

ISBN: 978-602-361-037-2

# PROCEEDING BOOK

## 2<sup>nd</sup> NATIONAL CONFERENCE CHILD & ADOLESCENCE PSYCHIATRY

### NEUROBEHAVIOR PROBLEMS AND DISORDERS ACROSS DEVELOPMENTAL LINES: FROM INFANCY THROUGH ADOLESCENCE

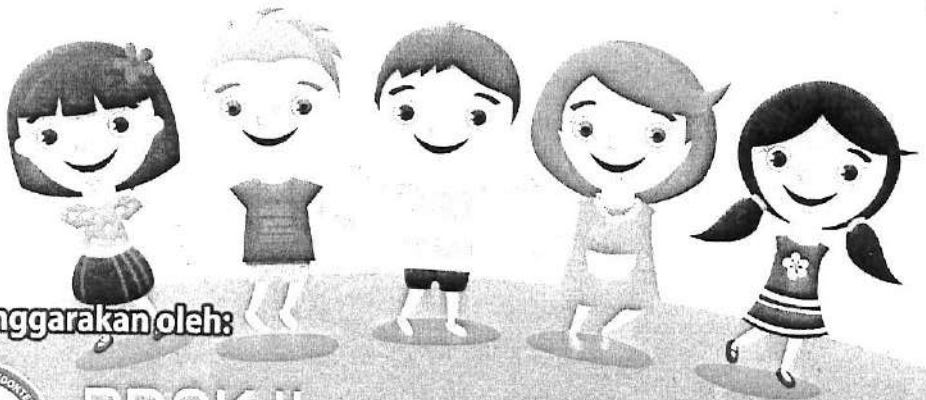
Surakarta, 8 - 10 April 2016

Diselenggarakan oleh:



**PDSKJI**

PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN JIWA INDONESIA  
SEKSI PSIKIATRI ANAK DAN REMAJA



Copyright © 2016

Hak Cipta pada penulis dan dilindungi Undang-undang

**Proceeding Book** 2<sup>nd</sup> National Conference Child & Adolescence  
Psychiatry Neurobehavior Problems And Disorders Across Developmental  
Lines: From Infancy Through Adolescence Surakarta, 8 – 10 April 2016  
Best Western Hotel, Surakarta

Penyusun : TIM PDSKJI

Desain Cover : Ali

Layouter : Tim MUP

**Diselenggarakan Oleh:**

Seksi Psikiatri Anak dan Remaja

Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (PDSKJI)

**Diterbitkan:**

Muhammadiyah University Press

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Jl. A Yani Pabelan Tromol Pos 1 Kartasura Surakarta 57102

Telp. (0271) 717417-280-email: muppress@ums.ac.id

Perpustakaan Nasional RI: Data Katalog Dalam Terbitan

---

Proceeding Book 2<sup>nd</sup> National Conference Child & Adolescence  
Psychiatry: Neurobehavior Problem and Disorders Across Developmental  
Line: from Infancy Through Adolescence, Best Western Hotel, Surakarta 8-  
10 April 2016 /Penyusun; Tim PDSKJI.--Surakarta: Muhammadiyah  
University Press, 2016

vi, 246 hal, 25 cm

ISBN: 978-602-361-037-2

1.Psychiatry

I. Judul

---

**Penulis:**

Amel Yanis  
Andre Sourander  
Budi Pratiti  
David Kinzie  
Dwidjo Saputro  
Eliyati D. Rosadi  
Endang Warsiki  
Erik Kinzie  
Erlina Sutjiadi  
Fransiska Kaligis  
Gitayanti Hadisukanto  
Ika Widyawati  
Irawati Ismail  
Jan Prasetyo  
Lestari Basuki  
Melly Budhiman  
Noorhana SW  
Sasanti Yuniar  
Surilena  
Suzy Yusna Dewi  
Tjhin Wiguna  
Veranita Pandia  
Yunias Setiawati

# SUSUNAN PANITIA

## **PELINDUNG / PENASEHAT:**

Dr. Danardi Sosrosumihardjo,  
SpKJ(K)  
Prof. Dr. dr. W. Edith Humris,  
SpKJ(K)  
Prof. Dr. dr. Lestari Basuki, SpKJ(K)  
Prof. Dr. dr. Endang Warsiki,  
SpKJ(K)  
Prof. dr. Jusuf Simbolon, SpKJ(K)  
Prof. dr. Nuraini Malawat, SpKJ(K)  
dr. Melly Budiman, SpKJ(K)  
dr. Jan Prasetyo, SpKJ(K)

## **KETUA UMUM:**

dr. Ika Widyawati, SpKJ (K)

## **PANITIA PENGARAH:**

Dr. dr. Tjhin Wiguna, SpKJ (K)  
Prof. Dr. dr. R Irawati Ismail,  
SpKJ(K), M.Epid  
dr. Jan Prasetyo, SpKJ(K)  
dr. Sasanti Yuniar, SpKJ(K)  
Dr. dr. Dwidjo Saputro, SpKJ(K)  
Dr. dr. Veranita Pandia, SpKJ(K)  
dr. Noorhana SW, SpKJ(K)  
dr. Gitayanti Hadisukanto, SpKJ(K)  
dr. Hendy Yogya, SpKJ(K)  
dr. Tendry Septa, SpKJ(K)

## **PANITIA PELAKSANA**

dr. Maria Poluan, SpKJ(K)  
dr. Erlina S, SpKJ(K)  
dr. Ira Savitri Tanjung, SpKJ(K)  
dr. Budi Pratiti, SpKJ  
dr. Fransiska Kaligis, SpKJ(K)  
Dr. dr. G. A. Maharatih, SpKJ(K)

## **Bendahara:**

Dr. Noorhana S.W. SpKJ (K)  
Dr. dr. Surilena, SpKJ(K)

## **Seksi Publikasi Dokumentasi:**

dr. Thomas Sino, SpKJ(K)  
dr. Isa M. Noor, SpKJ

## **Seksi Dana:**

Dr. dr. Dwidjo Saputro, SpKJ(K)  
dr. Elliyati, SpKJ(K)  
dr. Lely Resna, SpKJ(K)  
Dr. dr. Suzy Yusna Dewi, SpKJ(K)  
Dr. dr. Theresia Kaunang, SpKJ(K)

## **PANITIA LOKAL:**

### **Ketua:**

Dr. dr. G. A. Maharatih, SpKJ(K)

### **Wakil Ketua:**

dr. Maria Rini, SpKJ

### **Sekretaris:**

dr. Adriesti Herdaetha, SpKJ, MH  
dr. Setyowati Raharjo SpKJ, M.Kes

## DAFTAR ISI

<i>KEYNOTE 1: Biological and Psychosocial Perspective towards Neuro-behavioral Problems and Disorders Across the Developmental Lines .....</i>	1
<i>KEYNOTE 2: Challenges of Child Mental Health Early Intervention .....</i>	19
<i>Clinical Perspective 1 .....</i>	20
<i>Regulatory Disorder Among Infants: Diagnosis and Treatment Approach</i>	20
<i>Attachment Disorders in Infancy and Childhood</i>	38
<i>Multisystem Development Disorder Diagnostic Approach</i>	46
<i>Clinical Perspective 2: Similarities and Differences in ASD Diagnostic Criteria Between DSM IV and DSM V .....</i>	60
<i>Maladaptive Behavior in Autisme Spectrum Disorder</i>	65
<i>Evidenced Based Intervention for Autism Spectrum Disorder</i>	66
<i>Complimentary Intervention in ASD: Does it Work?</i>	68
<i>Clinical Perspective 3: .....</i>	76
<i>Psychomotor Retardation in Children with Mood Disorders: Diagnosis and Differential Diagnosis</i>	76
<i>Treating Psychomotor Retardation in Psychiatric Disorder Among Children and Adolescent</i>	88
<i>Clinical Experience in Treating Children with Psychomotor Retardation</i>	98
<i>Clinical Case Conference 1: .....</i>	107
<i>How to Detect Learning Difficulties among ADHD Children</i>	107
<i>General Guideline in Managing ADHD</i>	120
<i>Helping Learning Difficulties in ADHD Children</i>	121
<i>Clinical Case Conference 2: .....</i>	125
<i>Agitation and Autism Spectrum Disorder: focus on diagnostics</i>	125

# *Clinical Experience in Treating Children with Psychomotor Retardation*

(Pengalaman Klinis Penatalaksanaan Retardasi Psikomotor Anak)

Yunias Setiawati

Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
Surabaya

## **Abstrak**

**Pendahuluan:** Anak dengan hendaya psikiatri sering menunjukkan gangguan dan keganjilan dalam fungsi motorik. Penelitian spesifik fungsi motorik dalam berbagai bidang telah sering dilakukan, namun sayangnya penelitian berkaitan dengan psikiatrik sangat jarang dilakukan. Fungsi motorik dalam perkembangan secara garis besar mencakup dua unsur utama yaitu pergerakan perilaku dan bahasa tubuh. Secara nyata retardasi psikomotor dalam fungsi motorik kasar dan halus memerlukan perhatian klinis dari pelbagai disiplin ilmu yang terkait. Pembahasan ilmiah tentang retardasi psikomotor mencakup 3 bagian yang penting meliputi gangguan emosional (kecemasan dan depresi), gangguan perkembangan (spektrum autisme), dan gangguan perilaku (gangguan tingkah laku dan hiperaktivitas). Tujuan untuk dapat mengidentifikasi, menjelaskan dan melakukan penatalaksanaan retardasi psikomotor pada gangguan psikiatrik masa kanak. **Metode:** Penelitian kualitatif pada pasien AS, 11 tahun dengan permasalahan gangguan kelekatan, masalah emosional, dan perilaku dengan metode penatalaksanaan psikososial, berupa terapi perilaku, terapi kognitif perilaku, terapi interpersonal, dan edukasi keluarga. **Diskusi:** Pada anak dengan gangguan depresi diperlukan penatalaksanaan psikososial untuk membantu anak mengidentifikasi, memecahkan problem, dan mampu menerapkan penatalaksanaan dan evaluasi secara mandiri sehingga anak dapat diterima lingkungan dan edukasi keluarga diperlukan agar keluarga dapat mendukung kelancaran proses terapi

**Simpulan:** penatalaksanaan psikososial bermanfaat pada retardasi psikomotor

**Kata Kunci:** retardasi psikomotor, *rating scale*, diagnosa, penatalaksanaan, evaluasi

### **Pendahuluan**

Anak dengan hendaya psikiatri sering menunjukkan gangguan dan keganjilan dalam fungsi motorik. Penelitian spesifik fungsi motorik dalam berbagai bidang telah sering dilakukan, namun sayangnya penelitian berkaitan dengan psikiatrik sangat jarang dilakukan. Fungsi motorik dalam perkembangan secara garis besar mencakup dua unsur utama yaitu pergerakan perilaku dan bahasa tubuh. Secara nyata retardasi psikomotor dalam fungsi motorik kasar dan halus memerlukan perhatian klinis dari pelbagai disiplin ilmu yang terkait.

Mayoritas dokter anak di Belanda bekerja di *centre* psikiatri. Sedangkan terapis psikomotor anak sering bekerja di lapangan, misalnya di sekolah. Oleh karena itu terapis psikomotor anak perlu mendapatkan pelatihan untuk memahami psikopatologi perkembangan dan klasifikasi psikiatri sebagai acuan terapi di samping pengetahuan tentang teori psikomotor yang mereka pahami.

Dari perspektif klinis, pengetahuan tentang ilmu dasar psikiatri ini sangat membantu, Dengan mengenal patologi dan kemampuan berkomunikasi yang baik maka terapis dapat mengenal gejala depresi, kecemasan, dan gangguan stres pasca trauma anak. Penatalaksanaan multidisiplin di Amerika dan Belanda berdasarkan kategori diagnosis psikiatri.

### **Manifestasi Klinis**

Prinsip penggolongan gangguan psikiatrik pada anak adalah sebagai berikut :

#### **1. Gangguan emosional**

Gangguan emosional ditandai dengan internalisasi masalah anak, mereka sering diam, cemas, sedih atau bingung, sering

menjengkelkan guru di kelas karena sibuk dengan permasalahan mereka sendiri. Menurut DSM IV digolongkan dalam gangguan depresi, fobia sosial atau gangguan cemas perpisahan. Kadang anak menderita enuresis, gangguan makan dan banyaknya keluhan somatik.

## 2. Gangguan perkembangan

Anak menderita autisme ringan samapi dengan berat dan retardasi mental, dengan gejala utama gangguan komunikasi, perkembangan sosial, afek dan minat terbatas, perilaku berulang. Anak kelihatan aneh karena tidak mau berkomunikasi dengan teman di kelas dan di lingkungan sekitar. Kelompok Asperger ditandai dengan perkembangan berbahasa yang bagus dengan derajat intelektual normal atau di atas rata-rata namun anak mengalami hendaya dalam penampilan sosial.

## 3. Gangguan Perilaku

Ditandai dengan eksternalisasi anak tampak hiperaktif, kurang memusatkan perhatian, perilaku agresifitas dan menentang, sering berkelahi, menimbulkan kesukaran dalam hubungan dengan teman dan guru, melanggar norma sosial dan hukum. Akibat perilaku buruk maka akan menimbulkan respon buruk pula dari lingkungan sekitar dimana anak tidak dapat mengikuti aktivitas normal. Peristiwa ini dapat menimbulkan permasalahan sekunder dengan munculnya harga diri yang rendah, depresi atau penyalahgunaan zat dan alkohol.

## Gangguan Emosional

Kecemasan dapat mempengaruhi perilaku psikomotor dengan manifestasi klinis gangguan penampilan terutama dalam keperluan untuk memusatkan perhatian dan melakukan banyak tugas motorik. Anak yang mengalami gangguan kecemasan menunjukkan tonus otot tinggi, kurangnya motivasi dan penampilan, gagal dalam melakukan tugas motorik ditandai dengan rendahnya aktivitas motorik.

Anak dengan kecemasan akibat peristiwa traumatik dikarakteristikan dalam permasalahan banyaknya keluhan tubuh seperti merasa sakit dan merasa tidak nyaman dan *negative body*



*image*. Pada anak dengan riwayat kekerasan seksual ditemukan kurangnya aktivitas spontan dalam bermain, kaku, mudah tersinggung dan gerakan tubuh kaku, tidak menyukai bagian dari tubuhnya sendiri dan ketakutan saat kontak fisik dengan teman.

Retardasi psikomotor merupakan gejala utama depresi meliputi gangguan motorik dan kognitif. Pada kasus depresi, terjadi gangguan fungsi motorik, karena ketidakseimbangan neurologis. Penurunan energi dan rasa lemah sering terjadi. Remaja dengan kecemasan dapat timbul agitasi atau retardasi psikomotor. Retardasi psikomotor pada kasus depresi berkaitan dengan berkurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan. Pasien depresi ditandai dengan kondisi fisik buruk, yang mengakibatkan persepsi kemampuan fisik yang buruk dan rendahnya rasa percaya diri.

Pasien depresi ditandai dengan berkurangnya energi dan kelelahan. Pada kasus depresi berat dapat dijumpai psikomotor retardasi ataupun kadang agitasi. Retardasi psikomotor pada depresi berhubungan dengan ketidakmampuan merasakan kenyamanan, defisit kognitif, dan rendahnya *self esteem* sehingga diperlukan penanganan psikomotor. Retardasi psikomotor berhubungan dengan derajat keparahan depresi dan perubahan terapi dan dapat dipakai sebagai kriteria untuk menentukan prediksi dan efek terapi. Proses neurobiologi yang mendasari adalah inhibisi aktivitas prefrontal korteks dan abnormalitas neurotransmitter dopamin.

### Gangguan Perkembangan

Kokobun *et al* menemukan buruknya keterampilan motorik pada kasus spektrum autisme bila dibandingkan dengan kasus retardasi mental. Anak autisme menunjukkan gangguan dalam meregulasi postur tubuh dan mengatur keseimbangan. Pola motorik primitif dan organisasi motorik imatur merupakan tanda gangguan dari perkembangan sensomotorik, Pengenalan dan kesadaran tentang tubuh terganggu. Taylor menemukan bahwa autisme dapat berhubungan dengan hiperaktivitas. Gangguan psikomotor ini tidak dapat menerangkan bahwa autisme berhubungan dengan masalah perkembangan kognitif. Gangguan perkembangan berlangsung sepanjang kehidupan, dan masalah psikomotor sulit diatasi dengan pelatihan ataupun terapi, sehingga penerimaan lingkungan dapat

membantu pasien untuk menerima kondisinya dan menghindari kecemasan dan depresi.

### **Gangguan Perilaku**

Gangguan perilaku dibagi ke dalam tiga sub kelompok meliputi anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD), gangguan sikap menentang dan gangguan tingkah laku.

Barkley menyatakan 52% anak ADHD mengalami masalah dengan motorik, keterampilan motorik halus seperti menulis, memakai sepatu. Beberapa anak mengalami masalah dalam lateralisasi dan *left handed*. Anak ADHD usia 7-12 tahun fungsi motorik kasar dan keterampilan dibawah rata-rata. Sebagian besar ADHD menunjukkan gejala impulsivitas, terganggunya keterampilan tugas perseptual motorik dan gerakan motorik kasar.

Anak ADHD mengalami kesulitan dalam meregulasi jarak tubuh dan persektif sosial dalam olahraga dan bermain sehingga sering menimbulkan konflik interpersonal dengan teman sebaya. Gangguan sikap menentang dan gangguan tingkah laku ditandai dengan perilaku gegabah, terburu-buru, impulsivitas, selalu bergerak, dan peka terhadap rangsangan yang berisiko penyalahgunaan zat dan berkembang menjadi gangguan kepribadian antisosial di saat dewasa.

### **Contoh Kasus**

AS anak laki-laki 11 tahun, dirujuk oleh guru sekolah karena sering melamun, menyendiri, prestasi belajar menurun, bila ditanya teman pasien cenderung mudah tersinggung dan pemarah, sehingga teman pasien enggan berkomunikasi dan sudah 2 minggu tidak masuk sekolah. Pasien di rumah di asuh oleh ibu yang bekerja sebagai pembantu rumahtangga. Ibu bercerai saat AS masih berusia satu tahun. Pasien sejak kecil tidak pernah mengenal figur ayah. Pasien tinggal di rumah kakak perempuan ibu yang mempunyai dua anak laki-laki berusia 15 tahun dan 9 tahun,. Di rumah tersebut pasien diperlakukan berbeda dengan anak lain. Pasien selalu disuruh diam dan mengalah apabila bertengkar. Pasien tumbuh menjadi anak yang pendiam, menarik diri, dan mudah tersinggung. Di rumah pasien banyak diam, sering menangis dan malas untuk pergi ke sekolah,

malam hari sering menggigau karena ketakutan. Pasien merasa malu karena sering diejek teman bahwa pasien anak haram, tidak mempunyai bapak. Pasien sering marah dan memukul ibu karena ibu tidak bisa menjelaskan dan 4 hal ini sering membuat pasien menjadi bingung karena pasien merasa kasihan terhadap ibu namun pasien juga sedih karena di sekolah selalu diejek teman. Pasien sering berteriak, memarahi ibu akan tetapi di kelas cenderung pendiam, penakut.

### **Pembahasan**

Pasien saat ini mengalami

1. Gangguan emosional: sedih, bingung, cemas, pemarah
2. Gangguan perkembangan: perilaku aneh, mencabut rambut, sering menyendiri, hendaya komunikasi dengan teman dan guru, menurunnya prestasi akademik
3. Gangguan perilaku: agresif, menentang.

Hasil Pemeriksaan Psikiatrik

*Child Depression Inventory*: 32

Diagnosis kerja : Depresi masa kanak

### **Penatalaksanaan:**

#### **1. Modifikasi Perilaku**

Modifikasi perilaku adalah intervensi berdasarkan alasan tentang tindakan dimana orang di lingkungan anak dapat menularkan perilakunya yang dapat memperkuat atau memperlemah perilaku anak. Perilaku positif dapat diperkuat dengan menggunakan *pleasant reward* (*positif reinforcement*). Perilaku negatif seperti merengek dapat dikurangi dengan *ignoring* atau kurangnya perhatian atas perilaku tersebut. Perilaku negatif dapat dikurangi dengan memberikan konsekwensi negatif akibat perilaku yang timbul berupa *punishment*. Modifikasi perilaku dapat digunakan sebagai alat untuk membantu orangtua dalam mengubah perilaku yang tidak diharapkan menjadi perilaku sesuai harapan orangtua. Sering digunakan pada kasus gangguan emosional masa kanak,

gagalnya penegakan disiplin dan seringnya timbul permasalahan antara anak dan orangtua.

Penatalaksanaan pada pasien

- A : Kesal terhadap ibu dan marah karena diganggu teman
- B : Marah dan memukul ibu
- C : *Ignoring*

## 2. Terapi Kognitif Perilaku

Terapi kognitif perilaku terdiri dari tiga tahap yaitu *self controlling*, *cognitive restructuring* dan *sosial skill training*

Penatalaksanaan pada pasien

- Self controlling* : pasien dilatih mengendalikan amarah dan memukul ibu.
- Cognitive restructuring*: pasien dilatih untuk belajar lebih sabar terhadap ibu dan teman, memperbaiki pola komunikasi dengan teman, ibu, dan lingkungan
- Social skills training*: melatih pasien dalam meningkatkan pola perilaku dan komunikasi yang baik sehingga pasien dapat diterima lingkungan dan meningkatkan rasa percaya diri anak.

## 3. Psikoterapi interpersonal

Psikoterapi interpersonal diberikan dengan tujuan untuk memperbaiki relasi anak dengan keluarga, teman, dan lingkungan sehingga anak dapat diterima lingkungan dan menimbulkan suasana kondusif yang dapat meningkatkan prestasi belajar anak

Penatalaksanaan pada pasien ini adalah

- a. Pasien diminta mengidentifikasi dan menuliskan masalah interpersonal dengan ibu, keluarga kakak ibu, teman dan guru.
- b. Pasien diminta menuliskan dan mempraktikkan cara mengatasi permasalahan tersebut.
- c. Pasien diminta melakukan evaluasi dari konsekuensi perilaku pasien.

### 3. Edukasi Keluarga

Salah satu bentuk psikoterapi dengan tujuan memperbaiki peran dan pola komunikasi masing-masing anggota keluarga sehingga dapat mengoptimalkan fungsi masing-masing anggota keluarga dapat memperkuat fungsi ego anak.

#### Hasil Terapi

Setelah mengikuti terapi rutin yang dijadwalkan rutin setiap minggu selama 12 minggu maka kondisi pasien banyak mengalami kemajuan, prestasi belajar meningkat perilaku membaik, pasien mau bersosialisasi dengan lingkungan, pasien lebih menghargai ibu. Sehingga keluarga dan lingkungan merasa nyaman berkomunikasi dengan pasien.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Skovgaard A M (2010), Mental Health Problems And Psychopathology In Infancy And Early Childhood, An epidemiological study, *Dan Med Bul* 2010;57:B4193
- Taylor BP, Bruder GE (2006), Psychomotor Slowing as a Predictor of Fluoxetine Nonresponse in Depressed Outpatients, *Am J Psychiatry* 2006; 163:73-78
- HARRINGTON, R (1994), Affective disorders. In Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. *Child and Adolescent Psychiatry*, pp 330-351, London: Blackwell Science
- Emck C, Bosscher R (2004), Psychomotor Functioning of Children with Psychiatric Disorders, Faculty of Human Movement Sciences, The Netherlands Faculty of Human Movement Sciences
- HARVEY, W.J. & REID, G (1997), Motor performance of children with attention-deficit-hyperactivity disorder, A preliminary investigation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14(3):189-202.
- KOKOBUN, M., HAISHI, K., OKUZIMI, H., HOSOBUCHI, T., KOIKE, T (1996), Predictive value of age of walking for later motor performance in children with mental retardation, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(6): 529-534.

- LOON, H. VAN, AENDEKERK, E.C.W. & VERHEIJ, F (1997), *Children with pervasive developmental disorder: a non-integrated body image*. In Vermeer, A., Bosscher, R.J. & Broadhead, G.D. *Movement Therapy across the Lifespan*. Amsterdam: VU University Press, pp 96-107.
- LORD, C. & RUTTER, M (1994), *Autism and pervasive developmental disorders*, In: Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. *Child and adolescent psychiatry*, p 569-594. London: Blackwell Science