah.
- Flanagen Robb, LCPC. 2005. ADHD Kids. Menjadi Pendamping Bijak Bagi Anak Penderita ADHD. Jakarta: PT. Prestasi Pustaka Karya.
- Gamayanti, I.L., Kumara A., dan Sumaryono, S. 2005. Pengembangan Media Audio Visual Elektronik untuk Penanganan Gangguan Pemusatan Perhatian/ Hiperaktifitas(GPPH) Pada Anak. Laporan Penelitian (tidak diterbitkan). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.