

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

**ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY  
DISORDER (ADHD) SEBAGAI FENOMENA MEDIS,  
AKADEMIS, DAN SOSIAL**

kk  
kfa  
pb. 254/10  
han  
n-2



**Pidato**

Disampaikan pada Pengukuhan Jabatan Guru Besar  
dalam Bidang Ilmu Kedokteran Jiwa  
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
di Surabaya pada hari Sabtu Tanggal 27 Oktober 2007

Oleh

**FATIMAH HANIMAN**



**Dicetak: Airlangga University Press  
Isi di luar tanggung jawab AUP**

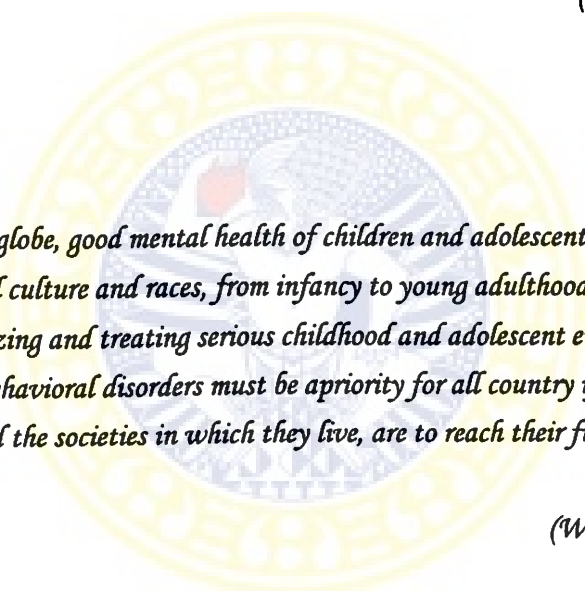
*"Berilah anak pengertian, jangan beri dia kekerasan"*

*(Rw. Buchori)*



*Anak adalah Bapak orang dewasa*

*(Orang Bijak)*



*"Across the globe, good mental health of children and adolescent is important for all culture and races, from infancy to young adulthood and beyond. Recognizing and treating serious childhood and adolescent emotional and behavioral disorders must be a priority for all country if all children and the societies in which they live, are to reach their full potential"*

*(WFMH, 2003)*

*Bismillahirrahmanirrahim,*

Yang terhormat,

Ketua dan Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Airlangga,

Ketua dan Anggota Senat Akademik Universitas Airlangga,

Rektor dan para Wakil Rektor Universitas Airlangga,

Para Guru Besar Universitas Airlangga,

Para Dekan dan Wakil Dekan di Lingkungan Universitas Airlangga,

Direktur dan Wakil Direktur RSU Dr. Soetomo

Para Ketua Lembaga di Lingkungan Universitas Airlangga,

Para Teman Sejawat dan segenap Sivitas Akademika Universitas  
Airlangga,

Para Undangan dan hadirin yang saya mulyakan.

*Asalammu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh,*

*Selamat pagi,*

Pada kesempatan yang berbahagia ini, dengan segala kerendahan hati saya panjatkan puji syukur kehadirat Allah swt, yang telah melimpahkan rahmat, taufik, hidayah serta karunia-Nya kepada kita semua, sehingga atas ridho-Nya semata, kita dapat hadir di sini dalam keadaan sehat wal'afiat untuk menghadiri Rapat Terbuka Senat Akademik Universitas Airlangga dalam acara pengukuhan saya sebagai Guru Besar dalam bidang Ilmu Kedokteran Jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Shalawat dan salam tertujukan kepada junjungan kami Nabi Muhammad saw, beserta keluarga, sahabat serta para pengikutnya.

Hadirin yang saya muliakan, dalam kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan pidato pengukuhan Jabatan Guru Besar ini dengan judul:

## ***ATTENTION DEFISIT AND HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) SEBAGAI FENOMENA MEDIS, AKADEMIS, DAN SOSIAL***

Tidak bisa diam, sulit memusatkan perhatian, impulsivitas (*Restlessness, Inattention and Impulsiveness*) merupakan problem perilaku yang cukup sering didapatkan pada anak masa prasekolah dan usia sekolah. Remaja dan dewasa juga bisa menunjukkan ciri-ciri ini, tetapi umumnya dengan derajat yang lebih ringan.

Dalam derajat yang berat, ciri-ciri ini akan mengganggu terhadap individu yang mengalaminya maupun orang-orang di sekitarnya. Maka konsekuensinya keadaan ini dianggap sebagai gangguan mental dan perilaku.

Anak dengan gangguan ini akan mempunyai risiko yang tinggi untuk mengalami problem belajar, tingkah laku dan berbagai masalah sosial, serta cenderung mengalami kesulitan dan kegagalan yang lebih serius pada masa remaja dan dewasanya.

Gangguan ini berdampak buruk dengan terjadinya hambatan pada perkembangan anak, baik dalam perkembangan kognitif, emosi, perilaku, sosialisasi maupun komunikasi.

Komorbiditas dan keterkaitannya dengan gejala lain seperti agresivitas, gangguan tingkah laku, gangguan sikap menentang, gangguan belajar, depresi, cemas, dan sebagainya membuat kondisi ini menjadi kelompok gangguan yang kompleks.

Kesulitan juga timbul dalam pola asuh dan pendidikannya. Anak-anak ini acapkali mendapat label sebagai anak nakal, bandel, bodoh, malas, menyusahkan, sulit diatur dan sebagainya. Cap atau label tersebut akan diterima anak baik di rumah, di sekolah maupun di lingkungannya. Akibat semua ini anak akan mengembangkan citra diri yang negatif dengan segala konsekuensinya.

Bila keadaan ini tidak tertangani dengan baik pada masa anak, maka kemungkinan persoalan akan makin meningkat saat remaja dengan berbagai macam perilaku negatif yang bisa berlanjut sampai dewasa. Karenanya gangguan ini perlu mendapatkan perhatian

yang serius dari bidang medis, pendidikan maupun aspek legal serta perspektif kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

*Hadirin yang saya hormati,*

Banyak istilah yang dipakai untuk gangguan ini. *ADHD* (*Attention Defisit and Hyperactivity Disorder*) adalah istilah yang pada awalnya dipakai dalam *DSM III R* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edisi III Revised*) dan banyak digunakan dalam bidang medis psikiatri. Dalam *PPDGJ III* (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa edisi III) disebut sebagai *GPPH* (Gangguan Pemusatan Perhatian Hiperaktivitas). Sedang dalam *ICD X* (*International Classification of Disease edisi X*) yang dikeluarkan oleh WHO disebut sebagai Gangguan Hiperkinetik. Dan dalam masyarakat luas/awam gangguan ini lebih dikenal dengan sebutan anak hiperaktif.

Gangguan ini mempunyai 3 gejala utama yaitu: *Inatensi*, *Impusifitas* dan *Hiperaktivitas*. Dalam *DSM IV* gangguan ini dibagi menjadi 3 subtipe, yaitu: Subtipe *Inatensi* atau tidak mampu memusatkan perhatian, di mana gejala hiperaktivitasnya tidak menonjol sehingga anak terkesan justru seperti banyak melamun. Yang kedua subtipe hiperaktivitas-impulsivitas dan subtipe yang ke-3 adalah tipe kombinasi di mana ke-3 gejala ada dan sama-sama menonjol.

Adapun 3 macam gejala utama *ADHD* tersebut secara rinci sebagai berikut.

A. *Inatensi* berupa:

1. Sering gagal memberikan perhatian penuh sampai terperinci atau selalu berbuat kesalahan saat melakukan aktivitas pekerjaan di sekolah, tempat pekerjaan atau aktivitas lain.
2. Sering mengalami kesukaran dalam mempertahankan perhatian dalam tugas tertentu atau aktivitas bermain (mudah bosan).

3. Sering tidak mendengarkan bila diajak bicara secara langsung kepadanya.
  4. Sering tidak mengikuti perintah secara dengan baik dan gagal menyelesaikan pekerjaan di sekolah, di rumah atau di tempat kerja (hal ini bukan disebabkan karena sikap menentang atau kurang memahami isi perintah).
  5. Sering mengalami kesukaran dalam mengatur tugas dan aktivitasnya.
  6. Sering menghindari, tidak menyenangi atau segan melakukan berbagai tugas yang membutuhkan perhatian mental yang cukup lama.
  7. Sering kehilangan berbagai barang yang diperlukan untuk tugas atau aktivitas tertentu (misalnya pensil, alat sekolah, buku).
  8. Perhatian mudah teralih oleh rangsangan dari luar.
  9. Sering lalai melakukan aktivitas seharian.
- B. Hiperaktivitas**
1. Sering gelisah, tangan dan kaki sering bergerak saat duduk.
  2. Sering meninggalkan tempat duduk saat di dalam kelas atau situasi lain di mana duduk diam diperlukan atau diharapkan.
  3. Sering berlari atau memanjat secara berlebihan.
  4. Sering mengalami kesukaran mengikuti permainan atau aktivitas yang membutuhkan ketenangan (main catur, halma, dan sebagainya).
  5. Selalu dalam keadaan bergerak seperti tidak kenal lelah.
  6. Sering berbicara berlebihan (tak sesuai konteks saat itu).
- C. Impulsivitas**
1. Sering cepat menjawab sebelum pertanyaan selesai diutarakan.
  2. Sering sukar menunggu giliran bermain.
  3. Sering interupsi atau mengganggu permainan anak lain (menyela pembicaraan, mengacau permainan anak lain).



Permasalahan perilaku ini menyebabkan anak dengan *ADHD* menunjukkan prestasi yang buruk di sekolah walaupun dasarnya cerdas, sosialisasinya kurang baik, pada saat remaja sering terlibat penggunaan obat dan risiko mengalami kecelakaan. Pada dewasanya menunjukkan status pekerjaan yang rendah.

*Hadirin yang saya mulyakan,*

Federasi Kesehatan Mental Dunia (*World Federation of Mental Health*) dalam laporannya pada Hari Kesehatan Mental Dunia Oktober 2005 menyatakan bahwa *ADHD* tidak mengenal batasan geografi maupun kultur, hanya perjalanan (*pathways*) sampai pada diagnosis cukup banyak bervariasi. Dalam *survey* di banyak negara organisasi ini melihat perbedaan dalam membuat/mendeteksi gangguan ini berkaitan dengan *sikap lokal* (pemerintah, tenaga medis, masyarakat) terhadap kesehatan mental.

## **ANGKA KEJADIAN *ADHD***

*ADHD* merupakan gangguan psikiatrik pada anak yang merupakan salah satu masalah utama bagi kesehatan jiwa anak. Merupakan gangguan psikiatrik pada anak yang paling banyak dijumpai di praktik klinis dan pada populasi anak sekolah. Tetapi gangguan ini kurang dikenal oleh orang tua, guru atau masyarakat umum. Pada kehidupan sehari-hari orang tua maupun guru tidak menyadari atau melihat anak sebagai individu yang perlu diterima dan segera ditolong untuk mengatasi gangguannya.

Angka kejadian dan prevalensi *ADHD* sangat bervariasi antar negara, tergantung kriteria yang digunakan serta, kepedulian berbagai pihak terhadap kesehatan mental anak dan remaja. Juga dipengaruhi oleh faktor budaya dalam mengidentifikasi suatu perilaku sebagai hiperaktif. Suatu perilaku masih akseptabel di satu budaya tertentu dapat tidak akseptabel di budaya lain. Demikian pula dengan kepekaan individual orang tua, guru, dan lain-lain yang

ikut menangani anak. Angka kejadian yang dilaporkan bervariasi antara 1–29,2%, DSM IV memberi angka 2–7%.

Di Indonesia angka nasional belum ada. Dwijo S (2004), dalam penelitian Disertasinya mendapat angka 26,2% untuk anak usia Sekolah Dasar di Jakarta.

Laki-laki lebih banyak menderita *ADHD* dibanding perempuan dengan perbandingan 4 : 1.

Di Unit Rawat Jalan Psikiatri Anak RSUD Dr. Soetomo dan di Ruang *Day Care* Psikiatri Anak RSUD Dr. Soetomo jumlah anak dengan *ADHD* menempati urutan ke-2 terbanyak sesudah Gangguan Spektrum Autisme. Dan menempati urutan pertama sebagai penyebab anak yang dikonsultasikan untuk kesulitan belajar serta problem akademik baik itu atas inisiatif orang tua sendiri atau saran guru.

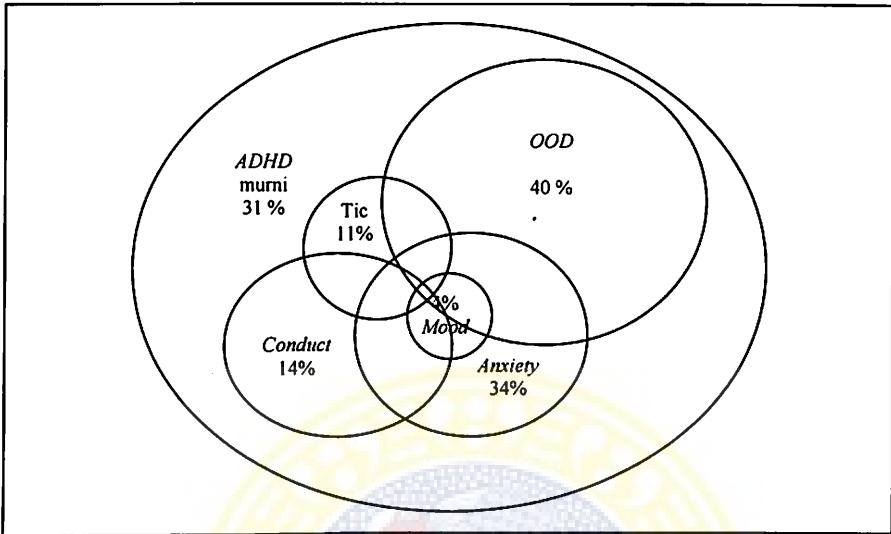
Diperkirakan 35–50% kasus *ADHD* berlanjut sampai remaja dan dewasa dengan segala macam konsekwensinya. Gejala in-atenasi dan impulsivitas yang tersisa sering menyebabkan mereka sulit menyesuaikan diri dalam pergaulan dan pekerjaan. Sebagian dari mereka bisa menunjukkan perilaku berisiko antara lain: kebut-kebutan di jalan, terlibat dalam perkelahian, penggunaan obat-obatan terlarang dan sebagainya.

Sekitar 75% anak dan remaja dengan *ADHD* disertai gangguan psikiatrik yang lain, misalnya: gangguan sikap menentang (40%), gangguan cemas (34%), gangguan belajar (34%), gangguan tingkah laku (14%), gangguan penggunaan zat (14%), gangguan Tic (11%) dan gangguan Mood (4%). Setiap adanya gangguan penyerta tentu akan memperburuk situasi dan mempersulit pola asuh dan tatalaksanaanya.

## **PENYEBAB *ADHD***

Sampai saat ini penyebab *ADHD* tidak diketahui secara pasti. Sehingga timbul berbagai macam teori yang berusaha menerangkan

faktor penyebab *ADHD*, dan teori yang terbanyak dianut adalah faktor genetik.



**Gambar 1.** Komorbid

Dikutip dari: *ADHD/HKD: Diagnosis & Management*

### ASPEK GENETIK PADA ADHD

Faktor genetik pada gangguan ini cukup berperan. Diperkirakan heritabilitas *ADHD* mencapai 0,75–0,90. Dari penelitian ditemukan adanya varian dari Dopamin Receptor Gene (DRD 4 Gene), serta varian dari Dopamin Transporter Gene (DAT 1) pada anak dengan *ADHD*. Kondisi ini menyebabkan fungsi Dopamin di celah synaps terganggu sehingga timbul gejala *ADHD*.

Hanya sedikit anak dengan *ADHD* yang mempunyai riwayat trauma perenatal (kelahiran) atau cedera otak maupun infeksi (*intra cranial infection*) dan juga tidak didapatkan gangguan otak yang jelas lainnya.

## ASPEK NEUROBIOLOGI ADHD

Hasil mutakhir dari beberapa penelitian klinik dan preklinik di bidang Neuroimaging, Neurofarmakologi dan Neurofisiologi makin mencapai titik temu dalam pendapat bahwa ada hubungan antara terjadinya gejala-gejala *ADHD* dengan defisit primer pada sistem Noradrenergik (NE) dan Dopaminergik (DA) di korteks prefrontalis, *nucleuscaudatus* dan *globus pallidus*.

*ADHD* tampaknya erat hubungannya dengan berkurangnya konsentrasi dopamin intrasynaptik, di mana sistem neurotransmitter DA dan NE terlibat.

### Sistem Dopaminergik (DA)

Sistem ini terdiri dari 2 cabang utama:

1. Cabang Meso-cortico-limbik yang berasal dari area tegmentalis ventral dan diproyeksikan ke korteks prefrontal. Hipofungsi pada sistem ini terkait dengan merendahnya *delay of reinforcement gradient* yang di bidang psikologi behavioral dihubungkan dengan penyebab terjadinya impulsivitas, hiperaktivitas dan gangguan mempertahankan perhatian.
2. Cabang Negro-striatal yang berasal dari substansia nigra dan diproyeksikan terutama ke neostriatum. Hipofungsi pada sistem ini dapat menyebabkan gejala yang sering dijumpai pada *ADHD* antara lain: gangguan motorik halus dan kasar (*Clumsiness*), memanjangnya *Reaction time*, *Respons timing* yang buruk, gangguan pengendalian gerak cepat pada mata dan gangguan *visuo-spatial*, yang seringkali bermanifestasi dalam tulisan tangan yang jelek (*dysgraphia*), gangguan/kesulitan membaca (*dyslexia*) dan sebagainya. Berbagai neuron DA pada jaras negrostriatal dan mesolimbik memegang peranan penting untuk proses seleksi, inisiasi, sekuensi dan pemeliharaan (*maintenance*) dari fungsi motorik.

## Sistem Noradrenergik (NE)

Sistem noradrenergik memiliki terminal-terminal hampir di seluruh otak, diproyeksikan ke seluruh korteks dengan kepadatan yang besar di korteks frontal dan gyrus cingularis, sehingga memiliki efek regulasi yang lebih luas.

Fungsi neurofisiologis berbagai neuron NE secara primer adalah sebagai mediator untuk respons orientatif (*orientation respons*), atensi selektif (*selective attention*) dan kewaspadaan (*vigilance*).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kerusakan pada jaras dorsal NE menimbulkan defisit pada keterampilan, *visual diskriminatif* yang kompleks dan berbagai tugas lain yang memerlukan atensi selektif dan terus-menerus (*Selective and Sustained Attention*).

Dapat dikatakan bahwa sistem NE secara primer terlibat dalam mediasi proses *input perseptual*.

Maka disimpulkan bahwa obat yang mempunyai efektivitas maksimal adalah obat yang bekerja pada kedua sistem neuro transmitter tersebut.

*Bapak ibu hadirin yang saya hormati,*

Salah satu gejala utama *ADHD* adalah ketidakmampuan memusatkan perhatian (*inattention*). Berikut ini saya kutipkan pengertian *attention*. *It is the taking possession of the mind, in clear and vivid form: of one out of what seen several simultaneous possible object or train of thought. Focalization, concentration of consciousness are of its essence. It implies withdrawal from something in order to deal effectively with others* (William James, 1890).

## ASPEK PSIKO BEHOVIORAL PADA ADHD

Pada *ADHD* dikatakan terjadi perubahan dalam proses *reinforcement* (*altered effect of reinforcement*). Perubahan dalam mekanisme *reinforcement* ini berhubungan dengan menendahnya *delay of reinforcemen gradient*, yang oleh beberapa ahli dianggap

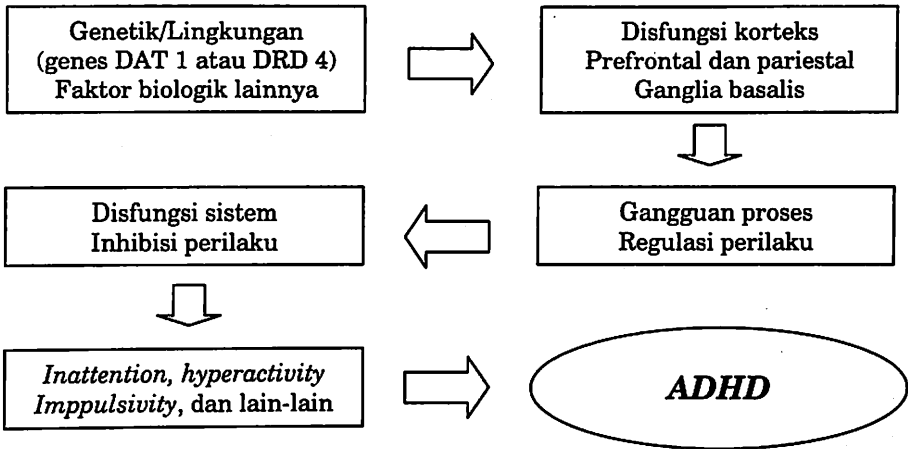
memegang peran penting dalam penyebab timbulnya gejala-gejala *ADHD*.

Pada anak hiperaktif *delay of reinforcemen gradient*, lebih pendek dibandingkan anak normal. Sehingga anak hiperaktif cenderung lebih memilih *rewards* yang kecil tetapi dapat diperoleh dengan segera, daripada *rewards* yang besar tetapi harus ditunda, perolehannya. Berbeda dengan anak normal yang cenderung memaksimalkan perolehan *rewards* walaupun harus menunda waktunya. Memendeknya *delay gradient* ternyata berhubungan dengan *hipofungsi* sistem dopamin di mesokortiko-limbik, dan menimbulkan impulsivitas, hiperaktivitas dan kurangnya kemampuan untuk mempertahankan perhatian.

Anak hiperaktif juga mengalami defisit dalam *rule governed behavior*. Berbagai aturan lingkungan, seperti misalnya instruksi orang tua/guru tidak menimbulkan efek kendali diri yang sama derajatnya seperti anak normal. Kekurangan dalam kemampuan kendali diri ini berhubungan dengan terganggunya *self regulating fuction* dan *executive function* yang diperantarai sel korteks prefrontalis.

Kemampuan pengendalian diri ini memainkan peran yang sangat penting dalam *rule governed behavior* dan dalam sistem permusatan perhatian. Kegagalan untuk mempertahankan perhatian dapat disebabkan oleh adanya kegagalan dalam menghambat/menahan stimulus yang mengganggu dan tidak mampunya individu untuk membatasi perhatian hanya pada informasi/stimulus yang relevan

Disfungsi dari kemampuan pengendalian diri ini dianggap sebagai salah satu sebab gejala klinik *ADHD*. Kemampuan *Response inhibition* dan *self control* tidak hanya penting untuk perilaku dan kognisi, tetapi juga berperan penting dalam adaptasi sosial.



**Gambar 2.** Patogenesis dan Psikopatologi *ADHD*

Dikutip dari: Dwijo S. (Forum *ADHD* Bogor, 2005)

## MENEGAKKAN DIAGNOSA *ADHD*

Diagnosis *ADHD* ditegakkan hanya dengan pemeriksaan secara klinis melalui pengamatan terhadap perilaku anak serta laporan dari orang tua atau pun guru. Pemeriksaan laboratorium khususnya hanya dilakukan untuk indikasi tertentu.

Terdapat beberapa kriteria yang bisa digunakan untuk *menegakkan diagnosis ADHD* antara lain: *kriteria menurut DSM III R* dan *DSM IV* (dikeluarkan oleh American Psychiatric Association). Bisa juga menggunakan ICD X (dikeluarkan oleh WHO) atau PPDGJ III (versi Indonesia yang dikeluarkan oleh Depkes RI).

Untuk menegakkan diagnosis *ADHD* ada beberapa syarat yang harus dipenuhi antara lain: gejala perilaku sudah teramati sebelum anak berusia 7 tahun. Bersifat *pervasive* atau menetap, tidak hanya pada satu *setting* (di rumah saja atau di sekolah saja). Menimbulkan hendaya yang cukup bermakna dan tidak sesuai dengan usia/perkembangannya.

Di samping kriteria atau pun pedoman diagnosa di atas ada pula berbagai macam instrumen yang bisa digunakan baik oleh dokter,



guru atau pun orang tua. Instrumen ini bisa digunakan untuk *screening* membantu diagnosis maupun sebagai alat evaluasi hasil terapi. Di antara macam-macam instrumen tersebut salah satunya adalah SPPAHI (Skala Penilai Perilaku Anak Hiperaktif Indonesia) yang dikembangkan oleh Dwijo Saputro dalam disertasinya (2004) dan sudah disesuaikan dengan kultur Indonesia. Instrumen ini cukup mudah digunakan baik oleh dokter, guru maupun orang tua.

Mengingat kriteria diagnosis yang banyak mengalami perubahan maka skala penilaian diharapkan cukup dapat membantu menegakkan diagnosis.

Beberapa tahapan untuk menegakkan diagnosis antara lain:

1. Pemeriksaan (*Assesment*)
2. Riwayat anak
3. Penggunaan kriteria diagnosis (DSM IV)
4. Wawancara (*Interview*) orang tua, guru, dan anak (untuk menentukan adanya kegagalan anak dalam fungsinya baik di rumah atau di sekolah)
5. Penggunaan *Rating Scale* untuk membantu diagnosis klinis, pemeriksaan fisik, vital signs, penjelasan fisik untuk gangguannya (bila ada), kondisi sekunder, kontra indikasi obat.
6. Melakukan pemeriksaan untuk menentukan adanya gangguan komorbid.

*Hadirin yang saya hormati,*

Anak dengan *ADHD* hampir selalu menunjukkan prestasi akademik yang buruk antara lain:

1. Gagal dalam penyesuaian akademik
2. Hambatan pada keterampilan skolastik dasar seperti membaca, mengeja, berhitung dan lain-lain
3. Anak dengan *ADHD* ini sering ditempatkan pada kelompok pendidikan khusus.



Indikator adanya *ADHD* pada anak SD (yang sering teramati oleh guru):

1. Tidak mampu memusatkan perhatian
  - Tidak mampu menyelesaikan tugas tanpa bantuan orang lain.
  - Lambat dalam menyelesaikan tugas (menyalin, mencatat, mengerjakan soal, bila tugas 'dikte' banyak 'bolongnya').
  - Lupa tentang sesuatu yang telah dipelajari, lupa membawa buku dan lain sebagainya.
  - Menghindar, enggan, atau mengalami kesulitan melaksanakan tugas yang membutuhkan ketekunan terus-menerus.
  - Sepertinya tidak mendengarkan ketika diajak bicara.
  - Ceroboh dalam menyelesaikan tugas atau tidak mampu memberi perhatian pada hal kecil.
2. Hiperaktivitas-Impulsivitas
  - Terlalu aktif atau aktivitas berlebihan, tidak mengenal lelah.
  - Menyela pembicaraan, permainan atau memaksakan diri/kehendaknya terhadap orang lain.
  - Tidak bisa duduk diam (ketika duduk tangan dan kaki selalu bergerak-gerak).
  - Berlari-lari atau memanjat secara berlebihan.

Indikator adanya *ADHD* pada anak SD (yang sering teramati oleh orang tua):

1. Tidak mampu memusatkan perhatian (sulit berkonsentrasi pada satu tugas)
  - Tidak dapat menyelesaikan tugas sesuai dengan waktunya/kurang bertanggung jawab/kurang disiplin.
  - Tidak mampu menyelesaikan pekerjaan dengan baik tanpa bantuan orang lain (ketika ditunggu mereka bisa).
  - Seperti tidak mendengar ketika dipanggil.
  - Menghindar dari tugas yang butuh konsentrasi terus-menerus (menghindari tugas belajar dengan bermacam alasan).
  - Tidak mampu mengikuti petunjuk.

- Perhatiannya mudah beralih atau terbagi (lalai dalam tugas sehari-hari).
  - Lupa tentang sesuatu yang telah dipelajari (misalnya di rumah bisa di sekolah lupa).
2. Hiperaktivitas-Impulsivitas
- Selalu dalam keadaan “siap gerak” atau aktivitasnya seperti digerakkan oleh mesin.
  - Usil atau mengganggu anak lain/saudara.
  - Mengalami kesulitan dalam melaksanakan kegiatan dengan tenang di waktu senggang.
  - Terlalu aktif atau aktivitas berlebihan tak kenal lelah.
  - Meninggalkan tempat duduk di mana diharapkan untuk tetap duduk diam.

*Bapak, Ibu hadirin yang terhormat:*

#### TATA LAKSANA ADHD

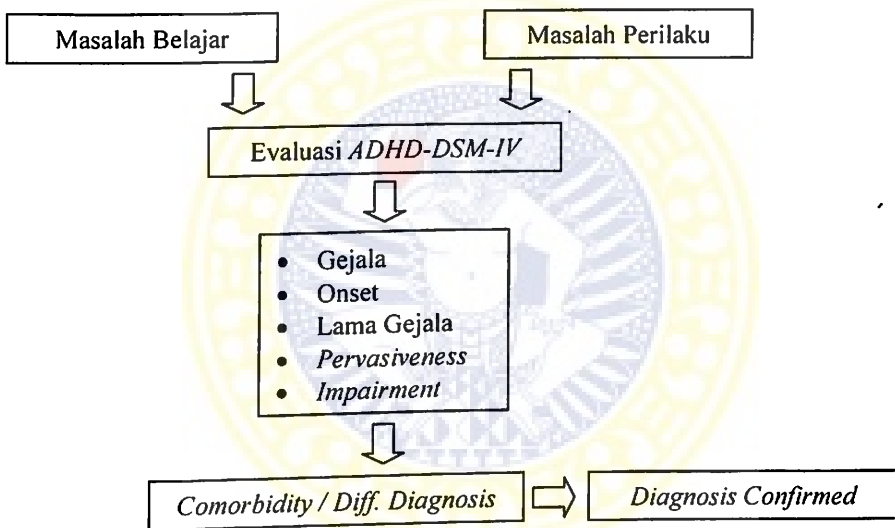
Individu dengan *ADHD* membutuhkan multi modalitas terapi. Umumnya dengan kombinasi berbagai macam pendekatan. Antara lain pendekatan keluarga, pendekatan sekolah, pendekatan (terapi) perilaku, dan terapi medika mentosa.

Kehadiran anak dengan *ADHD* dalam keluarga akan cukup menyulitkan karena akan banyak menyita waktu dan tenaga untuk terus-menerus mengawasinya. Cara-cara pengasuhan yang umum sering tidak efektif terhadap anak ini. Penelitian terhadap pasangan yang mempunyai anak dengan *ADHD* memberi kesimpulan adanya situasi yang negatif, saling menyalahkan satu sama lain (antara ayah dan ibu) dan menambah kemurkaan (*hostility*) ibu karena merasa ketidakmampuan mengarahkan/mendidik sebagai sumber penyebab dari perilaku anak tersebut. Hal ini pada akhirnya hanya akan memperburuk keadaan.

Keluarga membutuhkan informasi tentang *ADHD* dan cara penanganan yang dibutuhkan yang akan memberi *self awareness*,

insight dan rasa percaya diri sebagai orang tua yang bisa didapatkan dari berbagai buku. Tetapi ada keluarga yang tidak dapat memetik manfaat dari buku, hingga terus-menerus dalam kesulitan dan membutuhkan suatu *therapeutic environment*. Intervensi terapeutik pada keluarga dengan anak *ADHD* membutuhkan pemahaman tentang:

- a. Keunikan keluarga
- b. Akibat *ADHD* pada anak
- c. Akibat adanya anak dengan *ADHD* dalam keluarga
- d. Penggunaan terapi keluarga dan penanganan dengan terapi perilaku.



**Gambar 3.** Deteksi dan diagnosa *ADHD*

Dikutip dari: Dwijo S. (Forum *ADHD* Bogor, 2005)

*Hadirin, Bapak, Ibu yang saya hormati,*

### *Keunikan Keluarga*

Keluarga bisa didefinisikan sebagai suatu sistem interaksi sosial yang meliputi hubungan individu dengan cara saling memberi afeksi serta kesetiaan yang membentuk anggota keluarga yang tetap ada

sampai bertahun-tahun dan seterusnya. Hubungan dalam keluarga didasarkan pada hubungan emosi yang lengket (*emotional bonds of attachment*). Dalam menghadapi keluarga dengan anak yang mengalami *ADHD* klinisi perlu memperhatikan fenomena ini hingga diharapkan bisa memberi empati dan melakukan *approach* yang sebaik-baiknya.

### *Adanya anak dengan ADHD dalam keluarga*

Dalam penelitian disimpulkan bahwa interaksi sosial dalam keluarga anak dengan *ADHD* cenderung negatif dan penuh ketegangan.

Pengasuhan dan pendidikan anak-anak ini jauh lebih sulit. Mereka sering menentang/membantah, mengabaikan tugas-tugas termasuk pekerjaan rumah. Kondisi ini sering menimbulkan konflik dengan saudara serta pemegang otorita di rumah. Keadaan ini akan diperburuk oleh impulsivitasnya yang sering menimbulkan “kecelakaan” (*accidents*) dan juga menyebabkan anak ini mengulangi berbagai perilaku yang sudah dilarang, bahkan sudah mendapat hukuman karenanya. Konflik lebih sering dengan ibu yang menangani dan mengawasi dalam kesehariannya.

Saudara anak dengan *ADHD* dapat mengalami rasa bersalah (*guilty feeling*) oleh karena merasa tertuntut berperilaku yang lebih baik atau mereka merasa diabaikan karena *special treatment* yang diperlihatkan orang tua terhadap penderita.

Adanya anak dengan *ADHD* dalam keluarga akan memberikan beban ekstra baik dalam hal waktu, tenaga, keuangan maupun daya tahan mental/emosi.

### *Pengaruh keluarga terhadap anak dengan ADHD*

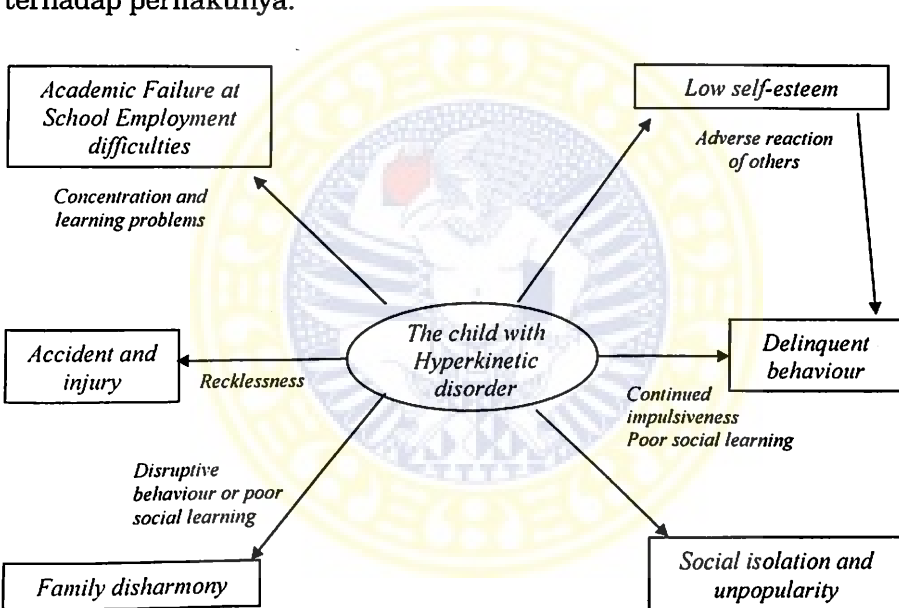
Di samping pengaruh anak dengan *ADHD* terhadap seluruh sistem keluarga, kondisi *ADHD* ini juga menyatu (*inherent*) dalam diri si anak yang akan menentukan pola pikir, rasa/perasaan, pola pandang terhadap dunia sekitarnya serta pola perilakunya secara

keseluruhan. Kondisi *ADHD* perlu dipertimbangkan sejalan dengan kepribadian, temperamen serta kemampuan kognitif si anak.

Kondisi *ADHD* ini sering menyulitkan orang tua untuk akrab (*attach*) dan “mengenal” anak. Karena *ADHD* bersifat kronis maka akan mempengaruhi interaksi mereka dan harapan masa depannya.

### *Reaksi orang tua terhadap diagnosa dan manajemennya*

Anak tidak mungkin mengatasi masalah *ADHD*-nya sendiri, bantuan dari luar terutama keluarga mutlak dibutuhkan. Sebelum diagnosis, anak sering dinilai bandel, keras kepala dan lain-lain dan anak sering mendapat hukuman sesuai dengan persepsi orang tua terhadap perilakunya.



**Gambar 4.** Konsekuensi *ADHD*

Dikutip dari: Hoare; *Child Psychiatry*, 1998

*Hadirin yang berbahagia,*

Terdapat 3 macam kemungkinan reaksi orang tua terhadap diagnosa *ADHD*: 1. Penyangkalan, 2. Toleransi, 3. Menerima (*acceptance*).

Diharapkan sesudah memberitahukan diagnosis, klinisi menjelaskan dan berusaha agar orang tua mau menerima diagnosis dengan kesadaran penuh bahwa *ADHD* adalah kondisi yang berlangsung menahun walaupun sudah dilakukan *intervensi*. Sehingga karena pemahamannya terhadap kondisi anak (bahwa perilaku mereka bukan unsur kesengajaan), maka mereka diharapkan bisa “bekerja sama” dengan anak untuk mengatasi *ADHD*-nya. Mereka akan mampu melihat anaknya secara positif dan meningkatkan harga diri anak. Sikap ini merupakan syarat untuk terapi yang efektif.

Prinsip penanganan dalam hal ini adalah membantu orang tua untuk dapat mengatasi masalah perilaku ini secara efektif. Target utama adalah pendisiplinan anak agar tercapai *internal self control*. Umumnya kemampuan untuk itu tidak serta merta dimiliki orang tua, tetapi mereka perlu mempelajarinya dengan serius. Orang tua perlu mengatur kembali (*reordering*) lingkungan untuk memfasilitasi *external behavior management* yang akan diinternalisasi secara bertahap. *Behavior management* adalah pendekatan untuk mendorong kemampuan membuat perencanaan dan mencegah terjadinya pendisiplinan yang reaktif. Konsep dasar *behavior management* adalah adanya struktur, rutinitas, konsistensi, komunikasi, kejelasan (*clarity*) dan *constructive consequence*. Kesemuanya ini akan membantu agar situasi lebih terkendali dan bisa diduga (*predictable*) dan mengurangi kebingungan anak.

### *Strategi Sekolah dan Pendekatan Pendidikan*

Salah satu komponen dari terapi multi modal untuk anak dengan gangguan *ADHD* adalah strategi sekolah yang tidak hanya membantu siswa untuk mendapat keterampilan akademik, tetapi juga kemampuan dan keberhasilan belajar yang akan meningkatkan konsep diri dan *self esteem*. Untuk itu perlu diperhatikan penempatan di sekolah tertentu dengan memperhatikan strategi sekolah, problem

tugas/pekerjaan sekolah (PR), menggali *affective domain of academic learning* dan mengakomodasi ruangan (kelas).

Pada hakekatnya ada 3 jenis pendekatan dalam penanganan pendidikan bagi anak dengan *ADHD*: (1) Pembelajaran terstruktur dan reduksi stimulus, (2) Modifikasi perilaku, dan (3) Latihan kognitif.

1. Program pembelajaran terstruktur dan reduksi stimulus

Program pembelajaran terstruktur menekankan pada pendekatan yang *teacher directed*, yang berusaha menstrukturkan berbagai aktivitas dan lingkungan bagi anak-anak yang mudah terkecoh (*distractible*) dan hiperaktif, karena anak dengan kondisi ini tidak mampu membuat keputusan sendiri dalam belajar. Berbagai stimulus dari lingkungan yang dapat mengganggu konsentrasi anak juga perlu diminimalkan, bila mungkin dengan penggunaan ruang kedap suara, karpet, menempatkan anak-anak di barisan terdepan dan sebagainya.

2. Modifikasi perilaku

Metoda ini memanipulasi berbagai bentuk *reinforcement*, baik *positive reinforcement* maupun *negatif reinforcement*, agar perilaku yang diharapkan dapat ditingkatkan. Di samping itu, berbagai bentuk *punishment* juga bisa digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan perilaku yang tak diharapkan.

3. Pendekatan latihan kognitif

Pendekatan ini bertujuan agar anak dapat melakukan kontrol atas perilakunya sendiri. Metoda ini didasarkan atas asumsi bahwa dengan memikirkan perilakunya sendiri secara bersungguh-sungguh, anak dapat mengatur perilakunya yang impulsif dan inattentif.

Selain berbagai cara di atas terdapat juga berbagai kemungkinan sistem pelayanan pendidikan yang bisa diberikan antara lain: kelas khusus, ruang sumber serta kelas reguler. Di samping itu dikenal pula Program Pendidikan yang diindividualkan (*Individualized*



*Education Program*) yang pernah dirintis oleh DepDikBud pada 1992, namun belum ada penjelasan sejauh mana pelaksanaannya.

### *Fungsi Adaptasi dan Latihan Keterampilan Sosial*

Anak dengan *ADHD* umumnya menunjukkan disabilitas dalam aktivitas sehari-hari, apakah itu dalam hal sosialisasi, kemandirian (*self help*) maupun dalam komunikasi.

Penelitian terhadap interaksi sosial anak *ADHD* oleh teman sebayanya menunjukkan bahwa anak laki-laki dengan *ADHD* dinilai sangat agresif ketika berpartisipasi dalam tugas-tugas yang kompetitif serta mempunyai reputasi yang negatif, jarang dinilai sebagai *thru friend*. Sehingga 50–80% anak dengan gangguan ini mengalami masalah dalam hubungan dengan sebayanya.

Perlu rencana penanganan keseharian terhadap anak *ADHD* yang termasuk di dalamnya harapan keterampilan adaptasi sosial tertentu yang harus dipelajari dan dilakukan dengan baik. Di samping itu orang tua juga perlu dipersiapkan agar memiliki kemampuan untuk mengutarakan berbagai harapannya secara konkrit dan spesifik. Pemilihan terhadap target keterampilan adaptasi harus dilakukan dengan teliti untuk mengoptimalkan kemungkinan keberhasilan. Dalam hal ini klinisi perlu membantu orang tua melakukan identifikasi terhadap masalah yang ada, keterampilan-keterampilan spesifik apa yang belum dimiliki anak (*defisit*) serta membuat rencana penanganannya.

Perlu diajarkan keterampilan sosial melalui 3 fase:

1. Melatih dalam mengawali sosialisasi (cara berbicara, resolusi konflik, kontrol kemarahan dan sebagainya).
2. Generalisasi (dengan latihan strategis, support lingkungan)
3. Strategi melibatkan sebaya (memperbaiki problem di kelas, bagaimana membangun persahabatan dan sebagainya)



## *Terapi Medikamentosa*

Walaupun anak dengan *ADHD* diharapkan terus menunjukkan perbaikan sejalan dengan bertambahnya usia, kondisi ini tetap memberi beban risiko meningkatnya morbiditas sosial dan emosional. Perlu usaha yang *reasonable* yang dapat mengurangi risiko jangka pendek maupun efek kumulatif dari kondisi ini terhadap perkembangan perilaku dan emosi anak.

Untuk gejala *ADHD* yang ringan masih mungkin dilakukan tata laksana lain. Tetapi untuk gejala *ADHD* yang berat hampir mutlak dibutuhkan terapi obat. Kombinasi terapi obat (medikamentosa) dengan bentuk terapi yang lain diharapkan dapat memberi hasil yang optimal.

Medikasi diharapkan dapat memfasilitasi dan memaksimalkan hasil dan strategi intervensi terapeutik yang lain, memudahkan setiap individu yang harus “bekerja” dengan anak tersebut agar lebih efisien dan efektif. Walaupun orang tua mungkin menolak penggunaan obat oleh karena “takut” terhadap obat, namun perlu dijelaskan bahwa medikasi dapat mendukung secara keseluruhan aspek penanganan anak.

Sampai saat ini obat yang terbanyak dipakai hampir di seluruh negara dan menunjukkan tingkat keberhasilan yang cukup tinggi (+ 80%) adalah *methylphenidate*, yang tergolong jenis “Stimulansia”. Dari penggunaan secara luas dan cukup lama di banyak negara, obat ini dinyatakan cukup aman untuk dikonsumsi.

Obat ini bekerja pada sistem Dopamin dan Nor-Ephinephrin pada berbagai sentra otak yang terganggu, sehingga sentra tersebut berfungsi normal kembali dan gejala mereda dan perilaku anak/remaja menjadi lebih baik. Konflik berkepanjangan dengan orang tua bisa dihindarkan. Prestasi akademis akan meningkat, sehingga citra diri lebih positif dan dampak buruk *ADHD* dapat diminimalkan.

## **ADHD PADA REMAJA**

Berbeda dengan pendapat sebelumnya, ternyata sebagian besar anak dengan *ADHD* tidak bisa (mampu) mengatasi gejala *ADHD*-nya, walaupun gejala hiperaktivitas dan inatensinya berkurang. Sekitar 2/2–3/4 anak dengan *ADHD* tetap menunjukkan gejala pada saat remajanya bahkan walaupun sudah diberi obat, stimulasi atau terapi yang lain. Hanya sekitar 30% anak dengan *ADHD* yang mereda gejalanya pada saat remaja.

Menetapnya gejala *ADHD* bisa diperkirakan apabila didapatkan riwayat keturunan, kondisi psikososial yang kurang menguntungkan dan adanya komorbiditas dengan gangguan tingkah laku (*conduct disorders*) atau gangguan *mood*.

Prognosa yang buruk juga terjadi bila kondisi sosial ekonomi buruk, kecerdasan kurang, hubungan dengan teman sebaya buruk, adanya psikopatologi pada orang tua serta keluarga yang penuh konflik dan permusuhan.

Remaja dengan *ADHD* lebih sering menunjukkan perilaku negatif dibanding yang normal. Antara lain merokok, mengkonsumsi alkohol, penggunaan Napsa, lebih sering terlibat dalam perkelahian, kebut-kebutan di jalan dan pada remaja wanita sering terlibat dalam hubungan seksual pranikah.

## **ADHD PADA DEWASA**

Penelitian pada individu dewasa dengan *ADHD* masih belum banyak. Hal ini disebabkan beberapa alasan antara lain:

Dahulu *ADHD* (pada anak) dianggap suatu gangguan psikiatrik yang bersifat ringan (*benign*) dan berlangsung sementara (*transient*) yang akan hilang (*resolved*) dengan adanya proses maturasi. Sehingga dengan pola pandang ini kasus *ADHD* pada anak tidak diikuti sampai dewasa.

Pada sekitar tahun 1980 pendapat ini mulai berubah, karena pada beberapa *follow up* ternyata pada individu yang mengalami

*ADHD* pada masa anak masih tetap menunjukkan adanya gejala-gejala inti (*core symptoms*), dengan persentase yang dilaporkan sekitar 11–80%. Maka *ADHD* saat ini dipandang sebagai kondisi neurologis kronis yang (umumnya) ditransmisikan secara genetik dan dimediasi secara biologik dengan komponen perilaku.

Maka era penelitian terhadap individu dewasa dengan *ADHD* yang relatif masih baru belum bisa memberikan banyak data. Beberapa jenis penelitian dilakukan antara lain:

1. Pada orang dewasa yang masa anaknya didiagnosa dan diterapi sebagai *ADHD* secara terus-menerus dengan bantuan psikostimulansia.
2. Pada orang dewasa yang masa anaknya didiagnosa sebagai *ADHD* tetapi terapinya tidak berkesinambungan.
3. Sekelompok besar individu dewasa yang mempunyai riwayat gejala *ADHD*. (Anamnesa sesudah dewasa).

Walaupun penelitian-penelitian tersebut relatif masih baru, tetapi ada beberapa temuan yang sudah didapat antara lain: pada dewasa lebih banyak dijumpai gejala inatensinya, gejala hiperaktif-impulsif lebih sedikit. Mereka sering teralihkan perhatiannya oleh stumulus eksternal atau oleh sederetan pemikiran/keinginan. Sehingga ketika mereka memulai suatu proyek “tanpa sadar” mereka sudah meninggalkannya dan mempersiapkan proyek lain. Akibatnya mereka sering berada di tengah-tengah (*in the middle of*) beberapa proyek sekaligus dan terjadilah kesalahan-kesalahan atau kelalaian/kecerobohan.

Gejala hiperaktif-impulsif pada dewasa sering dalam konteks hubungan/sosialisasi. Mereka tampak sulit bersosialisasi, tidak/kurang memperhatikan pembicaraan orang lain, atau terfokus pada pikirannya sendiri ketika melakukan interupsi dengan memberi komentar-komentar yang kurang bisa diterima secara sosial. Kadang mereka banyak ngomong dan “sosiabel” hampir mirip badut (*Class-Clown*).

Orang dewasa dengan *ADHD* merasakan adanya ketergesaan dalam aktivitasnya sehari-hari, toleransi terhadap frustrasi rendah, sering membuat keputusan tanpa pertimbangan yang seksama. Umumnya sulit bekerja sama dengan orang lain. Seperti pada masa anaknya mereka juga sering bersikap keras kepala dan mempunyai *self esteem* yang rendah.

Kondisi di atas menyebabkan kesulitan dalam hubungan dengan teman, pasangan hidup dan atasan. Mereka kurang berprestasi secara akademik maupun dalam pekerjaan. Sering pindah pekerjaan dan akhirnya mencari solusi dengan bekerja sendiri.

*ADHD* pada dewasa sering berkomorbid dengan depresi (20–30%) dengan kecemasan (40%) dan dengan gangguan bipolar (5–10%). Hal ini tentunya akan makin memperburuk kualitas hidup individu tersebut.

#### *Harapan dan himbauan*

Angka kejadian *ADHD* cukup tinggi, dan dampaknya cukup luas pada perkembangan masa anak maupun perilaku dan prestasi pada masa remaja dan dewasanya. Maka pada kesempatan ini saya menghimbau:

1. Adanya peningkatan kepedulian dari pemegang kebijaksanaan dalam “*mental health*” terhadap masalah kesehatan mental anak terutama *ADHD*.
2. Peningkatan kewaspadaan pada semua pihak yang berkecimpung di bidang anak akan adanya kemungkinan *ADHD* dengan melakukan ‘skrining’ pada anak yang dicurigai. Dalam hal ini bisa digunakan instrument SPPAHI (Skala Penilai Perilaku Anak Hiperaktif Indonesia) yang telah dikembangkan dan disesuaikan dengan kondisi dan kultur di Indonesia oleh Dwijo S.
3. Untuk jangka panjang perlu diperhatikan dan ditambahkan materi kurikulum tentang masalah-masalah gangguan mental emosional pada anak, terutama *ADHD* pada lembaga-lembaga

yang mencetak calon-calon pendidik terutama calon-calon guru sekolah dasar.

4. Melibatkan secara aktif para dokter muda selama pendidikan di Psikiatri dalam proses penanganan anak dengan *ADHD*, baik di Poliklinik maupun di *Day Care* Psikiatri Anak mulai dari diagnosis, penggunaan skrining dan terapinya. Maka, nantinya ketika bertugas di daerah/puskesmas mereka bisa menegakkan diagnosis dan melakukan tatalaksana dengan baik dan benar.
5. Menggalakkan kembali sosialisasi dan pelatihan untuk deteksi anak bermasalah pada guru TK dan SD yang sudah dirintis oleh Seksi Psikiatri Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
6. Mengingat RSUD Dr. Soetomo merupakan rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan tertinggi maka kami yang bertugas di Seksi Psikiatri Anak RSUD Dr. Soetomo mengharapkan agar Bapak Dekan Fakultas Kedokteran Unair dan Bapak Direktur RSUD Dr. Soetomo berkenan menambah dan meningkatkan fasilitas, sarana dan prasarana yang ada di Seksi Psikiatri Anak, agar kami dapat melaksanakan Tri Darma Perguruan Tinggi secara lebih optimal.

*Hadirin yang saya hormati,*

Di akhir pidato pengukuhan ini, saya sekeluarga memanjatkan puji syukur yang tiada terhingga kehadirat Allah swt, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga kami sekeluarga mendapatkan nikmat-Nya seperti yang kami rasakan hari ini.

Pada kesempatan ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, membimbing, dan bekerja sama yang mengantarkan saya mencapai jabatan sebagai Guru Besar dalam bidang Ilmu Kedokteran Jiwa.

Kepada Pemerintah Republik Indonesia yang diwakili oleh Menteri Pendidikan Nasional yang telah menyetujui dan mengangkat saya dalam jabatan Guru Besar dalam Ilmu Kedokteran Jiwa pada

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, perkenankan saya menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya.

Kepada yang terhormat Ketua Senat Akademik Universitas Airlangga **Prof. Sam Suharto dr. Sp.MK**, Sekretaris Senat Akademik **Prof. Dr. Frans Limahelu, SH., LLM** dan anggota Senat Akademik; Kepada yang terhormat Rektor Universitas Airlangga **Prof. Dr. Fasichul Lisan, Apt** para Wakil Rektor, saya ucapkan terima kasih atas kesediaan dan kepercayaan untuk mengusulkan saya menjadi Guru Besar dan menerima saya di lingkungan Senat Universitas Airlangga.

Saya sangat berterima kasih kepada yang terhormat para mantan Rektor **Prof. Dr. Marsetio Donoseputro, dr., Sp.PK(K)**, **Prof. H. Soedarso Djojonegoro, dr.**, **Prof. H. Bambang Rahino Setokusumo, dr.**, **Prof. Dr. Soedarto DTM&H, Ph.D**, **Prof. Dr.Med. H. Puruhito, dr., Sp.BTKV** yang telah memberi kesempatan kepada saya menjadi dosen di Universitas Airlangga.

Kepada yang terhormat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga **Prof. Dr. M. Amin, dr., Sp.P(K)** dan para wakil Dekan serta anggota Badan Pertimbangan Fakultas, mantan Dekan **Prof. Dr. H.M.S Wiyadi dr., Sp.THT** beserta para pembantu Dekan, yang telah mengusulkan dan menyetujui saya untuk diangkat menjadi Guru Besar, saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya.

Kepada yang terhormat Direktur RSUD Dr. Soetomo, **H. Slamet Riyadi Yuwono, dr., DTM&H, MARS**, dan mantan Direktur RSUD Dr. Soetomo, **H. Abdus Syukur, dr., Sp.B(K)BD**, **Prof. HM Dikman Angsar, dr., Sp.OG KFM** dan **Prof. H. Karjadi Wirjoatmodjo, dr., Sp.AnKIC.**, saya sampaikan terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk berbakti dan meniti karir serta menimba pengalaman di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.

Kepada guru-guru saya yang pertama kali menerima saya di Bagian Psikiatri, **Prof. Dr. Triman Prasadio Sp.Kj (alm)**,



dilanjutkan **Prof. HR Daldiri Mangoendiwirjo Sp.Kj(K)**, **Prof. WFM Maramis Sp.Kj(K)**, **Prof. Dr. Moeljono Notoesudirjo Sp.Kj(K)**, MPM, yang telah banyak berjasa dengan memberi serta meletakkan dasar-dasar pengetahuan dan keterampilan kepada saya di bidang Psikiatri. Tidak pula saya lupakan jasa alm **Prof. HRM Soejoenoes, Sp.S. Sp.Kj** yang banyak memberi saya nasehat dan bimbingan serta semangat berkarir, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas jasa-jasa beliau dan menempatkan beliau di sisi-Nya.

Ucapan terima kasih untuk para senior saya, khususnya **Prof. Dr. Endang Warsiki Gozali, Sp.KJ(K)** serta **Prof. Dr. Lestari Basuki Soeharjono, Sp.Kj(K)** yang telah banyak membantu dan memberi semangat kepada saya selama menempuh pendidikan sub spesialisasi di bidang Psikiatri anak dan remaja.

Untuk seluruh kakak-kakak, serta adik-adik staf Psikiatri, adik-adik PPDS, seluruh paramedis dan karyawan di Departemen Psikiatri, juga para penderita beserta keluarganya saya mengucapkan terima kasih atas semua bantuan dan kerja sama yang ikhlas sehingga saya dapat mencapai prestasi tertinggi di bidang akademik ini.

Dalam kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya untuk tokoh yang saya hormati **Prof. Dr. D. Bachtiar Lubis, dr., Sp.KJ(K)** yang telah menerima saya studi Ilmu Psikiatri Anak di FK UI di mana saat itu menjabat sebagai Kepala Bagian Psikiater FK UI, dan selanjutnya beliau senantiasa membagikan ilmunya kepada kami dengan tulus ikhlas.

Kepada guru-guru saya selama memperdalam bidang Psikiatri Anak dan Remaja di Departemen Psikiatri FKUI, **dr. Jan Prasetyo Sp.Kj(K)**, **Prof. Dr. Edith Humris Pleyte, dr., Sp.Kj(K)**, **dr. Lukas Mangindaan, Sp.Kj(K)**, **dr. Fuadi Jatim Sp.Kj**, saya sampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya atas bimbingan dan pendidikan dengan dedikasi yang tinggi.

Semua yang bekerja di Ruang *Day Care* Psikiater Anak RSUD Dr. Soetomo, terutama **Bu Luh, Bu Heru, Mas Heri** saya sangat salut atas kerja keras dan dedikasi yang tinggi sehingga kita bersama-sama dapat mengembangkan seksi *Day Care* Psikiater Anak dan saat ini sudah cukup dikenal di masyarakat. Mudah-mudahan prestasi dan reputasi ini bisa dipertahankan bahkan ditingkatkan.

Alm. ayahanda **Abubakar Haniman** dan almh. Ibunda **Zahrah Usman Barakbah** yang telah mengasuh dan mendidik saya dengan penuh kasih sayang, kedisiplinan dan harapan. Saat ini harapan itu sudah tercapai, semoga Allah swt. mengijinkan untuk menyaksikannya dari alam sana. Tak ada kata-kata yang bisa ananda ucapkan untuk mengungkapkan rasa terima kasih yang tiada terhingga, hanya doa yang senantiasa ananda panjatkan semoga Allah swt. mengampuni segala dosa dan membalas semua kebajikan dengan memberi tempat dan derajat yang tinggi disisi-Nya.

Teruntuk suamiku Abdullah Haniman yang telah mendampingi saya lebih dari seperempat abad dengan kesabaran yang luar biasa. Terima kasih yang tiada terhingga atas kesabaran dan dukungannya sehingga saya bisa berkarir dan mencapai prestasi tertinggi di bidang pendidikan ini. Dan tak lupa untuk Ayah serta Ibu Mertua yang sudah almarhum, saya ucapkan terima kasih atas kerelaan memberikan putra terbaiknya kepada saya. Semoga Allah Ta'ala berkenan membalasnya.

Adik-adikku semua yang tercinta, terima kasih atas semua kerja sama, kerukunan, dan kehangatan yang manis selama ini yang menambah semangat dalam menghadapi problem dalam kehidupan kita. Juga untuk semua ipar-iparku yang selalu memberi dukungan dan perhatian. Mudah-mudahan kita semua senantiasa bersatu dalam Ridho-Nya.

Bagi anak-anakku Rodiyah dan Yahya serta menantuku Achmad dan Rika. Mama minta maaf apabila selama ini mama terlalu sibuk hingga timbul perasaan kurang diperhatikan dan terabaikan.



Semoga kalian dapat menjalani kehidupan sesuai petunjuk-Nya untuk mencapai kebahagiaan di dunia dan di hari kemudian.

Untuk **dr. Marga M. Maramis, SpKJ** yang bertindak sebagai Ketua Panitia Pengukuhan beserta para staff dan PPDS I Psikiater serta semua yang ikut berperan dalam penyelenggaraan acara ini saya ucapkan terima kasih.

Bapak, ibu hadirin semua yang berbahagia, sekali lagi saya ucapkan banyak terima kasih atas kesudiannya menghadiri undangan kami ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan memberikan balasannya, semoga kita semua senantiasa dalam lindungan-Nya. Amin...

*Billahitaufik wal hidayah*

*Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*



## DAFTAR PUSTAKA

1. Abdurrachman M. Penanganan Edukatif untuk anak dengan *ADHD* PIDT IDAJI. Solo. 1999.
2. Accardo PJ, Blondis TA. Pediatric Management of *ADHD* Medication in Accardo PJ. Blondis TS: Attention Deficits and Hyperactivity in Children and Adults 2<sup>nd</sup> ed. Marcel Dekker Inc. New York. 2000: 441-460.
3. Dwidjo S. Gangguan Hiperkinetik pada anak di DKI Jakarta; Ringkasan Disertasi: Yogyakarta. 2004.
4. Hansen CR, Cohen DJ. Multimodality Approaches in the Treatment of Attention Deficit Disorders.
5. Jan Prasetyo. Neuro-Psikopatologi dan Manifestasi Klinik *ADHD*; Simposium Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Gangguan Pemusatan Perhatian Hyperaktivitas (Gangguan Hiperkinetik/*ADHD*) Surabaya. 1999.
6. Johnston C. Effect of Medication, Behavior and Combined Treatment on Parent and Children's. Attributions for the Behavior of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 69 No. 1, 2001: 67-76.
7. Lanner J, Yasutake D. School Strategy in Accardo PJ; Blondis TS: Attention Deficit and Hyperactivity and Adults 2<sup>nd</sup> ed. Marcel Dekker Inc, New York, 2000.
8. Lindsay RL, Whitman BY. Social Skill Development in Children with Attentional Problems in Accardo PJ; Blondis TS: Attention Deficit and Hyperactivity in Children and Adults 2<sup>nd</sup> ed. Marcel Dekker Inc, New York, 2000.
9. Power CA. The Pharmacology of Drugs Used the Treatment of Attention Defisit Hyperactivity Disorder in Accardo PJ; Blondis TS: Attention Deficit and Hyperactivity in Children and Adults 2<sup>nd</sup> ed. Marcel Dekker Inc, New York, 2000.

10. Rowe Ks. Synthetic Food Coloring and Behavior: A Dose Response Effect in a Double Blind, Placebo Controlled, Repeated-measures Study. *J Paediatr.* 1994; 125: 691–8
11. Whitman BY. Living with a child with *ADHD*: Principles of Family Living, Behavior Management and Family Support in Accardo PJ: Blondis TS: Attention Deficit and Hyperactivity in Children and Adults 2<sup>nd</sup> ed. Marcel Dekker Inc, New York, 2000.
12. World Federation of Mental Health: Mental and Physical Health Across the Life Span, World Mental Health Day, 10 October 2005.



## RIWAYAT HIDUP

### DATA PRIBADI

Nama : **Prof. Dr. Fatimah Haniman Sp.KJ(K)**  
NIP : 130532938  
Pangkat/Gol : Pembina Tk. I/IVB  
Tempat, Tanggal Lahir : Probolinggo, 26 Juli 1948  
Agama : Islam  
Alamat Kantor : Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/  
RSU Dr. Soetomo  
Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6-8  
Surabaya  
Alamat Rumah : Jl. Ikan Belanak 5 Surabaya  
Status : Menikah  
Nama Suami : Abdullah Haniman  
Nama Anak : - Rodiyah  
- Yahya

### RIWAYAT PENDIDIKAN

#### Pendidikan Dasar dan Menengah

1961 : Lulus SD/SR  
1964 : Lulus SMPN VI Surabaya  
1968 : Lulus SMAN III Gentengkali Surabaya

#### Pendidikan Tinggi

1974 : Lulus Dokter FK Unair  
1980 : Lulus Psikiater FK Unair  
1990 : Lulus Psikiater Anak dan Remaja FK UI

## **Pelatihan-pelatihan di bidang Keprofesian**

- 1990 : Pelatihan Metodologi Penelitian, Statistik dan Komputer (LemLit Universitas Airlangga)
- 1991 : Pelatihan Metodologi Penelitian, Statistik dan Komputer Tingkat Lanjut (LemLit Universitas Airlangga)
- 1993 : Pelatihan Seri Program-program Statistik Paket Midi (Pusat Kajian Psikologi Terapan dan Management Sumber Daya Manusia Universitas Airlangga)
- 1994 : Pelatihan Psikodinamik "Karen Horney" (Prof. Jane Smith, FK Universitas Airlangga)
- 1994 : Achievement Motivation Training (Petro Kimia Gresik)
- 1996 : Pelatihan Rational Emotive Behavior Terapi (Tim dari Universitas Adelaide)
- 2004 : Penelitian Pengembangan Instrumen (CE & BU Universitas Gajah Mada)
- 2005 : Training the Trainers, Course in Trauma Psychology (Tim dari University of Missouri International Center for Psychological Trauma)
- 2007 : Pelatihan Penajaman Konseling Psikoterapi (Program Pasca Sarjana UNM)
- 2007 : Pelatihan Penajaman Psikoterapi Dinamik (Prof. Dr. dr. D. Bachtiar Lubis – FK Universitas Airlangga)

## **PENELITIAN**

### **Sebagai Author**

- Forum Internasional : 1
- Forum Nasional : 6

### **Sebagai Co Author**

- Forum Internasional : 3
- Forum Nasional : 20

## **KARYA ILMIAH**

Sebagai Pemrasaran pada berbagai pertemuan ilmiah nasional

## **PENGABDIAN MASYARAKAT**

1. Sebagai konsultan pada beberapa SD dan SMU serta Sentra/ Sekolah untuk anak dengan kebutuhan khusus.
2. Partisipasi aktif dan tim bantuan RSUD Dr. Soetomo pada penanggulangan bencana di Yogya.
3. Anggota Tim Penanggulangan Kembar Siam (Penghargaan Gubernur Jawa Timur).
4. Ceramah-ceramah umum pada berbagai kesempatan.

## **BUKU AJAR**

PDT Psikiatri : Sebagai Pemrasaran  
PPDGJ III : Sebagai Pembahas

## **RIWAYAT PEKERJAAN/JABATAN**

1975–sekarang : Dosen FK Universitas Airlangga  
1992–2002 : Koordinator Penelitian Laboratorium Psikiatri FK Universitas Airlangga  
1990–2002 : Koordinator Pavillium Bappenkar RSUD Dr. Soetomo  
1990–2002 : Ka. Seksi Day Care Psikiatri Anak RSUD Dr. Soetomo  
2001–sekarang : Ka. Departemen Psikiater FK Universitas Airlangga  
2001–sekarang : Ka. SMF Psikiatri RSUD Dr. Soetomo

## **ORGANISASI/KEANGGOTAAN PROFESI**

- IDI : Sebagai Anggota
- PDSKJI : Sebagai Pengurus
- FK PPAI JATIM : Sebagai Sekretaris
- PERPEI JATIM Surabaya : Sebagai Bendahara

