



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta yaitu Undang-Undang tentang perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra (tidak melindungi hak kekayaan intelektual lainnya), dengan ini menerangkan bahwa hal-hal tersebut di bawah ini telah tercatat dalam Daftar Umum Ciptaan:


- I. Nomor dan tanggal permohonan : EC00201704666, 20 Oktober 2017
- II. Pencipta
Nama : **Dr. Marlina, S.Pd., M.Si.**
Alamat : Komplek Cimpago Permai C 3 Limau Manis Ke. Pauh,
Padang, SUMATERA BARAT, 25164
Kewarganegaraan : Indonesia
- III. Pemegang Hak Cipta
Nama : **Dr. Marlina, S.Pd., M.Si.**
Alamat : Komplek Cimpago Permai C 3 Limau Manis Ke. Pauh,
Padang, SUMATERA BARAT, 25164
Kewarganegaraan : Indonesia
- IV. Jenis Ciptaan : Buku
- V. Judul Ciptaan : **Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas Pada Anak**
- VI. Tanggal dan tempat diumumkan : 2 Juni 2008, di Padang
untuk pertama kali di wilayah
Indonesia atau di luar wilayah
Indonesia
- VII. Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama
70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia,
terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.
- VIII. Nomor pencatatan : 04454

Pencatatan Ciptaan atau produk Hak Terkait dalam Daftar Umum Ciptaan bukan merupakan pengesahan atas isi, arti, maksud, atau bentuk dari Ciptaan atau produk Hak Terkait yang dicatat. Menteri tidak bertanggung jawab atas isi, arti, maksud, atau bentuk dari Ciptaan atau produk Hak Terkait yang terdaftar. (Pasal 72 dan Penjelasan Pasal 72 Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta)

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL
u.b.
DIREKTUR HAK CIPTA DAN DESAIN INDUSTRI

Dr. Dra. Erni Widhyastari, Apt., M.Si.
NIP. 196003181991032001

PENERBIT UNP PRESS PADANG

 UNP PRESS

GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS PADA ANAK



MARLINA

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NO 19 TAHUN 2002
TENTANG HAK CIPTA

PASAL 72
KETENTUAN PIDANA
SAKSI PELANGGARAN

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu Ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah)
2. Barangsiapa dengan sengaja menyerahkan, menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas pada Anak

Marlina, S. Pd. M. Si.



**Penerbit
Universitas Negeri Padang Press**

Marlina,

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas pada Anak

/ Marlina

editor, tim editor UNP Press

Penerbit UNP Press Padang, 2008

1 (satu) jilid; (B5 Jis)

184 hal.

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas pada Anak

ISBN : 978-979-8587-42-9

1. Psikologi. 2. Pendidikan Anak. 3. Hiperaktif

1. UNP Press

GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS PADA ANAK

Hak Cipta dilindungi undang-undang pada penulis

Hak penerbitan pada UNP Press

Penyusun

Editor

Layout

Desain Sampul

Marlina, S. Pd., M. Si.

Tim dosen

UNP Press, InDesign

Book Antique 12, pt

Nasbahry C.

Sepatah Kata

Alhamdulillahahirabbil'aalamin, tiada kata yang lebih indah selain puji syukur kehadirat Allah Subhanaahuwata'ala, yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada setiap detak napas kehidupan penulis dan keluarga. Salawat beriring salam kepada Junjungan Besar Nabi Muhammad SAW, yang telah menjadikan Islam bercahaya sebagai rahmatan lil'alaamin.

Ada tiga faktor yang mendorong penulis menyusun buku ini. Pertama, sebagai wujud "kegundahan" penulis terhadap minimnya buku sumber dibidang Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus khususnya tentang GPPH dan sejenisnya. "Kegundahan" ini semakin terasa manakala di masyarakat semakin banyak ditemukan anak-anak GPPH yang membutuhkan layanan yang tepat dan sesuai. Untuk dapat memberikan layanan kebutuhan khusus mereka sangat dibutuhkan adanya asesmen agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan mereka. Faktor yang kedua adalah semenjak penulis mengajarkan mata kuliah Pengantar Asesmen, Asesmen Anak Berkebutuhan Khusus dan Teknik Labor Pendidikan Khusus, semakin dirasa betapa pentingnya langkah-langkah dan instrumen asesmen yang digunakan untuk menjawab tantangan layanan pendidikan khususnya bagi anak-anak GPPH. Sedangkan faktor ketiga yakni kegundahan dari faktor satu dan keinginan dari faktor dua tersebut "distimulasi" oleh UNP Press dalam bentuk tawaran penulisan buku sumber. Kesempatan ini penulis manfaatkan dengan sebaik-baiknya.

Berdasarkan tiga motif yang mendasari penulisan buku ini, maka secara tersirat buku ini masih sangat jauh dari sempurna. Hal ini disebabkan karena keterbatasan kemampuan penulis sendiri, keterbatasan bekal pengetahuan yang seharusnya menjadi landasan kewenangan. Niat utama penulis adalah untuk sharing pengetahuan dan pengalaman dengan pembaca. Memang, buku ini disusun tanpa pretensi keahlian, hanya latar belakang pendidikan di bidang pendidikan luar biasa dan psikologi disertai keinginan untuk menyumbangkan buah pemikiran guna pengembangan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu penulis sangat menghargai dan mengucapkan terimakasih kepada pembaca yang memberikan kritik dan saran bagi perbaikan buku ini di masa mendatang.

Buku ini penulis susun dengan sistematika sebagai berikut :

Bagian Satu terdiri dari bab I dan bab II. Bab I tentang GPPH menguraikan tentang pengertian, faktor penyebab, gejala-gejala dan karakteristik, tipe-tipe GPPH, prevalensi, perkembangan dan

hambatan yang ditimbulkan gangguan GPPH serta karakteristik yang menyertai perilaku GPPH. Bab II GPPH dan Kesulitan Belajar, berisi uraian tentang hubungan GPPH dengan gangguan kognitif, hubungan GPPH dengan rendahnya prestasi belajar yang rendah, kemungkinan penyebab hubungan antara GPPH dan masalah akademik, garis-garis besar asesmen GPPH dan kesulitan belajar, implikasi intervensi, GPPH sebagai kategori pendidikan khusus serta kebutuhan anak-anak GPPH.

Bagian dua terdiri dari bab III dan bab IV. Bab III tentang asesmen GPPH menguraikan pengertian asesmen, pendekatan DSM dalam asesmen GPPH, dan komponen asesmen GPPH. Bab IV metode asesmen GPPH, berisi uraian tentang tahap-tahap asesmen GPPH dan pertimbangan pengembangan asesmen.

Bagian tiga terdiri dari bab V, bab VI dan bab VII. Bab V intervensi GPPH menguraikan tentang intervensi berbasis sekolah dan intervensi berbasis keluarga. Bab VI strategi intervensi berbasis kelas menguraikan tentang pertimbangan umum intervensi berbasis kelas, strategi manajemen penguatan, pertimbangan dalam memberikan hadiah dan hukuman, intervensi manajemen diri, strategi pendidikan yang efektif, dukungan guru dan adaptasi kurikulum. Bab VII manajemen perilaku berisi uraian tentang mengembangkan perilaku baru, strategi mengurangi perilaku destruktif, strategi mengurangi perilaku agresif, dan strategi menghadapi anak yang suka menyendiri.

Bagian empat terdiri dari bab VIII teknik modifikasi perilaku yang menguraikan tentang penerapan khusus bagi guru, interaksi guru dan anak, pelatihan dan adaptasi, bekerja dengan atau tanpa keterlibatan orangtua, strategi melayani anak-anak GPPH, dan menyikapi karakteristik anak GPPH.

Akhirnya, penulis mengharapkan semoga apa yang tersaji dalam buku ini memberi manfaat bagi pembaca. Amiin.

Padang, Juni 2008

Penulis,

Marlina, S.Pd.M.Si.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	
Daftar Isi	
BAGIAN SATU	
BAB I. GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH)	
A. Pengertian Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH).....	1
B. Faktor Penyebab GPPH.....	2
C. Gejala-gejala dan Karakteristik GPPH.....	4
D. Tipe-tipe GPPH.....	9
E. Prevalensi.....	15
F. Perkembangan dan Hambatan yang Ditimbulkan GPPH.....	15
G. Karakteristik yang Menyertai Perilaku GPPH.....	16
BAB II. GPPH DAN KESULITAN BELAJAR	
A. Hubungan GPPH dengan Gangguan Kognitif.....	21
B. Hubungan GPPH dengan Rendahnya Prestasi Akademik.....	22
C. Kemungkinan Penyebab Hubungan Antara GPPH dan Masalah Akademik.....	22
D. Garis-garis Besar Asesmen GPPH dan Kesulitan Belajar.....	28
E. Implikasi Intervensi.....	31
F. GPPH sebagai Kategori Pendidikan Khusus.....	32
G. Kebutuhan Anak-anak GPPH.....	34
BAGIAN DUA	
BAB III. ASESMEN GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH)	
A. Pengertian Asesmen.....	36
B. Pendekatan DSM dalam Asesmen GPPH	38
C. Komponen Asesmen GPPH.....	41
BAB IV METODE ASESMEN GPPH	
A. Tahap-tahap Asesmen GPPH	60

B. Pertimbangan Pengembangan Asesmen GPPH	68
BAGIAN TIGA	
BAB V. INTERVENSI GPPH	
A. Intervensi Berbasis Sekolah.....	74
B. Intervensi Berbasis Keluarga.....	87
BAB VI. STRATEGI INTERVENSI BERBASIS KELAS	
A. Pertimbangan Umum Intervensi Berbasis Kelas.....	93
B. Strategi Manajemen Penguatan.....	95
C. Pertimbangan dalam Memberikan Hadiah dan Hukuman.....	101
D. Intervensi Manajemen Diri.....	104
E. Strategi Pendidikan yang Efektif.....	105
F. Dukungan Guru.....	111
G. Adaptasi Kurikulum.....	112
BAB VII. MANAJEMEN PERILAKU	
A. Mengembangkan Perilaku Baru.....	126
B. Strategi Mengurangi Perilaku Desruptif (Mengganggu).....	131
C. Strategi Mengurangi Perilaku Agresif.....	134
D. Strategi Menangani Anak Suka Menyendiri (Withdrawl).....	135
BAGIAN EMPAT	
BAB VIII. TEKNIK MODIFIKASI PERILAKU	
A. Penerapan Khusus bagi Guru.....	136
B. Interaksi Guru dan Anak.....	137
C. Pelatihan dan Adaptasi	137
D. Bekerja dengan atau Tanpa Keterlibatan Orangtua.....	142
E. Strategi Melayani Anak-anak GPPH	144
F. Menyikapi Karakteristik GPPH.....	145
Daftar Pustaka.....	152
GLOSSARY.....	161
Indeks.....	164
Lampiran Bab III.....	170

BAGIAN SATU

BAB I

GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH)

A. PENGERTIAN GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS (GPPH)

Istilah GPPH diadaptasi dari bahasa Inggris yaitu ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorders*). Kadang istilah GPPH sering disebut juga dengan ADD-H, orang awam sering menyebutnya dengan hiperaktif saja, namun agar pemahaman tentang GPPH menyeluruh maka dalam buku ini penulis lebih cenderung menggunakan istilah GPPH. GPPH merupakan perilaku yang berkembang secara tidak sempurna dan timbul pada anak-anak dan orang dewasa. Perilaku yang dimaksud berupa ketidakmampuan dalam hal menaruh perhatian, pengontrolan gerak hati serta pengendalian motor. Keadaan yang demikian menjadi masalah bagi anak-anak (penderita) terutama dalam memusatkan perhatian terhadap pelajaran sehingga akan menimbulkan kesukaran di dalam kelas. Penderita GPPH sering digambarkan sebagai "*You don't mean to do the things you do to and you don't do the things you mean to do*". Anak GPPH bermasalah dengan waktu, sangat terganggu oleh rangsangan dari luar dan tidak mampu memusatkan perhatian.

Pendapat lain dikemukakan oleh Santrock (2002) yang menyatakan bahwa GPPH sebagai suatu kelainan berupa rentang perhatian yang pendek, perhatian mudah beralih dan tingkat kegiatan fisik yang tinggi. Dengan arti kata, anak-anak penyandang kelainan ini

tidak menaruh perhatian dan memiliki kesulitan memusatkan perhatian pada apa yang sedang dilakukannya. Eric Taylor (1992) menyatakan GPPH sebagai pola perilaku seseorang yang menunjukkan sikap tidak mau diam, tidak menaruh perhatian dan impulsif. Sedangkan menurut Frances dan Harold (dalam DSM IV) membatasi GPPH sebagai "..... is a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that is more frequent and severe than is typically observed in individuals at a comparable level of development. GPPH merupakan pola perilaku seseorang yang ditunjukkan dengan ketidakmampuan memperhatikan, impulsif-hiperaktif yang lebih banyak frekuensinya jika dibandingkan dengan teman sebayanya. Quay & Werry (1986) memberikan batasan GPPH sebagai berikut :

"..... Hyperactivity or GPPH is a significant deficiency in age appropriate attention, impulse control and rule-governed behavior (compliance, self-control, and problem-solving) that arises in infancy or early childhood is significantly pervasive in nature and is not the direct result of general intellectual retardation, severe language delay or emotional disturbance or gross sensory or motor impairment.

Jika diterjemahkan secara bebas, hiperaktivitas atau GPPH merupakan gangguan secara signifikan dalam memperhatikan, kontrol rangsangan dan perilaku yang sesuai aturan yang muncul sejak kanak-kanak sehingga menyebabkan mereka terganggu secara emosi, motorik kasar, dan keterlambatan berbahasa.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa GPPH merupakan :

1. Pola perilaku yang dilakukan oleh anak.
2. Ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau memusatkan perhatian.
3. Aktivitas yang berlebihan.
4. Tidak mampu mengontrol perilaku.
5. Aktivitas yang dilakukan tidak tepat dan tidak pantas, aktivitas tersebut dilakukan terus menerus sepanjang hari.

B. FAKTOR PENYEBAB GPPH

Tidak ada faktor penyebab tunggal pada GPPH. Ada beberapa dugaan penyebab GPPH baik secara mandiri ataupun dalam kombinasi. Penyebab tersebut antara lain: faktor neurologi, faktor genetik atau keturunan, faktor lingkungan, trauma pranatal, melahirkan dan pascanatal, gangguan otak di bagian depan, dan sebagainya. Penjelasan masing-masing penyebab tersebut diuraikan sebagai berikut.

- d. lingkungan keluarga yang mengalami *sosial disability* (tidak dapat bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat). Lingkungan sosial merupakan faktor sekunder yang dapat menimbulkan simptom agresif.
- e. pola asuh keluarga yang kurang tepat (Osman, 2002).

4. Trauma Prenatal, Melahirkan dan Pascanatal

Minuman beralkohol yang dikonsumsi secara berlebihan oleh ibu selama hamil berkaitan dengan lemahnya perhatian dan pemusatan perhatian anak mereka pada usia 4 tahun (Streissguth, dalam Flick 1998). Berkaitan dengan makanan, defisiensi vitamin dapat menyebabkan masalah-masalah pemusatan perhatian, yakni kekurangan vitamin B. Selain itu Osman (2002) menambahkan kelahiran prematur, berat badan turun pada masa kehamilan, anoxia (kekurangan cadangan oksigen ke otak, selama kehamilan atau setelah kelahiran) atau suatu luka fisik serius, bisa mempengaruhi kemampuan mempertahankan perhatian anak.

5. Gangguan otak di bagian depan

Otak bagian depan disebut juga lobus frontalis yang berfungsi mengontrol proses berpikir dan yang mempengaruhi perilaku. Diduga terjadi kelainan struktural otak dan kemungkinan masalah biokimia di otak (Osman, 2002).

C. GEJALA-GEJALA DAN KARAKTERISTIK GPPH

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) (Westwood, 1995), gejala GPPH terdiri atas tiga gejala utama, yaitu :

1. Inatensivitas

Yakni tidak ada perhatian atau tidak menyimak. Penderita mengalami kesulitan dalam memusatkan perhatian terhadap sesuatu yang sedang dihadapinya. Ciri-cirinya adalah :

- a. Gagal menyimak hal yang rinci.
- b. Kesulitan bertahan pada satu aktivitas.
- c. Tidak mendengarkan sewaktu diajak berbicara.
- d. Sering tidak mengikuti instruksi.
- e. Kesulitan mengatur jadwal tugas dan kegiatan.
- f. Sering menghindari dari tugas yang memerlukan perhatian lama.
- g. Sering kehilangan barang yang dibutuhkan untuk tugas.
- h. Sering beralih perhatian oleh stimulus dari luar.
- i. Sering pelupa dalam kegiatan sehari-hari.

1. Faktor Neurologi

Reif & Heimburge (1996) menjelaskan faktor neurologi diperoleh dari fakta-fakta yang berkaitan dengan kerusakan bagian otak di bagian depan limbic. Limbic merupakan sejumlah struktural neural yang membatasi cerebral cortex yang berfungsi dalam mengendalikan emosi, motivasi dan beberapa fungsi visceral. Namun demikian, kerusakan pada bagian otak tersebut bukanlah penyebab utama terjadinya GPPH. Penyebab lain adalah timbulnya penghambatan terhadap sistem *maturation* (sistem pematangan) yang berada dalam saraf pusat. Gangguan ini akan mempengaruhi kematangan pertumbuhan perilaku yang cukup tinggi. Akibat malfungsi (kekacauan fungsi) pada salah satu bagian otak akan membuat anak melakukan kegiatan-kegiatan yang tanpa tujuan.

2. Faktor Genetik atau Keturunan

Faktor keturunan pada temperamen semakin perlu dipertimbangkan, dengan tingkat aktivitas sebagai satu aspek temperamen yang membedakan seorang anak dari anak lain pada perkembangan dini. Anak laki-laki empat kali lebih hiperaktif daripada anak perempuan. Perbedaan jenis kelamin ini dapat disebabkan oleh perbedaan-perbedaan pada otak anak laki-laki dan anak perempuan yang ditentukan oleh plasma pembawa sifat pada kromosom Y (Santrock, 2002). Faktor genetik dipandang sebagai salah satu penyumbang timbulnya GPPH dapat terlihat pada keluarga yang kecanduan alkohol, *sociopath*, histeris, atau pada orangtua yang mengalami gangguan psikiatri lainnya. Di samping itu faktor genetik dapat ditemukan pada bayi-bayi yang sangat aktif sejak lahir (terlihat dari : mempunyai tingkat aktivitas yang tinggi, emosinya labil, pola tidur yang tidak teratur).

3. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap timbulnya GPPH adalah tindakan-tindakan atau keadaan yang kurang memadai dari orangtua terhadap anak, antara lain :

- a. stimulus lingkungan yang kurang memadai, misalnya orangtua tidak pernah mengadakan kontrol, sering mencela, dan bersikap menolak terhadap tindakan anak.
- b. tanggapan dari orang-orang dewasa terhadap tindakan anak yang tidak tepat, akan mendorong timbulnya hiperaktif pada anak.
- c. jumlah anggota keluarga yang terlalu besar.

2. Impulsivitas

Yaitu kemampuan untuk mengontrol perilaku yang lebih mengutamakan untuk menuruti dorongan hati (tidak sabaran). Impulsif tersebut berupa impulsif motorik dan impulsif verbal atau kognitif, dengan ciri-ciri berikut.

- a. Sering memberi jawaban sebelum pertanyaan selesai.
- b. Sering mengalami kesulitan menunggu giliran.
- c. Sering memotong atau menyela orang lain.
- d. Sembrono, melakukan tindakan berbahaya tanpa pikir panjang.
- e. Sering berteriak di kelas.
- f. Tidak sabaran.
- g. Usil, suka mengganggu siswa lain.
- h. Permintaannya harus segera dipenuhi.
- i. Mudah frustrasi dan putus asa.

3. Hiperaktivitas

Tidak bisa diam, yaitu perilaku yang mempunyai kecenderungan melakukan suatu aktivitas berlebihan, baik motorik maupun verbal, dengan ciri-ciri:

- a. Sering menggerakkan kaki atau tangan dan sering menggeliat.
- b. Sering meninggalkan tempat duduk di kelas.
- c. Sering berlari dan memanjat.
- d. Mengalami kesulitan melakukan kegiatan dengan tenang.
- e. Sering bergerak seolah diatur oleh motor penggerak.
- f. Sering berbicara berlebihan.

Quay & Werry (1986) menyatakan karakteristik anak GPPH yaitu : a) konsentrasi rendah, kurang memperhatikan; b) mengganggu; c) melamun; d) koordinasi motorik rendah; e) pasif, tidak memiliki inisiatif; f) gelisah, tidak tenang; g) gagal dalam menyelesaikan tugas; h) malas; i) impulsif; j) hiperaktif; k) tidak menarik dan membosankan; dan l) mengantuk.

Sedangkan Farnham & Diggory (1994) mengemukakan ciri-ciri GPPH sebagai berikut :

- a. Sangat responsif terhadap rangsang
- b. Mengalami fiksasi ("kemandegan" dalam perkembangan), yakni perkembangan berhenti pada satu tahapan dan terlihat adanya perilaku patologisnya seperti mengganggu teman dan sebagainya.
- c. *Disinhibition*, yakni aktivitas motorik yang terus menerus dinampakkan sebagai akibat dari hiperaktivitas.
- d. *Dissociation*, tidak mampu atau tidak dapat berpikir komprehensif, cara berpikir tidak terintegrasi sehingga aktivitasnya bervariasi.

Menurut *Encyclopedia of Special Education Volume I* dijelaskan ciri-ciri GPPH sebagai berikut : aktivitasnya tinggi, tidak dapat memperhatikan, impulsif (berperilaku atau memberikan respon tanpa alasan dan pertimbangan), sulit untuk disiplin, tidak merespon sesuai dengan tuntutan sosial. Sedangkan karakteristik secondary-nya seperti : agresif, gagal dalam koordinasi motorik, gagal akademik, hubungan dengan teman sebaya kurang baik, dan perilakunya kacau.

Disamping itu Walsh (1979) mengemukakan ciri-ciri GPPH sebagai berikut: mengulang-ulang perilaku, kemampuan memperhatikan rendah, ketidakmampuan untuk duduk diam, selalu bergerak, kalau berbicara membuat keributan, ada gangguan tidur, dan suasana hatinya tidak bagus.

Karakteristik GPPH juga dikemukakan oleh Soerai (1994) yaitu:

- b. Memfokuskan terhadap hal-hal yang tidak perlu.
- c. Sulit membedakan antara suara dan pusat rangsangan.
- d. Tidak mampu bereaksi secara reflek, merencanakan atau memonitor reaksi, memikir berat, memecahkan masalah, menghambat perilaku yang tidak baik.
- e. Lemah dalam memodulasi aktivitas, gelisah dan resah, gerakan motorik yang tidak tertuju, hipoaktif (pada beberapa kasus).
- f. Sulit mencapai kepuasan atau kemantapan, selalu berkeinginan, tidak tenang, suka menjerit dan merengek, rewel (*irritability*).
- g. Lemah terhadap respon sanjungan atau hukuman.
- h. Mudah lelah, sulit untuk tetap tegar dan giat, sering menguap.
- i. Sulit tidur di malam hari.
- j. Sulit menyelesaikan tugas.
- k. Sulit bergaul, kurang perhatian.
- l. Sulit mengembangkan minat, mainan dan keterampilan yang disukai.
- m. Disfungsi perkembangan, lambat maturasi syaraf.

Menurut Erik Taylor, perbedaan jenis kelamin juga menentukan peluang perilaku hiperaktif. Anak laki-laki mempunyai kemungkinan 3 atau 4 kali lebih besar menderita hiperaktif dibanding anak perempuan. Kemungkinan tersebut terjadi karena anak perempuan sifat agresifnya tidak begitu berkembang. Banyaknya GPPH diderita oleh anak laki-laki diduga karena *refferal bias*, bahwa anak laki-laki lebih mudah berperilaku agresif dalam arti sosial dibandingkan dengan perempuan (Westwood, 1995).

Erik Taylor (dalam Santrock, 2002) membagi perilaku aktif yang berlebihan menjadi :

- a. Overaktivitas. Overaktivitas adalah perilaku tidak mau diam, yang disebabkan oleh himpunan energi yang berlebihan, yang

merupakan suatu tanda bahwa anak tersebut sehat, cerdas, dan penuh semangat. Dalam waktu sesaat overaktivitas dapat dialami oleh anak-anak yang keaktifannya normal, kejadian ini disebabkan adanya ketegangan yang dialami anak tersebut.

- b. Hiperaktivitas. Hiperaktivitas adalah perilaku yang terjadi seperti perilaku overaktivitas, tetapi disertai tindakan yang tidak terarah dan berkepanjangan.
- c. Sindrom Hiperkinetik. Sindrom hiperkinetik adalah perilaku seperti pada hiperaktivitas yang parah, sering disertai dengan kelambatan dalam perkembangan psikologis, misalnya sifat kikuk dan kesulitan dalam bicara (*speech delay*).

Namun, hal lain yang harus diperhatikan adalah bahwa tidak semua gerakan fisik yang berlebihan merupakan hiperaktif, misalnya anak-anak usia 2 atau 3 tahun biasanya sangat aktif. Perilaku ini wajar karena dalam usia tersebut anak suka bereksplorasi, yaitu rasa ingin tahu yang cukup besar. Namun demikian, menurut Osman (2002), jika gerakan anak yang berlebihan tersebut jauh lebih banyak dengan anak seusianya maka yang perlu diperhatikan adalah :

- a. Gerakan anak hiperaktif tidak terarah, tanpa tujuan dan tidak sesuai dengan situasi yang dihadapi. Biasanya mereka terus bergerak kesana kemari tanpa tujuan yang pasti, seolah-olah ada motor penggerak yang ada dalam dirinya.
- b. Anak tersebut sulit untuk memusatkan perhatian pada satu hal sehingga sering gagal dalam menyelesaikan tugasnya.

Tanda-tanda tersebut merupakan gejala primer, di samping itu terdapat tanda-tanda lain yang dinamakan gejala sekunder, yang meliputi :

- a. Yang bersangkutan memiliki harga diri yang rendah.
- b. Mengalami kesulitan akademik.
- c. Menderita kecemasan atau mempunyai toleransi yang rendah terhadap frustrasi.
- d. Menderita disleksia.
- e. Temperamennya tinggi (sering marah besar tidak sesuai dengan stimulus).
- f. Suasana hati sering labil.
- g. Berperilaku sering tidak menghargai hak-hak orang lain dan tidak mengindahkan norma-norma sosial yang berlaku di lingkungan masyarakat (Taylor, 2000).

Dalam membahas karakteristik GPPH di atas, ada 3 istilah yang sering muncul yakni, ciri-ciri primer, ciri-ciri sekunder, dan ciri-ciri khusus. Ciri-ciri primer merupakan karakteristik pokok anak

Tabel 1. Beberapa Karakteristik yang Saling Tumpang Tindih

No	Karakteristik Perilaku	GPPH	Gangguan Kecemasan	Depresi	Gangguan Perilaku
1.	Miskin konsentrasi	X	X	X	X
2.	Resah dan gelisah	X	X	?	X
3.	Gagal menyelesaikan tugas	X	-	X	X
4.	Melamun	X	X	X	X
5.	Impulsif	X	-		X
6.	Susah tidur	X	X	X	X
7.	Agresif	?	-	?	X
8.	Gangguan suasana hati	X	X	X	X
9.	Miskin konsep diri	X	-	X	X
10.	Tenang dan suka menyendiri	?	-	X	-
11.	Merasa bersalah telah melakukan pelanggaran	-	X	X	-
12.	Masalah memori	X	X	X	
13.	Mencuri, berbohong	-	-	-	X
14.	Miskin keterampilan sosial	X	-	-	X
15.	Takut/menghindar	?	X	?	-
16.	Cengeng	?	?	X	-
17.	Mencari sensasi (sensai yang beresiko tinggi)	X	-	?	X
18.	Sulit memusatkan perhatian pada tugas	X	?	?	?

(Flick, 1998).

Keterangan :

- X = gejala yang biasa terjadi
 ? = gejala yang mungkin terjadi
 - = gejala tidak biasa terjadi

GPPH yaitu 1) inatensivitas: tidak mampu memberikan perhatian, 2) impulsivitas, tidak sabaran, dan 3) hiperaktivitas. Sedangkan ciri-ciri sekunder merupakan ciri-ciri sebagai akibat dari ciri-ciri pokok, yaitu 1) agresif, 2) gagal dalam kegiatan akademik, 3) hubungan dengan teman sebaya kurang baik, 4) koordinasi motorik kurang baik, 5) dan kurang

disiplin. Ciri-ciri khusus merupakan karakteristik khusus yang melekat pada anak GPPH yaitu 1) hiperaktif, 2) tidak dapat berpikir berat, 3) sulit tidur, dan sebagainya.

Flick (1998) bahkan menjelaskan perbedaan karakteristik GPPH sering bersamaan terjadinya dengan gangguan lain, seperti gangguan kecemasan, depresi, dan gangguan perilaku, saling tumpang tindihnya karakteristik perilaku tersebut dijelaskan pada tabel 1 berikut ini.

Tabel di atas menunjukkan bahwa ada beberapa gejala yang biasa terjadi pada setiap jenis gangguan, sedangkan gejala yang satu biasa terjadi pada gangguan GPPH belum tentu terjadi juga pada gangguan lain. Walaupun demikian sebagian besar karakteristik di atas biasa terjadi pada gangguan GPPH dan gangguan perilaku.

D. TIPE-TIPE GPPH

Para ahli membuat penggolongan GPPH dengan asumsi yang tidak sama, secara umum ada 4 dasar penggolongan anak GPPH, yaitu :

1. Penggolongan berdasarkan gejala-gejala perilaku.
2. Penggolongan berdasarkan jenis kelainan perilaku.
3. Penggolongan berdasarkan penyebab.
4. Penggolongan berdasarkan berat ringannya penyimpangan perilaku.

Berikut ini akan dijelaskan satu persatu penggolongan tersebut.

1. Penggolongan Berdasarkan Gejala-Gejala Perilaku

Klasifikasi dari *American Psychiatric Association* (APA) yang dikemukakan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* (DSM IV), menggolongkan perilaku GPPH dalam *behavior disorder*, karena itu *American Psychiatric Association* (APA) menyebut gangguan perilaku tersebut dengan GPPH (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Dalam DSM IV ini GPPH digolongkan menjadi 3 tipe yaitu :

a. *Predominantly Inattentive* (Kecenderungan Kurang Perhatian)

Anak dinyatakan termasuk dalam tipe ini jika terdapat paling tidak ada 6 gejala *inattention* atau lebih. Ciri-ciri anak yang tergolong tipe *inattentive* dikemukakan oleh D'Alonzo (1996) yakni :

Inattention. This classification results from behaviours such as inattention to detail, careless mistakes in life activities such as schoolwork, GPPH difficulty in sustaining attention and listening, incompleteness of assigned task, organizational skill deficits, losing and misplacing materials, being easily distracted, avoiding tasks requiring sustained effort and forgetfulness.

Jika diterjemahkan secara bebas, GPPH yang digolongkan *inattentive* memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Sembarangan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti tugas-tugas sekolah sehingga sering melakukan kesalahan.
- 2) Kesulitan dalam memberikan perhatian atau mendengarkan.
- 3) Tidak mampu menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan.
- 4) Minimnya keterampilan organisasional.
- 5) Sering kehilangan dan salah menempatkan sesuatu benda.
- 7) Mudah terganggu oleh stimulus dari luar.
- 8) Menghindari tugas-tugas yang membutuhkan upaya.
- 9) Sering pelupa.

b. Predominantly Hyperactive-Impulsive Type (Kecenderungan Dominasi Hiperaktif-Impulsif)

Alonzo (1996) menyatakan anak yang tergolong tipe ini memiliki 6 gejala atau lebih yang terdapat pada karakteristik hiperaktif-impulsif, yaitu:

Hyperactivity. This classification results from behaviours such as being fidgety, leaving assigned areas, running about excessively, difficulty engaging or playing activities quietly, appearing to be in constant emotion, and talking excessively.

Impulsivity. Blurting out answers, difficulty awaiting turn, and interrupting and intruding on others characterize this category.

Hiperaktivitas. Perilaku ini ditandai dengan : gelisah, meninggalkan tempat duduk, lari-lari berlebihan, sulit melakukan aktivitas yang menuntut untuk diam, bicara berlebihan, gerakan yang dilakukan konstan.

Impulsif. Ditandai dengan menyela pembicaraan orang lain, sulit menunggu giliran, berkata dan memberikan jawaban tanpa berpikir terlebih dahulu.

c. Combined Type (Tipe Kombinasi)

Tipe kombinasi ini dijumpai pada ciri-ciri tipe hiperaktif-inattentif dan ciri-ciri hiperaktif-impulsif. Kriteria diagnostik untuk menetapkan tipe kombinasi ini menggunakan kriteria DSM IV dalam *American Psychiatric Association (APA)*, yaitu :

- 1) Dapat menggunakan kriteria (a) dan (b) atau dapat juga keduanya.
- (a) Enam gejala *inattention*, atau tidak ada menyimak atau tidak ada perhatian berlangsung paling sedikit 6 bulan, dengan gejala-

gejala sebagai berikut :

- (1) Gagal menyimak hal yang rinci.
 - (2) Kesulitan bertahan pada satu aktivitas.
 - (3) Tidak mendengarkan sewaktu diajak berbicara.
 - (4) Sering tidak mengikuti instruksi.
 - (5) Kesulitan mengatur jadwal tugas dan kegiatan.
 - (6) Sering menghindari tugas yang memerlukan perhatian lama.
 - (7) Sering kehilangan barang yang dibutuhkan untuk tugas.
 - (8) Sering beralih perhatian oleh stimulus dari luar.
 - (9) Sering pelupa dalam kegiatan sehari-hari.
- (b) Enam atau lebih gejala hiperaktif-impulsif, berlangsung paling sedikit 6 bulan, tidak memiliki kemampuan beradaptasi dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan. Gejala tersebut adalah :
- Hiperaktif :**
- (1) Sering menggerakkan kaki dan tangan dan sering menggeliat.
 - (2) Sering meninggalkan tempat duduk di kelas.
 - (3) Sering berlari dan memanjat.
 - (4) Mengalami kesulitan melakukan kegiatan dengan tenang.
 - (5) Sering bergerak seolah diatur oleh motor penggerak.
 - (6) Sering bicara berlebihan.
- Impulsif, dengan gejala sebagai berikut :**
- (1) Sering memberi jawaban sebelum pertanyaan selesai.
 - (2) Sering mengalami kesulitan menunggu giliran.
 - (3) Sering memotong atau menyela orang lain.
 - (4) Sembrono, melakukan tindakan berbahaya tanpa pikir panjang.
 - (5) Sering berteriak di kelas.
 - (6) Tidak sabaran.
 - (7) Usil, suka mengganggu anak lain.
 - (8) Permintaannya harus segera dipenuhi.
 - (9) Mudah frustrasi dan putus asa.
- c) Beberapa gejala hiperaktif-impulsif (*inattentive*) ada pada anak sebelum usia 7 tahun.
- d) Beberapa gejala terjadi pada dua situasi atau lebih, misalnya di rumah, di sekolah dan di tempat kerja.
- e) Harus ada bukti secara klinis dan signifikan mengenai kelemahan pada fungsi sosial akademik atau pekerjaan.
- f) Gejala-gejala tersebut bukan schizophrenia atau jenis psikosis lainnya.
- Dengan demikian, berdasarkan DSM IV ini seorang anak dikatakan mengalami GPPH apabila terdapat 6 atau lebih gejala

inattention dan 6 atau lebih gejala hiperaktif-impulsif. Gejala tersebut ada pada anak umur 7 tahun dan berlangsung pada dua situasi atau lebih dan kelemahan fungsi sosial akademik dibuktikan secara klinis.

2. Penggolongan Berdasarkan Jenis Kelainan Perilaku

Busono (1989) dan Strauss & Lehtinen (1955) menggolongkan GPPH berdasarkan kelainan perilaku. Busono menyebut GPPH dengan sebutan hiperaktif, dan ia mengemukakan ada 3 bentuk hiperaktif, yaitu hiperaktif sensoris, hiperaktif motoris, dan hiperaktif campuran. Penjelasan untuk masing-masing bentuk hiperaktif tersebut akan dipaparkan berikut ini.

a. Hiperaktif Sensoris

Hiperaktif sensoris disebabkan adanya kelainan atau cedera otak. Kelainan sensoris ini menyebabkan penderitanya tidak sanggup untuk merespon segala sesuatu yang tidak perlu atau tidak ada hubungannya. Setiap rangsangan yang datang, tanpa memandang atau menyeleksi apakah rangsangan itu penting atau tidak bagi kegiatan yang sedang dijalankan. Setiap rangsangan baik berupa gerakan, bau, warna, bunyi atau peristiwa akan merangsang anak untuk mengalihkan perhatiannya.

Anak-anak yang mengalami hiperaktif sensoris, karena kelemahan neurologis tidak sanggup menahan diri terhadap setiap rangsangan yang datang padanya. Kelainan ini juga berpengaruh terhadap prestasi belajarnya di sekolah.

b. Hiperaktif Motoris

Hiperaktif motoris terjadi karena adanya gangguan neurologis, kelainan ini disebut juga dengan *disinhibisi motoris* yang merupakan ketidakmampuan untuk bertahan terhadap rangsangan yang menimbulkan respon motorik. Hiperaktif motoris kebalikan dari hiperaktif sensoris, mereka mengalami "reaksi katastrofis", yaitu keseluruhan tubuh bereaksi dengan cara yang tidak dapat dikendalikan. Anak ini ingin selalu melakukan aktivitas yang tidak diperlukan selalu dilakukan.

Busono (1989) mencirikan segala sesuatu yang dalam daerah penglihatan anak atau yang dapat dicapai atau dipegang, didorong, ditarik, diputar, diikat, maupun dibalikkan menjadi suatu perangsang yang bagi anak terpaksa ia merespon. Kelainan ini sering disebut juga dengan *sindrom hiperkinetik*. Jika ia sekolah, benda-benda

seperti pensil, buku-buku, kertas dan alat tulis lainnya tidak dapat membantu anak malah menjadi pengganggu anak dalam belajar.

Anak yang mengalami kelainan ini jika mendengar bunyi yang keras atau mengalami situasi yang tidak diharapkan dapat menjadi kacau, cemas, ataupun gelisah. Anak memang tidak selalu bereaksi secara fisik, tetapi nampak bingung dan ragu-ragu serta meresponnya tidak rasional. Perilaku anak-anak semacam ini kemudian menjadi tidak masak, dan mereka menjadi tidak agresif baik dalam kata-kata maupun gerak.

Anak-anak yang mengalami hiperaktif motoris ini juga mendapat kesulitan dalam belajar keterampilan motorik halus. Anak yang tidak dapat mengontrol aktivitas motoriknya akan mengalami kesulitan dalam kegiatan yang dilakukan dengan duduk seperti: menulis, menalikan sepatu, dan mengiris makanan maupun makan. Kegiatan-kegiatan yang sederhana itu dapat merangsang anak pada gerakan-gerakan yang berlebihan. Misalnya, sedang menggosok gigi ia akan terganggu dengan adanya aliran air. Kelainan atau perilaku hiperaktif motoris ini berbeda-beda derajatnya untuk setiap individu.

c. Hiperaktif Campuran

Kadang-kadang tipe hiperaktif motoris diikuti oleh gejala hiperaktif sensoris, sehingga seorang anak dapat memiliki ciri-ciri yang ada pada hiperaktif motoris dan hiperaktif sensoris, sehingga anak digolongkan dalam tipe hiperaktif campuran.

Sedangkan Strauss & Lehtine (1995) percaya bahwa ciri-ciri yang terdapat pada hiperaktif disebabkan karena radang otak (*encephalitis*). Berdasarkan kepercayaan ini tentang penyebab hiperaktif, Straus & Lehtine membagi hiperaktif menjadi 2 tipe, yaitu tipe *brain-injured* dan tipe *non-brain-injured*. Masing-masing tipe ini akan dibahas di bawah ini.

a. Tipe "brain-injured"

Anak hiperaktif tipe ini ditandai dengan :

1. Perilaku yang aneh, tidak teratur, berpindah-pindah (*erratic*)
2. Tidak dapat mengontrol perilakunya (*uncontrollable*)
3. Sangat aktif (*overactive*)

b. Tipe "non-brain-injured"

Tipe hiperaktif yang bukan disebabkan karena luka otak. Tipe ini terdapat pada anak-anak tunagrahita (*mentally retarded children*)

3. Penggolongan Berdasarkan Penyebab

Suharmini (2002) menggolongkan GPPH berdasarkan penyebab pada 3 tipe, yaitu :

- a. Tipe GPPH yang disebabkan gangguan neurologis. Penyebab gangguan neurologis dibedakan pada dua tipe yaitu GPPH yang disebabkan kerusakan otak (*brain injured* dan *brain damage*) dan ketidakmasakan (sistem saraf pusat). Tipe GPPH karena kerusakan otak ini bila gejala GPPH-nya telah hilang melalui pengobatan medis dan latihan, maka gejala GPPH-nya tidak dapat hilang secara keseluruhan, begitu juga karena ketidakmasakan sistem saraf pusat, masih ada gejala GPPH yang tertinggal misalnya ada gangguan pemusatan perhatian.
- b. Tipe GPPH yang disebabkan karena faktor perkembangan. Termasuk di dalamnya faktor genetika dan faktor biologis.
- c. Tipe GPPH yang disebabkan karena faktor psikogen. Tipe ini disebabkan karena faktor lingkungan, misalnya pola asuh orangtua yang menyebabkan anak mengalami konflik dan tertekan.

4. Penggolongan Berdasarkan Berat Ringannya Penyimpangan Perilaku

a. Tipe GPPH Berat.

Penyimpangan perilaku dalam tipe termasuk parah terutama pada gerak motoriknya. GPPH ini sering disebut dengan hiperkinetik, Quay & Werry (1986) mengemukakan ada 3 tipe hiperkinetik pada kanak-kanak, yaitu : 1) *simple disturbance of activity and attention* (yakni daya perhatian sangat rendah, perilaku kacau, aktivitas sangat tinggi); 2) *hyperkinesis with developmental delay* (berkaitan dengan gangguan bicara, gangguan koordinasi motorik, dan gangguan akademik); dan 3) *hyperkinetic conduct disorder* (berkaitan dengan gangguan perilaku yang tidak disebabkan karena gangguan perkembangan).

b. Tipe GPPH Ringan.

Penderita masih bisa mengontrol perilakunya. Tipe-tipe GPPH ini perlu dipahami terutama bagi pihak yang memberikan pelayanan, karena setiap tipe membutuhkan pendekatan layanan yang berbeda.

E. PREVALENSI

Prevalensi GPPH berkisar antara 3 - 5% dari jumlah populasi (Barkley, 1990). Jika satu kelas jumlah anak 20 orang, maka 1 anak berkemungkinan menderita GPPH. Sebagai akibatnya, anak-anak ini dirujuk ke ahli psikologis, ahli pendidikan, ahli kesehatan mental untuk mengatasi masalah mereka. Perbandingan anak laki-laki dan anak perempuan yang dirujuk ke klinik bimbingan anak adalah 6 : 1.

Coleman (1976) menyatakan lebih dari 2 juta anak-anak di Amerika digolongkan dan diberi label GPPH dan sekitar 5-10% diantara mereka bersekolah di sekolah dasar. Bahkan Barkley (1981) menjelaskan sekitar 3-8% anak GPPH berada di sekolah dasar. Sedangkan Eric Taylor (1987) menyatakan di Amerika Serikat sekitar 1% dari 100 anak yang mengalami kesulitan belajar dengan inteligensi normal di sekolah dasar didiagnosis sebagai anak GPPH.

Di Indonesia sampai saat ini belum ada dilakukan survei tentang GPPH, walaupun ada hanya pada daerah-daerah tertentu dan belum terintegrasi, Sunartini (2002) misalnya dari hasil survainya pada anak TK se Kotamadya Yogyakarta, dari 3233 anak TK ditemukan 1,76% anak dikategorikan mengalami GPPH (Gangguan Pemusatan Perhatian atau Hiperaktivitas). Anak-anak ini setelah memasuki sekolah dasar akan mengalami hambatan dalam mencapai prestasi belajar, karena itu mereka membutuhkan bantuan untuk memusatkan perhatian, sehingga perilaku hiperaktif dapat direduksi atau bahkan dihilangkan.

F. PERKEMBANGAN DAN HAMBATAN YANG DITIMBULKAN GPPH

1. Perkembangan GPPH

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

Individu yang pada masa kanak-kanak menderita GPPH, yang bersangkutan akan tetap menderitanya sampai masa remaja dan masa dewasa tanpa berkurang masalahnya. Masalah yang selalu tetap mengikuti penderita antara lain : agresif, sulit tidur, menyalahgunakan alkohol dan obat terlarang, suka melanggar

peraturan, norma-norma sosial, ada kalanya dapat menjadi anti sosial pada masa dewasanya.

2. Hambatan yang Ditimbulkan GPPH

Hambatan perilaku yang ditimbulkan oleh gangguan GPPH adalah :

- a. Hambatan belajar, yang berupa hambatan belajar bahasa, menulis, membaca. Hambatan ini terjadi karena anak hanya dapat memusatkan perhatiannya pada suatu hal, tetapi tidak dapat memahami artinya.
- b. Hambatan pada prestasi akademik yang semula akibat dari hambatan belajar. Seorang yang mengalami hambatan belajar sudah tentu terganggu prestasi akademiknya.
- c. Mengganggu sosialisasi. Kemampuan anak untuk melakukan sosialisasi dengan benar terganggu, akibatnya anak dijauhi oleh teman-temannya (suka usil dan mengganggu temannya). (DuPaul & Stoner, 1994).

Barkley (1990) menjelaskan jika GPPH berkembang sampai pada masa remaja, maka hambatan yang timbul meliputi :

- a. Penderita mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri. Hal ini disebabkan oleh perilaku penderita yang impulsif, dimana teman-temannya akan cenderung untuk menjauhinya. Akibatnya penderita menjadi terisolasi dan sulit untuk menyesuaikan diri.
- b. Dalam bersosialisasi penderita tidak dapat bertahan secara intensif.
- c. Penderita tidak mampu membuat citra diri yang positif (*self esteem* rendah).
- d. Akibat penderita tidak mampu menyesuaikan diri, maka penderita sering berperilaku menyimpang. Misalnya melakukan tindakan kriminal, penyalahgunaan alkohol atau mengalami depresi.

G. KARAKTERISTIK YANG MENYERTA PERILAKU GPPH

Berbagai karakteristik perilaku yang menyertai perilaku GPPH, sebagaimana yang dinyatakan Flick (1998), antara lain disorganisasi, masalah sosial, perilaku agresif, minimnya konsep diri dan harga diri, berperilaku mencari sensasi, melamun, minim koordinasi, gangguan memori, berpikir obsesif persisten, dan tidak konsisten. Masing-masing karakteristik dijelaskan berikut ini.

Disorganisasi

Guru menyatakan :

- Dia tidak dapat menemukan sesuatu benda yang dia butuhkan
- Sebelum dia mengerjakan tugas-tugas di kelas, dia mengeluarkan pensil, memainkan pensil, mencoba mencari kertas, mencari pensil yang lain dan dia sulit memulai pekerjaannya.
- Mejanya berantakan sampai ia tidak bisa menemukan sesuatu.

Orangtua menyatakan:

- Kamarnya selalu berantakan
- Dia selalu kehilangan benda. Dia tidak bisa merapikannya.
- Jika saya meminta dia melipat bajunya, maka lebih berantakan ketika dia meletakkannya.

Masalah Sosial

Guru menyatakan :

- Dia menyendiri, tak pernah kelihatan bersama yang lain. Kadang-kadang saya berpikir dia tidak dapat menyelesaikan pekerjaannya. Sehingga dia dapat diam dan menghindari istirahat.
- Dia nampak terluka ketika teman sekelas menghindarinya..
- Dia bermaslah dalam bermain yakni mengikuti peraturan permainan.

Orangtua menyatakan:

- Dia menyatakan bahwa dia tidak memiliki teman
- Jika dia berada dalam suatu kelompok teman-temannya, dia bertindak seperti seorang idiot.

Perilaku Agresif

Guru menyatakan :

- Anak ini tidak hormat pada gurunya.
- Jika ada masalah, anak ini sering terlibat.

Orangtua menyatakan:

- Dia selalu mengganggu saudaranya.
- Dia kelihatan seperti menantang, jika diminta mengerjakan sesuatu.
- Ketika anak ini marah, dia kelihatan liar dan sulit untuk mengontrolnya.

Minimnya Konsep Diri atau Harga Diri

Guru menyatakan :

- Tak seorangpun ingin bermain dengannya.
- Dia cepat menyerah, dan dia tidak mau mencoba lagi.
- Dia membuat kesenangan sendiri dan tertawa sendiri.

Orangtua menyatakan:

- a. Dia mengatakan dirinya bodoh.
- b. Dia kelihatan lebih baik dengan anak-anak yang lebih muda dan anak-anak lain yang memiliki masalah.

Perilaku Mencari Sensasi

Guru menyatakan :

- a. Anak ini menekan anak-anak lain.
- b. Dia kelihatannya memancing anak lain untuk berkelahi dengannya.
- c. Dia selalu menjadi pusat perhatian

Orangtua menyatakan:

- a. Saya selalu memergokinya dengan sesuatu benda yang berbahaya.
- b. Terjatuh dari pohon tapi mencoba memanjat lebih tinggi tinggi.
- c. Anak ini kelihatannya hidup dalam kebingungan.

Melamun

Guru menyatakan:

- a. Dia bisa menghabiskan waktu berjam-jam melakukan sesuatu.
- b. Dia akan mengerjakan PR, tapi dia memulai dengan berbagai gambar.
- c. Kecuali jika dia bermain *game* (kesayangannya), dia memainkannya dengan setengah tidur.

Orangtua menyatakan :

- a. Tubuhnya berada di kelas, tapi pikirannya entah dimana.
- b. Dia sering jatuh tertidur di kelas.

Minim Koordinasi

Orangtua menyatakan :

- a. Dia selalu canggung (janggal).
- b. Saya telah mengajarkan koordinasi gerakan padanya dengan hasil memuaskan, tapi ketika dia memindahkan sesuatu yang saya suruh, hasilnya sangat jauh berbeda.
- c. Sepanjang hari belajar bagaimana memukul bola.

Guru menyatakan:

- a. Dia adalah satu-satunya yang mengganggu dalam suatu permainan.
- b. Tulisannya sangat aneh, hanya ini yang terbaik dilakukannya.
- c. Jika berada di tempat bermain, dia keluar masuk seenaknya dalam permainan tersebut.

Gangguan Memori

Orangtua menyatakan :

- a. Dia sering kehilangan benda-benda yang dibutuhkannya.
- b. Dia tidak mampu mengingat dimana dia meletakkan sesuatu.
- c. Dia mengerjakan PR-nya, tapi PR tersebut tidak dikeluarkan di sekolah.

Guru menyatakan:

- a. Saya disuruh melakukan tugas tertentu, dia mengerjakan yang lain.
- b. Jika saya memesan sesuatu padanya, saya harus menuliskan apa yang saya mau.
- c. Dia sepertinya kehilangan informasi dengan sangat cepat.

Berpikir Obsesif Persisten

Orangtua menyatakan :

- a. Dia tak pernah puas dengan apa yang telah ia peroleh.
- b. Dia tak pernah berhenti bertanya.
- c. Jika meminta sesuatu, setelah dipenuhi, menyatakan tidak.

Guru menyatakan:

- a. Saya kadang-kadang membencinya, karena dia mengajukan pertanyaan yang bodoh padaku.
- b. Dia banyak bertanya, tapi tidak dengan topik yang sama.
- c. Sekali-sekali punya ide, tapi tidak bisa mewujudkan idenya tersebut.

Tidak Konsisten

Orangtua menyatakan :

- a. Dia kadang terlihat baik, kadang terlihat sangat jelek (*moody*).
- b. Menurut saya, dia memiliki kepribadian yang terbelah.
- c. Saya tak pernah tahu apa yang saya harap darinya.

Guru menyatakan:

- a. Suatu hari dia mengerjakan semua tugas-tugasnya, lain hari tidak.
- b. Kadang-kadang saya berpikir dia salah pengobatan.
- c. Saya tak tahu apa yang diinginkanya hari ini dan esok.

BAB II

GPPH DAN KESULITAN BELAJAR

Anak-anak GPPH banyak mengalami prestasi rendah di bidang akademik (Barkly, 1990). Di kelas anak-anak GPPH sering menunjukkan masalah perilaku. Anak-anak GPPH lebih sulit merespon pengajaran dan kurang mampu menyelesaikan tugas akademik dibandingkan dengan teman sebayanya (Pfiffner & Barkley, 1990). Cantwell & Baker (1991) menyatakan lebih dari 80 % dari anak-anak yang mengalami kelainan dinyatakan mengalami masalah belajar. Bahkan anak-anak GPPH ketika remaja mengalami masalah akademik (*underachiever*) serta ada yang sampai *droup-out* dari sekolah. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara GPPH dan kesulitan belajar.

Hubungan antara GPPH dan kesulitan belajar tersebut menjadi penting bagi ahli psikologi sekolah dan profesional pendidikan lainnya agar mereka menyadari potensi kesulitan belajar pada anak-anak. Disamping itu agar para ahli profesi terkait dapat merancang dan melakukan intervensi secara tepat. Oleh karena itu asesmen dan intervensi haruslah bermanfaat bagi pengembangan keterampilan akademik anak-anak GPPH.

Meskipun demikian GPPH tidak sama dengan kesulitan belajar, sebagaimana D'Alonzo (1996) menyatakan "*..... it is important to stress that GPPH is not the same as a learning disability. Although some children with learning disabilities are hyperactive and inattentive, many are calm and work hard at learning tasks. Many students without learning disabilities also have trouble attending and sitting still.*" Maksudnya, D'Alonzo menyatakan

bahwa GPPH tidak sama dengan kesulitan belajar, walaupun beberapa anak berkesulitan belajar itu juga mengalami GPPH dan sulit memusatkan perhatian, tetapi banyak juga yang tenang dan bekerja keras dalam menyelesaikan suatu tugas. Banyak juga anak yang mengalami kesulitan belajar tanpa disertai gangguan perhatian dan masih dapat duduk diam dan tenang.

Penulis sependapat dengan D'Alonzo, karena kesulitan yang dialami anak berkesulitan belajar hanya pada bidang tertentu saja sedangkan pada anak GPPH kesulitan yang dialami hampir di semua bidang. Jika dilihat dari segi inteligensi, pada anak berkesulitan belajar memiliki inteligensi normal atau lebih, sedangkan pada anak GPPH ada yang di bawah normal dan di atas normal.

A. HUBUNGAN GPPH DENGAN GANGGUAN KOGNITIF

Perbedaan antara anak-anak GPPH dengan anak-anak biasa terletak pada fungsi kognitifnya. Pertama mereka sering menunjukkan kesulitan dengan tugas yang membutuhkan strategi pemecahan masalah yang kompleks dan keterampilan organisasional (Barkley, 1990). Kedua, bidang gangguan berkaitan dengan teman sebaya yang normal. Ketiga, anak-anak GPPH dalam melakukan tugas kurang efisien, sering impulsif (tidak sabaran), dan kurang teratur (Zental, 1988). Keempat, banyak guru yang menyatakan anak-anak GPPH mengalami kesulitan menulis, menyelesaikan tugas dalam waktu yang lama, kurang mampu mengatur tugas dan minimnya keterampilan akademik.

Perbedaan lainnya terletak pada perkembangan bicara dan bahasa. Penelitian empiris membuktikan adanya keterlambatan perolehan bicara dan kesulitan bahasa ekspresif pada sebagian besar anak-anak GPPH. Anak-anak GPPH menunjukkan gangguan bahasa ekspresif kira-kira 2-25% dari populasi normal (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990). Anak-anak GPPH juga menunjukkan kesulitan dalam tugas-tugas yang membutuhkan penjelasan verbal (misalnya menjawab pertanyaan dan pemahaman bacaan). Kekurangan fungsi verbal ini menjadi kronis ketika masa remaja, yang terlihat dari perilaku agresif dan anti sosial (Moffitt & Silva, 1988).

Hal lain yang berkaitan dengan GPPH adalah koordinasi motorik kasar dan motorik halus. Hasil penelitian membuktikan kira-kira 52% dari anak-anak GPPH menunjukkan kekurangan dalam koordinasi motorik halus, yakni anak mengalami masalah dengan tulisan tangan dan kaligrafi (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990).

Ada beberapa kontroversi antara GPPH dengan kekurangan fungsi intelektual umum. Dalam suatu analisis kelompok, skor

BAB IV

METODE ASESMEN GPPH

Endekatan asesmen dengan multimetode sangat tepat digunakan dalam mengumpulkan informasi dan mengevaluasi GPPH. Informasi tersebut antara lain dari guru dan orangtua, observasi perilaku anak, dan sebagainya. Walaupun banyak cara dan prosedur yang sama dalam menilai perilaku namun validitas dan reliabilitas data asesmen harus tetap ditegakkan. Untuk memperoleh informasi asesmen (*assessment information*) dapat dilakukan melalui wawancara, observasi, pengukuran informal, dan tes baku formal. Berbagai metode pengumpulan informasi tersebut hendaknya dilakukan secara sendiri-sendiri tetapi secara simultan. Penjelasan berbagai metode tersebut sebagai berikut :

1. Wawancara dilakukan untuk memperoleh informasi asesmen umumnya mencakup data tentang anak, orangtua, keluarga, riwayat kelahiran, perkembangan fisik, sosial dan pendidikan. Berbagai informasi yang diperoleh melalui wawancara tersebut setelah dianalisis dan disintesis dalam menegakkan diagnosis, selanjutnya dapat digunakan untuk menyusun program pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan anak (Reif & Heimburge (1996).
2. Observasi dilakukan untuk mengumpulkan informasi tentang penyesuaian anak dengan lingkungannya, koordinasi motorik, motorik kasar, kordinasi motorik halus, kordinasi mata tangan dan keterampilan mendengarkan. Pelaksanaan observasi dapat dilakukan secara terpisah dan dapat pula terintegrasi dengan pelaksanaan metode lain, misalnya pada saat wawancara atau pada saat anak mengerjakan tes informal dan tes baku formal (DuPaul

Barkley, 1993).

3. Pengukuran informal yang mencakup pemahaman auditoris, bahasa ujaran, orientasi, perilaku, dan motorik (Lerner, 1988). Abdurrahman (1999) menjelaskan pemahaman auditoris mencakup kemampuan mengikuti perintah lisan, memahami diskusi kelompok, kemampuan mengingat atau menyimpan informasi yang diberikan secara lisan, dan memahami arti kata.
Kemampuan menggunakan bahasa ujaran mencakup kemampuan menggunakan kalimat lengkap dengan struktur kalimat yang akurat, kemampuan memahami perbendaharaan kata, kemampuan mengingat atau mengulang kata-kata, kemampuan memformulasikan ide-ide dari fakta-fakta yang terpisah, dan kemampuan menceritakan pengalaman.
Kemampuan orientasi mencakup ketepatan, orientasi ruang, hubungan-hubungan (besar-kecil, jauh-dekat, ringan-berat), dan pemahaman tentang arah. Perilaku anak mencakup kemampuan menjalin hubungan kerja sama, memusatkan perhatian, mengorganisasikan, menguasai situasi baru, (misalnya dalam pesta, perjalanan, perubahan suasana yang tidak dapat diramalkan, atau dalam kehidupan sehari-hari), penerimaan sosial (*sosial acceptance*), penerimaan tanggung jawab, menyelesaikan tugas, dan kebijaksanaan.
Kemampuan motorik atau gerak mencakup kordinasi umum (lari, memanjat, melompat, berjalan, keseimbangan, dan kemampuan menggunakan, perkakas atau keterampilan tangan. Informasi asesmen tentang penguasaan akademik dapat dilakukan dengan tes informal membaca, menulis dan matematika. Tes informal sejenis ini dapat disusun oleh guru dengan mengacu pada kurikulum yang sesuai dengan kelas yang diduduki anak.
4. Tes baku formal digunakan untuk mengetahui potensi anak. Potensi anak biasanya dikaitkan dengan inteligensi, dan karena itu tes inteligensi memegang peranan penting dalam asesmen. Tes inteligensi yang paling banyak digunakan adalah WISC-R (*Weschler Intelligence Scale for Children-Revised*). Tes tersebut terdiri dari dua sub-tes, yaitu tes verbal dan tes kinerja (*performance test*). Tes verbal terdiri dari 6 macam yaitu informasi (*information*), pemahaman (*comprehension*), aritmetik (*arithmetic*), persamaan (*similarities*), perbendaharaan kata (*vocabulary*) dan mengingat angka (*digit span*). Tes kinerja mencakup melengkapi gambar (*picture completion*), menyusun gambar (*picture arrangement*), menyusun balok (*block design*), memasang objek (*object assembly*), *coding*, dan *mazes*. Tes verbal menggunakan bahasa

ujaran (*oral language*) baik untuk pengadministrasian maupun untuk menjawabnya. Tes informasi digunakan untuk mengukur pengetahuan umum anak yang diperoleh dalam kehidupan lingkungan sekitar. Tes pemahaman mengukur kemampuan anak untuk membuat pertimbangan tentang situasi sosial. Tes aritmetika digunakan untuk mengukur kemampuan anak dalam memecahkan masalah-masalah penalaran aritmetis dalam batas waktu tertentu. Tes persamaan digunakan untuk mengetahui keterampilan anak dalam menggunakan analogi, atau mengetahui kesamaan dari objek-objek yang berbeda. Tes perbendaharaan kata mengukur kemampuan anak dalam menjelaskan arti kata-kata yang telah dipilih. Tes mengingat angka merupakan tes pilihan, yang digunakan untuk mengukur kemampuan anak dalam mengingat dan mengulang deretan-deretan angka-angka yang diperdengarkan kepadanya (Abdurrahman, 1999).

Tes kinerja disajikan secara visual dan anak diminta menjawab dengan menampilkan suatu tugas. Tes melengkapi gambar meminta anak untuk melengkapi gambar yang dihilangkan. Tes menyusun gambar menuntut anak menyusun suatu kelompok gambar agar menjadi suatu rangkaian yang membentuk suatu urutan cerita. Tes menyusun balok meminta anak untuk menyusun kubus-kubus kecil berwarna sesuai dengan pola geometrik yang diperlihatkan kepadanya. Tes memasang objek meminta anak untuk menyusun suatu *puzzle* yang menggambarkan suatu objek. Tes *coding* mengukur kemampuan mengingat hubungan antara angka-angka dengan simbol-simbol geometrik dan secara cepat mencatat hubungan-hubungan tersebut. Tes *mazes* merupakan suatu tes pilihan yang mengukur keterampilan anak untuk menemukan jalan keluar dari suatu jaringan.

5. Analisis tugas, digunakan untuk mengidentifikasi komponen utama dari tugas dan menyusun keterampilan dalam urutan yang sesuai.

Pada kasus GPPH, metode asesmen yang sering digunakan adalah :

- a. Interview dengan orangtua, guru dan anak akan berguna dalam menentukan masalah perilaku yang dialami anak.
- b. Skala rating perilaku yang diisi oleh orangtua dan guru yang memberikan data cukup kuat untuk menyatakan perilaku GPPH.
- c. Laporan guru dan orangtua yang diikuti dengan pengukuran langsung terhadap perilaku anak.
- d. Perilaku yang diamati tersebut dilakukan di kelas dan di tempat

- bermain untuk mengetahui frekuensi tampilnya perilaku tersebut. Perilaku tersebut nantinya dibandingkan dengan perilaku teman sekelasnya untuk menentukan penyimpangan perilaku yang terjadi.
- e. Asesmen kognitif, asesmen neuropsikologis, asesmen kemampuan akademik digunakan untuk menentukan tingkat kelainan anak. Misalnya penggunaan WISC-R dinyatakan tidak cukup reliabel dalam menentukan GPPH (Barkley, 1990). Bahkan penggunaan tes *Freedom from Distractibility Factors* (seperti subtes *coding*, *aritmatika*, dan *digit span*) tidak tepat mendiagnosis indikasi GPPH (Becker & Campbell, 1990).
 - f. Walaupun tes yang dilakukan secara individual bermanfaat untuk menentukan kapasitas intelektual dan kemampuan akademik anak, namun hal tersebut tidak cukup ampuh mendiagnosis GPPH. Oleh karena itu diperlukan asesmen multimetode, multimodalitas serta multidisiplin ahli.
 - g. Pengukuran standar yang cukup dikenal pada gangguan GPPH ada 2, yaitu *Continuous Performance Test (CPT)* dan *Matching Familiar Figures Test (MFFT)*. Walaupun skor dalam CPT dan MFFT dapat membedakan antara anak GPPH dan bukan GPPH namun penggunaannya dalam mengasesmen anak secara individual memiliki keterbatasan, yaitu : (a) banyak hasil penelitian yang membuktikan sangat rendahnya korelasi antara ukuran kriteria dan skor CPT atau MFFT; (b) jika pengaruh jenis kelamin, dan keterampilan kosakata reseptif adalah bagian yang terpisah, akan mengalami kegagalan dalam menentukan antara anak GPPH, *conduct disorders*, gangguan kecemasan, dengan teman sebayanya yang lain.
 - h. Penggunaan kriteria DSM IV seperti yang dinyatakan dalam *American Psychiatric Association* yang menggolongkan GPPH pada 3 jenis yaitu : *inattention*, impulsivitas, dan hiperaktivitas.

A. TAHAP-TAHAP ASESMEN GPPH

Asesmen GPPH yang berbasis sekolah terdiri dari 5 tahap, DuPaul & Stoner (1994) menjelaskannya sebagai berikut : 1) tahap *screening*, 2) tahap multimetode asesmen tentang GPPH, 3) tahap interpretasi hasil, 4) mengembangkan rencana intervensi, dan 5) tahap asesmen terhadap rencana intervensi. Tahap-tahap asesmen tersebut selengkapanya digambarkan pada bagan 4.1

1. Tahap I : *Screening*

Proses *screening* dirancang untuk menjawab pertanyaan 1) apakah anak mempunyai perilaku yang berkaitan dengan GPPH? 2) adakah tersedia asesmen GPPH?

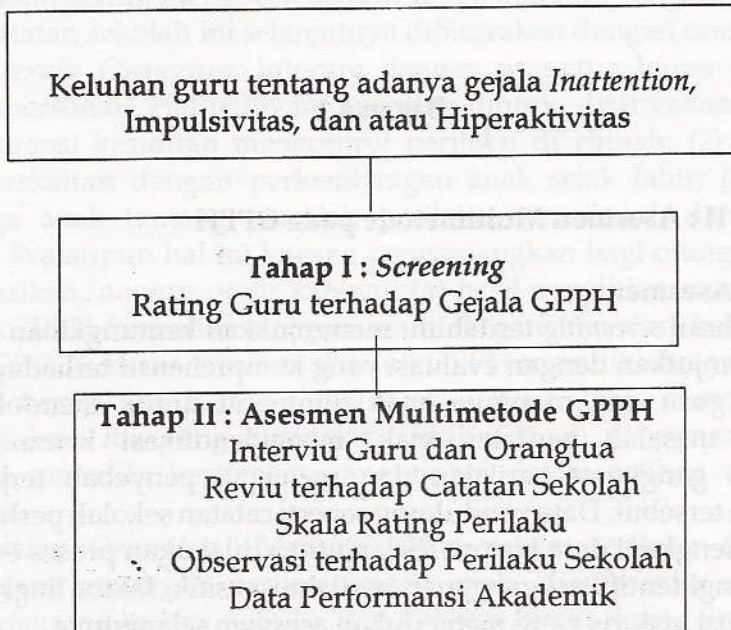
a. Proses *Screening*

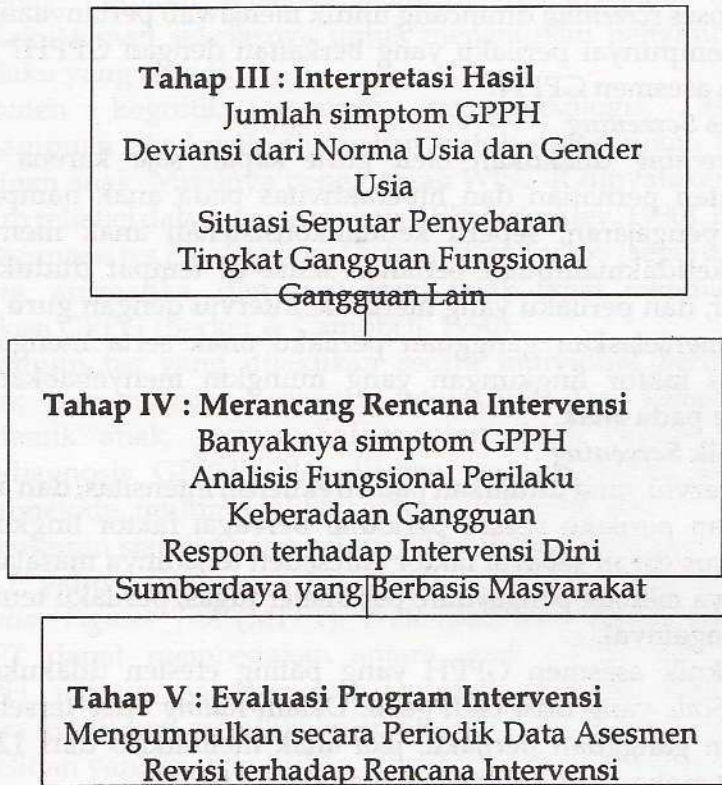
Screening dilakukan oleh guru kapan saja karena gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak nampak selama proses pengajaran, seperti ketidakkonsistenan anak menyelesaikan tugas, ketidakmampuan bertahan lama di tempat duduk, perilaku impulsif, dan perilaku yang merusak. Interview dengan guru dilakukan untuk menjelaskan gangguan perilaku anak serta mengidentifikasi berbagai faktor lingkungan yang mungkin menyebabkan masalah perilaku pada anak.

b. Teknik *Screening*

Interview yang ditujukan pada frekuensi, intensitas, dan atau durasi gangguan perilaku secara periodik. Berbagai faktor lingkungan lain juga harus digali sebagai faktor enteseden terjadinya masalah perilaku (misalnya metode pengajaran, parameter tugas, perilaku teman sebaya dan sebagainya).

Teknik asesmen GPPH yang paling efisien dilakukan adalah *Rating Scale* yang diisi oleh guru. Dalam *Rating Scale* tersebut ada 18 simptom gangguan perilaku, jika anak memiliki 8 dari 12 simptom tersebut maka anak dinyatakan mengalami GPPH.





Bagan 4.1

2. Tahap II : Asesmen Multimetode pada GPPH

a. Proses Asesmen

Jika hasil *screening* terdahulu menunjukkan kemungkinan GPPH, maka dilanjutkan dengan evaluasi yang komprehensif terhadap anak. Pertama, guru dan orangtua anak diinterview untuk memfokuskan terhadap masalah perilaku anak, mengidentifikasi kemungkinan anteseden gangguan perilaku, dan menggali penyebab terjadinya gangguan tersebut. Data pendukung seperti catatan sekolah perlu digali untuk melengkapi data historis. Selanjutnya dilakukan proses evaluasi untuk mengidentifikasi gangguan perilaku spesifik, faktor lingkungan dan variabel historis yang memerlukan asesmen selanjutnya.

b. Teknik Asesmen

Interviu Guru. Guru diminta untuk menggambarkan kesulitan anak secara spesifik dan bentuk-bentuk perilaku anak. Hal yang perlu diingat adalah bahwa GPPH berhubungan dengan ADD, *conduct disorder*, *overanxious disorder*, *separation anxiety disorder*, dan depresi. Ada dua alasan yang berkaitan dengan keadaan tersebut, (1) gejala GPPH pada hakekatnya dimanifestasikan dalam bentuk gangguan lain. Seorang anak yang depresi mungkin bermasalah dalam konsentrasi, karena itu diagnosis GPPH harus mengkaji gangguan lain yang menyebabkan timbulnya gangguan perilaku. (2) anak yang mengalami GPPH juga menunjukkan gejala-gejala gangguan lain (Abikoff & Klein, 1992). Dengan demikian kombinasi GPPH dan gangguan emosional serta perilaku lain mengimplikasikan adanya kebutuhan intervensi yang banyak (*multiple intervention*).

Reviu Catatan Sekolah. Catatan sekolah harus direviu untuk melengkapi data yang berkaitan dengan kesulitan-kesulitan anak di kelas yang berhubungan dengan GPPH. Sebagai contoh, guru sering menilai kualitas belajar anak berdasarkan pada laporan di kertas, ternyata sebagian besar anak GPPH memperoleh rangking di bawah rata-rata yang mencakup semua tingkat dan dalam berbagai bidang. Rendahnya rangking anak tersebut sering dikomentari guru sebagai anak yang minim dalam menyelesaikan tugas, tingkat kegelisahan yang tinggi, atau sering mengoceh sendiri tanpa ada rangsangan. Hasil dari reviu catatan sekolah ini selanjutnya dibicarakan dengan orangtua.

Interviu Orangtua. Interviu dengan orangtua harus dilakukan secara personal. Hal-hal yang penting untuk ditanyakan adalah : (1) frekuensi kesulitan mengontrol perilaku di rumah; (2) informasi yang berkaitan dengan perkembangan anak sejak lahir; (3) sejarah keluarga anak tentang masalah perilaku, emosional, dan masalah belajar. Walaupun hal ini kurang menyenangkan bagi orangtua untuk didiskusikan, namun perlu karena : (a) hasil penelitian menunjukkan bahwa GPPH berkaitan dengan masalah genetika dan keluarga; (b) dalam 27-32% kasus, anak-anak yang GPPH memiliki ibu yang secara historis mengalami depresi (Biederman, 1987). Sebagai contoh depresi yang dialami ibu yang mengalami anak dengan gangguan perilaku terbukti memiliki kegagalan yang tinggi dalam latihan modifikasi perilaku.

Rating Orangtua. Berbagai skala *rating* perilaku digunakan untuk penyimpangan perkembangan anak, diantaranya adalah *the Child Behavior Checklist (CBCL)* dan *Connors Parent Rating Scale-Revised*

(CPRS-R). Rating orangtua ditujukan untuk mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan masalah perilaku yang terjadi di rumah. Karena sebagian besar anak GPPH mengalami masalah keterampilan belajar dan menyelesaikan pekerjaan rumah, maka asesmen dilakukan untuk mengetahui bagaimana anak mengerjakan pekerjaan rumah tersebut.

Rating Guru. Rating guru antara lain *Teacher Report Form of the Child Behavior Checklist (TRF-CBCL)* dan *The Conners Teacher Rating Scale - Revised* yang ditujukan bagi anak usia 5 tahun. Di samping itu ada juga kuesioner perilaku yaitu *The School Situation Questionnaire-Revised (SSQ-R)* yang memberikan informasi tentang gangguan perilaku dan masalah perhatian. Jika guru tidak siap mengisi *Rating Scale* GPPH selama proses *screening* maka diisi di luar tahap ini. Dalam beberapa kasus anak GPPH juga dilaporkan mengalami kesulitan dalam hubungan sosial dan akademik. Karena itu asesmen dilanjutkan dengan kuesioner keterampilan sosial, yaitu *The Social Skills Rating System* dan *The Walker-McConnell Scale of Sosial Competence and School Adjustment*. Rating guru untuk mengumpulkan informasi tentang kesulitan dalam keterampilan anak diukur dengan *The Academic Performance Rating Scale*.

Observasi Langsung terhadap Perilaku. Interview dan rating memiliki keterbatasan karena ada bias dalam menjawabnya karena itu harus dilengkapi dengan pengamatan langsung terhadap perilaku anak dalam berbagai situasi dan kondisi. Observasi langsung ini dilakukan selama 10-30 menit sampai perilaku yang diamati terlihat konsisten. Ada sistem pengkodean observasi perilaku yang ditujukan untuk menentukan frekuensi perilaku GPPH selama di kelas, antara lain : (a) *The GPPH Behavior Coding System*, (b) *The Hyperactive Behavior Code*, (c) *The Classroom Observation Code*. (DuPaul, dkk 1991).

3. Tahap III : Interpretasi Hasil (Diagnosis/Klasifikasi)

a. Interpretasi Proses dan Prosedur

Data jumlah gejala GPPH yang dialami anak diperoleh dari skala rating guru dan orangtua. Jika 8 atau lebih gejala GPPH yang dialami anak (terutama selama interview berlangsung), berdasarkan DSM-III-R anak mengalami GPPH. Jika 5 atau 6 gejala kurang perhatian (*inattention*) dimiliki anak dan satupun gejala tidak sabaran (*impulsivitas*) dan hiperaktivitas dimiliki maka kemungkinan anak mengalami ADD tanpa Hiperaktivitas atau ADD Tak Terbedakan.

Jika menggunakan kriteria DSM-IV perilaku anak harus dinilai dalam konteks perilaku *inattention*, hiperaktif dan impulsif. Untuk menegakkan diagnosis GPPH, anak harus dinyatakan paling tidak

mengalami 6 dari 9 gejala *inattention*, dan 4 dari 6 perilaku hiperaktif-impulsif. Untuk menegakkan diagnosis GPPH Dominan *Inattention*, paling tidak anak mengalami 6 dari 9 gejala *inattention*.

b. Frekuensi Perilaku GPPH

Faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku GPPH seperti hiperaktivitas, masalah perhatian, dan overaktivitas-gelisah. Jika skor anak pada faktor ini lebih besar dari 2 standar deviasi di atas usia kronologis teman sebayanya, maka ia secara signifikan mengalami GPPH (Barkley, 1988a). Jika skor yang diperoleh antara 1,5 dan 2 standar deviasi di atas rata-rata, maka anak mengalami GPPH sedang.

Data dari observasi perilaku digunakan untuk menentukan frekuensi GPPH anak dibandingkan dengan teman sebayanya. Untuk menguji perbedaan dalam frekuensi antara anak yang direferal dan bukan (jika sampel observasi cukup besar) diuji dengan statistik menggunakan uji t.

c. Awal Munculnya Masalah Perilaku

Perilaku GPPH dapat diketahui melalui pemeriksaan terhadap kartu laporan anak sebelumnya di sekolah. Perilaku GPPH paling tidak muncul selama 1 tahun (Barkley, 1990) dan gejala GPPH muncul di usia 7 tahun (*American Psychiatric Association*, 1987). Sebuah penelitian longitudinal membuktikan bahwa gejala GPPH muncul di awal kehidupan, dan banyak kasus menunjukkan munculnya sepanjang rentang kehidupan (Weiss & Hechman, 1993).

Gejala GPPH pada anak tidak menjadi masalah besar sampai kelas IV atau V. Hal ini bisa terjadi jika anak cukup pandai menggunakan kompensasi kesulitannya sejak awal. Anak-anak dengan masalah akademik mungkin akan menunjukkan gejala seperti halnya GPPH yang disertai frustrasi di lingkungan pendidikan. Kondisi seperti ini tidak dinyatakan sebagai GPPH namun lebih pada kesulitan belajar dan masalah akademik (Barkley, 1990).

d. Gangguan Fungsional

Adanya anak mengalami gangguan akademik, sosial, dan emosional ditentukan melalui penilaian dari berbagai pengukuran. Gangguan fungsional akan nampak pada prestasi akademik yang rendah dan minimnya penerimaan teman sebaya (Barkley,

1990). Gangguan fungsional ini dapat dilihat berdasarkan hasil pengamatan dan rating guru. Perilaku GPPH akan mempengaruhi kompetensi sosial dan hubungan dengan teman sebaya dan jika anak masih di TK biasanya perilaku agresifnya akan diabaikan oleh teman sebayanya.

e. Faktor Lain yang Menyertai Perilaku Layaknya Mengalami GPPH

Hal yang penting adalah pertimbangan tentang kemungkinan lain masalah kurang perhatian, impulsivitas, dan perilaku yang sulit menghentikan gerakan. Kemungkinan pertama, adalah masalah perilaku tersebut merupakan penyerta dari frustrasi karena kesulitan akademik. Anak menunjukkan masalah perilaku hanya selama pengajaran berlangsung. Namun jika gejala GPPH tersebut di awal kehidupan dan itu terjadi di berbagai setting kehidupan, maka dapat disimpulkan anak mengalami GPPH dan gangguan masalah akademik.

Kemungkinan kedua adalah adanya masalah emosional serta adanya masalah manajemen perilaku serta minimnya keterampilan akademik. Beberapa hipotesis di atas harus dikaji lebih lanjut dengan asesmen data dari berbagai setting dan sumber. Hasil keputusan diagnosis harus disampaikan kepada anak, guru dan orangtua serta professional lain yang terkait (misalnya dokter anak, ahli psikologi sekolah dan sebagainya).

4. Tahap IV : Merancang Rencana Intervensi (*Treatment*)

Pertanyaan yang ditujukan pada bagian ini adalah : 1) Apa kekuatan dan kelemahan anak (misal, motivasi, keterampilan dan sebagainya), 2) strategi intervensi apa yang paling tepat diberikan.

Prosedur dan Proses Rencana Intervensi :

Asesmen data yang telah dikumpulkan digunakan untuk melakukan rencana intervensi yang tepat. Strategi intervensi tersebut berbentuk intervensi pengobatan dan modifikasi perilaku (Barkley, 1990).

Intervensi GPPH secara khusus ditujukan untuk mempengaruhi perilaku target dibidang akademik dan sosial. Karena gejala GPPH muncul diberbagai setting, maka strategi intervensi harus melibatkan berbagai unsur (misal guru dan orangtua). Walaupun tujuan program intervensi secara eksplisit untuk menurunkan frekuensi berbagai perilaku GPPH, namun penekanan utamanya adalah meningkatkan sejumlah kompetensi anak diberbagai bidang. Karena itu, target intervensi adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan fungsi

intervensi, seperti menyelesaikan pekerjaan secara mandiri, respon akademik yang tepat, memahami pengarahannya guru dan hubungan yang positif dengan teman sebaya. Hasil asesmen juga akan mengidentifikasi kompetensi perilaku (misal hubungan teman sebaya yang adekuat).

Ada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan dalam proses memilih program intervensi anak GPPH, antara lain :

- a. Kebanyakan anak-anak GPPH dikategorikan pada 4 tingkat (seperti *borderline, mild, moderate, severe*) berdasarkan jumlah gejala yang dinyatakan dalam Skala Rating GPPH dan tingkat pembuktian gangguan fungsional. (*American Psychiatric Association, 1990*).
- b. Pada umumnya, intervensi dirancang untuk meningkatkan perhatian dan menyelesaikan pekerjaan (DuPaul & Stoner, 1991). Hasil observasi pada proses ini akan membantu mengidentifikasi konsekuensi dari intervensi.
- c. Kehadiran perilaku lain seperti gangguan belajar. Contoh, banyak anak GPPH juga mengalami gangguan pada perintah bergambar. Ketidaksabaran dan perilaku agresif akan menjadi target tambahan program intervensi. Rujukan kepada profesional (seperti ahli psikologi klinis) sangat penting sehingga orangtua dapat menerima latihan manajemen perilaku di rumah.
- d. Respon anak terhadap intervensi terdahulu.
- e. Ketersediaan pusat-pusat intervensi di masyarakat. Ketersediaan ini akan menentukan apakah anak dan keluarganya dirujuk kepada ahli psikologi klinis anak intervensi berbasis rumah yang dilakukan oleh ahli psikologi sekolah. Keterlibatan guru dan orangtua secara aktif dalam proses intervensi (misalnya dalam pelaksanaan modifikasi perilaku) akan menunjang kesuksesan. Dalam beberapa kasus, orangtua diikutsertakan dalam latihan strategi manajemen perilaku.

4. Tahap V : Evaluasi Program (Intervensi)

a. Proses Evaluasi Intervensi

Data evaluasi terdahulu tidak hanya berkontribusi terhadap keputusan diagnostik tetapi juga menilai pra-intervensi. Metode *single subject design* secara khusus dilakukan untuk menilai proses intervensi (DuPaul & Stoner dkk, 1991). Dalam proses intervensi, anak mengontrol sendiri perubahan perilakunya dan membandingkannya dengan perilaku awal (*baseline*). Proses ini akan meningkatkan penguasaan terhadap data asesmen dan memberikan point terhadap program intervensi.

b. Teknik Evaluasi Intervensi

Ada berbagai teknik asesmen yang digunakan seperti observasi langsung terhadap perilaku dan performansi akademik. Teknik asesmen untuk menentukan apakah perubahan perilaku reliabel atau tidak sesuai dengan dengan fungsi intervensi. Pertama, rating guru dalam *Connors Rating Scale* dikumpulkan selama tahap intervensi. Kedua, komponen asesmen yang perlu dinilai adalah dokumen intervensi yang berkaitan dengan metode untuk menentukan apakah intervensi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana atau tidak.

Validitas perubahan perilaku harus dinilai, ada berbagai cara untuk menilainya, Kazdin (1988) menyatakan sebagai berikut :

- 1) Memberikan daftar cek kepuasan yang diisi oleh anak, guru dan atau orangtua tentang kesimpulan intervensi dan berbagai hal selama intervensi.
- 2) Guru mengisi rating *acceptability* (hal yang dapat diterima) tentang berbagai kemungkinan strategi intervensi (Witt & Elliot, 1985).
- 3) Cara menentukan signifikansi intervensi klinis adalah mengases apakah intervensi tersebut mampu merubah perilaku sesuai dengan perilaku orang normal.

B. PERTIMBANGAN PENGEMBANGAN ASESMEN GPPH

Ada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengembangkan asesmen GPPH, Shelton & Barkley (1990) menyatakan :

1. Secara umum gangguan GPPH lebih bermasalah pada masa remaja daripada masa kanak-kanak karena resiko gangguan perilaku lebih tinggi disertai dengan prestasi akademik yang rendah, harga diri rendah dan sebagainya.
2. Penelitian empiris membuktikan adanya kecanduan obat-obatan dengan frekuensi yang lebih tinggi pada remaja dengan gangguan GPPH khususnya terutama nampak pada perilaku anti sosial.
3. Pertimbangan lain adalah masukan dari diri anak itu sendiri. Hal ini diketahui dari laporan diri (*self report*) anak yang dibandingkan dengan laporan guru dan laporan orangtua. Ketiga laporan diri inilah yang perlu diasesmen lebih lanjut. Untuk itu perlu dilakukan interviu diagnostik pada anak, guru dan orangtua yang dilakukan berdasarkan kriteria DSM.
4. Berbagai kuesioner laporan diri dilakukan oleh guru meliputi Laporan Diri Remaja (*the Youth Self Report*) versi CBCL (Achenbach,

1991), Skala Laporan Diri Remaja ADD+H (Conners & Wells, 1985) atau Evaluasi Diri Remaja (Gittelman, 1985).

5. Perbedaan akhir dalam penilaian GPPH pada remaja adalah kesatuan rating perilaku dari beberapa guru. Penafsiran hasil rating menjadi masalah jika sampel terbatas pada perilaku anak yang diobservasi oleh setiap guru.

Contoh Kasus GPPH

Arthur berumur 7 tahun, ia kelas II, ia dirujuk ke ahli psikologi sekolah oleh guru kelasnya (di sekolah regular) karena ia tidak bisa menyelesaikan tugas-tugas secara mandiri, tidak bisa duduk dengan tenang, berbicara tanpa permisi dan tidak mematuhi peraturan sekolah. Guru menyatakan bahwa kualitas kerja akademiknya tidak sama dengan teman sekelasnya jika ia bekerja sendirian (dengan dirinya sendiri). Ia meraih prestasi yang terendah di kelasnya dan tidak sesuai dengan kemampuannya.

Setelah membahas kasus tersebut, ahli psikologi sekolah meminta guru mengisi instrumen *screening* (antara lain Skala Rating GPPH). Rating Arthur berada di bawah 93 percentil untuk skor total. Di samping itu ada 10 dari 14 gejala GPPH (menggunakan kriteria DSM-III-R). Berdasarkan hasil informasi tersebut, maka dilakukanlah asesmen multimetode.

Langkah pertama proses asesmen adalah melakukan interviu dengan guru kelas Arthur. Berdasarkan hasil interviu dinyatakan bahwa dia mengalami masalah kurang perhatian, tidak sabar, overaktif, dan tidak mematuhi peraturan yang muncul diberbagai setting sekolah dan aktivitas di kelas. Hal ini harus dibuktikan ketika ia ditugaskan bekerja sendiri atau dalam proses pembelajaran di kelas atau dalam kelompok kecil. Arthur juga dinyatakan memiliki gejala GPPH yakni 11 dari 14 gejala berdasarkan kriteria DSM-III-R. Gejala-gejala ini ditunjukkan di kehidupan sehari-hari lebih dari 6 bulan. Hal lain juga dilaporkan bahwa Arthur tidak mematuhi perintah guru, suka mengamuk dan malah melukai orang lain.

Akibat dari masalah yang dihadapi ini, ia kurang berprestasi di kelas, yang terlihat dari minimnya keterampilan membaca dan matematikanya. Bahkan gurunya menyatakan ia mengalami masalah belajar diberbagai bidang studi. Guru melaporkan, jika Arthur bekerja secara individual, ia mampu menunjukkan kemampuannya (misalnya ia mampu membaca bacaan yang sulit).

Arthur juga tidak memiliki teman yang banyak di kelas dan

banyak teman yang menolaknya. Dia tidak mengikuti aturan main dalam permainan dan menunjukkan sikap agresif baik secara verbal maupun secara fisik. Gurunya menyatakan bahwa banyak perilakunya yang kurang terkontrol (misalnya berjalan-jalan di kelas) dan suka menarik perhatian teman sekelasnya.

Guru juga mengalami frustrasi mengatur perilaku Arthur, walaupun guru sudah berupaya untuk mengurangi perilaku Arthur yang kurang terkontrol, mengirim catatan tentang perilaku Arthur yang kurang tepat tersebut kepada orangtua, memberi Arthur hadiah jika ia menunjukkan perilaku yang sesuai. Berbagai strategi yang dilakukan guru tersebut tidak menghasilkan perubahan perilaku yang konsisten. Laporan diri Arthur di masa-masa sebelumnya dibuka. Berbagai pendapat guru membuktikan adanya perilaku yang sama yang ditunjukkan Arthur dengan waktu sekarang.

Orangtua Arthur segera ditelepon. Ia juga mengeluhkan masalah perilaku anaknya tersebut. Orangtua juga menyatakan bahwa banyak perilaku Arthur di rumah yang menyimpang dan tidak kooperatif. Dengan demikian, sebagian besar perilaku GPPH ia miliki. Secara historis, Arthur tidak memiliki kesulitan medis atau gangguan perkembangan. Ayah Arthur menyatakan ia dulu ketika masih kecil juga mengalami masalah perhatian dan masalah perilaku, tapi saat ini ia sukses sebagai seorang pengusaha. Dalam keluarga tidak ditemukan adanya masalah perilaku yang cukup berarti.

Berdasarkan hasil asesmen dengan berbagai instrumen, dinyatakan bahwa:

1. Hasil Skala Rating GPPH diperoleh adanya 2 standar deviasi di atas rata-rata untuk skor total.
2. Hasil HSQ-R menunjukkan sebagian besar masalah perilaku Arthur muncul di lingkungan rumah.
3. Rating guru tentang Kompetensi Sosial dan Penyesuaian Sekolah menunjukkan skor Arthur di bawah rata-rata.
4. Hasil Rating Prestasi Akademik menunjukkan skor Arthur 1,5 standar deviasi di bawah rata-rata dan ini terjadi hanya pada faktor Produktivitas Akademik.
5. Perilaku Arthur juga diamati di kelas dan di tempat bermain. Observasi kelas dilakukan selama 20 menit dengan menggunakan Sistem Koding Perilaku GPPH (*GPPH Behavior Coding System*). Hasilnya menunjukkan adanya gangguan perilaku yang cukup berarti. Ditempat bermain Arthur juga menunjukkan agresif fisik dan verbal terhadap teman sebayanya.

Tahap proses asesmen selanjutnya adalah interpretasi hasil. Guru

dan orangtua Arthur secara terpisah menyatakan paling tidak ada 8 dari 14 gejala GPPH yang dialami Arthur berdasarkan kriteria DSM-III-R. Menurut ibunya, Arthur mulai menunjukkan gangguan GPPH pada usia 3 tahun. Kedua rating guru dan orangtua menyatakan masalah GPPH yang dialami Arthur tersebut, frekuensinya lebih banyak dibandingkan dengan anak laki-laki seusianya.

Ada beberapa intervensi yang dilakukan berdasarkan hasil penilaian tersebut, antara lain :

1. Guru dan ahli psikologi sekolah merancang program intervensi kelas dan program komunikasi rumah-sekolah.
2. Membuat rujukan ke ahli psikologi klinis anak dan dokter anak untuk menentukan latihan orangtua dan asesmen pengobatan. Kemungkinan untuk menempatkan Arthur ke dalam program pendidikan khusus memungkinkan jika Arthur secara medikasi (pengobatan medis) dinyatakan positif.
3. Intervensi keterampilan sosial diberikan khususnya yang berkaitan dengan tempat bermain. Prosedur mediasi teman sebaya juga digunakan jika teman sebaya dilatih untuk meningkatkan perilaku sosial yang tepat.
4. Kemudian dilanjutkan dengan menilai perilaku di kelas oleh ahli psikologi sekolah, hal ini dilakukan untuk menilai program dan menentukan jika ada perubahan penting yang menyangkut program intervensi.

BAB V

INTERVENSI GPPH

Intervensi merupakan upaya pemberian perlakuan atau bantuan agar gangguan GPPH dapat dicegah atau ditanggulangi. Kegiatan intervensi terkait dengan identifikasi dan asesmen, intervensi tanpa didasarkan atas hasil identifikasi dan asesmen tidak akan berhasil bahkan mungkin dapat menimbulkan masalah baru. Dalam melakukan intervensi, ada beberapa hal yang harus diperhatikan, Abdurrahman (1999) menyatakan sebagai berikut : (1) menjalin hubungan dan meningkatkan kesadaran masyarakat, (2) melaksanakan identifikasi, (3) menegakkan asesmen, (4) merancang program intervensi, (5) melaksanakan intervensi dan (6) mengevaluasi program intervensi.

Hal yang penting dalam melakukan identifikasi, asesmen dan intervensi adalah masyarakat harus diberi informasi dan ditingkatkan kesadaran mereka tentang pentingnya identifikasi, asesmen dan intervensi bagi anak-anak GPPH. Hal lain yang penting dipahami oleh masyarakat dan guru adalah agar hasil identifikasi dan asesmen tidak digunakan sebagai bahan olok-olok atau pemberian label yang negatif kepada anak. Abdurrahman (1999) menyatakan ada beberapa masalah yang mungkin terjadi karena identifikasi, yaitu :

1. Guru mungkin akan memberikan label negatif kepada anak yang dapat berdampak negatif bagi perkembangan anak.

BAB VI

STRATEGI INTERVENSI BERBASIS KELAS

Anak usia sekolah rata-rata menghabiskan waktunya 6-8 jam per hari dalam seminggu di sekolah. Di sekolah anak-anak dituntut mengikuti dan mematuhi peraturan sekolah, berinteraksi dengan anak-anak lain dan orang dewasa, berpartisipasi dalam aktivitas pembelajaran, mempelajari apa yang diajarkan, dan mencegah anak agar tidak mengganggu proses pembelajaran. Bagi guru, hal yang menjadi tanggung jawabnya adalah menanamkan pengetahuan dan keterampilan serta mengajarkan pada anak untuk berperilaku konsisten di lingkungan sosial dan budaya. Oleh karena itu bab ini akan membahas strategi mengatur perilaku anak GPPH serta untuk memfasilitasi pemberdayaan kelas dalam proses belajar mengajar. Sebelum membahas tentang strategi, ada beberapa asumsi yang berkaitan dengan identifikasi dan intervensi pada anak GPPH.

Asumsi pertama, bahwa GPPH harus dicermati secara serius karena berkaitan dengan kesulitan mengatur perilaku di kelas. Misalnya anak yang didiagnosis mengalami GPPH dalam beberapa kasus mengalami kesulitan dibidang akademik dan belajar sosial, walaupun tidak semua kasus mengalami masalah yang sama. Bagi anak yang mengalami masalah akademik, harus melibatkan beberapa

BAB VII

MANAJEMEN PERILAKU

Semua anak harus belajar berperilaku sesuai baik di rumah, di sekolah, atau di tempat lain. Dalam mengembangkan suatu perilaku yang baru, usia dan kemampuan fisik anak harus dipertimbangkan. Manajemen perilaku merupakan isu penting dalam layanan pendidikan bagi anak-anak yang mengalami masalah perilaku, termasuk di dalamnya anak-anak GPPH.

Secara umum, anak-anak GPPH membutuhkan layanan pendidikan dan pembelajaran yang tidak jauh berbeda dengan anak-anak lain pada umumnya, namun ada beberapa hal yang dibutuhkan oleh anak-anak GPPH, Reif & Heimburge (1996) menyatakannya sebagai berikut :

1. Sebuah kelas yang positif, terstruktur, terbuka dan inklusif.
2. Guru yang bisa menjadi model, terbuka dan jelas dalam menjalankan tugas.
3. Lingkungan kelas yang nyaman dan menyenangkan (merasa dilayani dengan hormat dan bermartabat, tidak dengan kritikan pedas, tidak dipermalukan di hadapan teman sebayanya).
4. Guru yang siap memenuhi kebutuhan khususnya.
5. Sebuah kesempatan untuk mewujudkan perasaan, perhatian dan ide-idenya.
6. Pelibatan anak-anak dalam membuat keputusan.

BAGIAN EMPAT

BAB VIII

TEKNIK MODIFIKASI PERILAKU

A. PENERAPAN KHUSUS BAGI GURU

Guru anak-anak GPPH sering menghadapi masalah, terkadang dengan orangtua. Guru sering menggambarkan perilaku anak GPPH sebagai perilaku yang unik di kelas. Ketika guru melaporkan masalah perilaku anak pada orangtua, mereka membantah pernyataan guru dan menyatakan : "Saya tidak memiliki berbagai masalah dengannya di rumah, mengapa ia banyak bermasalah di kelasmu?" Pernyataan guru tersebut mengimplikasikan bahwa ada cara-cara guru yang kurang tepat dalam membentuk dan mengelola kelas, khususnya interaksi antara guru dan anak. Disamping itu guru mungkin juga lelah menghadapi kondisi anak sehingga anak kadang disekap, dihukum, dan sebagainya. Beberapa guru bahkan menjadi defensif (mundur), merasa tak mampu, kewalahan, dan stres menghadapi keadaan tersebut.

Masalah tersebut dapat terjadi jika guru kurang memiliki pengetahuan yang memadai tentang GPPH, perilaku yang menyertainya, dan strategi yang efektif dalam menangani perilaku anak GPPH. Guru yang kurang memiliki pengetahuan dan keterampilan merasa kompetensinya terancam, kemudian mengembangkan perasaan tidak mampu, depresi, minder dan tidak memiliki harapan. Jika guru memiliki pengetahuan yang memadai maka mereka dapat menangani anak-anak GPPH secara profesional. Oleh karena itu guru disarankan banyak membaca buku tentang GPPH serta cara memenuhi kebutuhan khususnya.

Daftar Pustaka

- Abikoff, H. & Klein, R.G. 1992. Attention Deficit Hyperactive Disorders and Conduct Disorder : Comorbidity and Implications for Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 881-892.
- Abdurrahman, M. 1999. *Pendidikan bagi Siswa Berkesulitan Belajar*. Jakarta : Pusat Perbukuan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan dan PT Rineka Cipta.
- Achenbach, T.M. 1991. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington : VT T.M. Achenbach.
- Alonzo, BD. 1996. *Identification and Education of Students with Attention Deficit Hyperactive Disorders: Preventing School Failure*. Special Education at New Mexico State University.
- Arikunto, Suharsimi. 1991. *Manajemen Pengajaran Secara Manusiawi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Barkley, R.A. 1981. *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York : Guilford Press.
- Barkley, R.A. 1990. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York : Guilford Press.
- Barkley, R.A. 1993. Stimulants In. J.S. Werry & M.G. Aman, *Practitioners Guide to Psychoactive Drugs for Children and Adolescents*, 205-237. New York : Plenum Press.
- Barkley, R.A. DuPaul, G.J., McMurray, M.B. 1990. A Comprehensive Evaluation of Attention Deficit Disorders with and without Hyperactivity as Defined by Research Criteria, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Barkley, R.A., & Anastopolous, A.D. 1992. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescents: Mother Adolescent Interactions, Family Beliefs and Conflict, and Maternal Psychology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 263-288.
- Berliner, D. C. 1987. *Simple Views of Effective Teaching and a Simple Theory of classroom Instruction*. In D. C. Berliner & B. V. Rosenshine (Eds). *Talks to Techer: A Festschrift for N. L. Gage* (pp.

- 93-110) New York: Random House.
- Biederman, J., Munir, K., Knee, D., Armentano, M., Autor, S., Watermaux, C., & Tsuang, M. 1987. High Rate of Effective Disorders in Proband with Attention Deficit Disorders and in their Relatives : A Controlled Family Study. *American Journal of Psychiatry*, 144, 330-333.
- Brennan, W. K. 1985. *Curriculum for Special Need*, Milton Keynes: Open University Press.
- Boyle, G., .1990. Time Out: a Remedial Strategy, in S. Butler (eds) *The Exceptional Child*. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich.
- Busono, M. 1989. Pengelompokan sebagai Suatu Alternatif Pendekatan dalam Terapi Kelompok Anak Tunalaras (*Karya Ilmiah Tidak Dipublikasikan*). Yogyakarta : IKIP Yogyakarta.
- Cantwell, D.P. & Baker, L. 1991. Association between Attention Deficit Hyperactive Disorder and Learning Disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 88-95.
- Church, J. and Langley, J. 1990. Behavior Disordered Children, *SET Research Information for Teachers*. Hawthorn: Australian Council for Educational Research.
- Conway, R., 1990. Behavior Disorders, in A. Ashman and J. Elkins (Eds) *Educating Children with Special Needs*. New York: Prentice Hall.
- Cohen, M., Becker, M. G., & Campbell, R. 1991. Relationships Among Four Achievement of Children with Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of School Psychology*, 28, 189-202.
- Cohen, N.J. and Minde, K. 1983. The Hyperactive Syndrome in Kindergarten Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 3: 443-55.
- Coleman, J.C. 1976. *Abnormal Psychology Modern Life*. Inggris : Scept, Foresman and Company.
- Conner, C.K. & Wells, K.C. 1985. ADD-H Adolescent Self-Report Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 921-922.
- Cruickshank, William M. 1980. *Psychology of Exceptional Children and Youth Fourth Edition*. New York : Englewood Cliffs.
- DuPaul, J. G. 1994. Attention Deficit Hyperactive Disorders : Classroom Intervention Strategies. *School Psychology International*, 12, 85-94.

GLOSSARY

GPPH : singkatan dari *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, sering disebut dengan Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas. Merupakan perilaku yang berkembang secara tidak sempurna yang ditunjukkan dengan ketidakmampuan menaruh perhatian, pengontrolan gerak hati serta pengendalian motor.

Agresif : perilaku suka menyerang, liar dan yang bersangkutan sulit mengontrol perilakunya, ada agresif fisik dan agresif verbal.

Akalkulia : tidakmampu berhitung.

Anoxia : kekurangan cadangan oksigen ke otak

APA : singkatan dari *American Psychiatric Association*.

APRS : singkatan dari *Academic Performance Rating Scale* atau Skala Rating Prestasi Akademik, skala rating untuk menilai prestasi akademik.

Asesmen : proses pengumpulan informasi tentang seorang anak yang akan digunakan untuk membuat pertimbangan dan keputusan yang berkaitan dengan anak tersebut.

Asesmen berbasis sekolah : asesmen yang dilakukan di lingkungan pendidikan formal, yang melibatkan semua komponen yang terlibat dalam aktivitas pendidikan di sekolah.

Brain injured : kerusakan pada otak.

Coping skill : keterampilan menghadapi suatu masalah.

Desruptive : gangguan perilaku yang ditandai dengan suka mengganggu.

Disinhibition : yakni aktivitas motorik yang terus menerus dinampakkan sebagai akibat dari hiperaktivitas.

Dissociation : tidak mampu atau tidak dapat berpikir komprehensif, cara berpikir tidak terintegrasi sehingga aktivitas bervariasi.

Disleksia : gangguan membaca.

Disgrafia : gangguan menulis.

Diskalkulia : gangguan berhitung.

DSM : singkatan dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

DSM IV : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi IV.

Erratic : perilaku aneh, tidak teratur, berpindah-pindah.

Encephalitis : radang otak.

- Fiksasi** : adalah kemandegan dalam perkembangan, yakni perkembangan berhenti pada satu tahapan dan terlihat adanya perilaku patologis.
- Hiperaktivitas** : tidak bisa diam, yaitu perilaku yang mempunyai kecenderungan melakukan suatu aktivitas berlebihan, baik motorik maupun verbal.
- Hiperaktif motoris** : disebut juga disinhibisi motoris yakni ketidakmampuan untuk bertahan terhadap rangsangan yang menimbulkan respon motorik yang disebabkan oleh adanya gangguan neurologis.
- Hyperkinesis with developmental delay** : gangguan bicara, gangguan koordinasi motorik dan gangguan akademik.
- IEP** : *Individualized Educational Program*, yaitu Program Pendidikan yang Diindividualkan.
- Impulsivitas** : adalah kemampuan untuk mengontrol perilaku yang lebih mengutamakan untuk menuruti dorongan hati (tidak sabaran). Impulsif terbagi dua impulsif motorik dan impulsif verbal atau kognitif.
- Inattensivitas** : tidak ada perhatian atau tidak menyimak. Penderita mengalami kesulitan dalam memusatkan perhatian terhadap sesuatu yang sedang dihadapinya.
- Intervensi**: pemberanian layanan, bantuan, bimbingan berdasarkan hasil asesmen yang telah dilakukan.
- Impulsivitas** : kemampuan untuk mengontrol perilaku yang lebih mengutamakan untuk menuruti dorongan hati (tidak sabaran).
- Kesulitan belajar** : gangguan yang ditunjukkan dengan adanya kesulitan di bidang akademik, dimana hasil belajar yang ditunjukkan tidak sesuai dengan kemampuan yang sebenarnya dimiliki.
- Maturation** : sistem yang mengatur kematangan.
- Methylphenidate** : salah satu obat yang diberikan pada penderita GPPH, yang berguna untuk mengurangi perilaku hiperaktif.
- Metode single subject design** : merupakan salah satu cara penanganan pada anak GPPH yang menggambarkan kondisi awal (baseline), intervensi sampai pada pencapaian target akhir perilaku. Metode ini sering divisualisasikan dalam bentuk grafik.
- Modifikasi perilaku** : salah satu bentuk intervensi yang diberikan pada anak GPPH yang bertujuan untuk merubah perilakunya.
- Overaktivitas** : perilaku tidak mau diam (terlalu banyak aktivitas), yang disebabkan oleh himpunan energi yang berlebihan.
- Penegakan diagnosis** : yakni menunjuk kepada cara-cara yang komprehensif untuk menentukan suatu jenis kesulitan dan kemungkinan

Indeks

A

- Abdurrahman 37, 58, 59, 72, 152
Achenbach 68, 152
Adaptasi Pembelajaran dan Modifikasi Materi Pembelajaran 122
agresif 4, 6, 8, 13, 15, 16, 21, 30, 46, 67, 70, 78, 87, 134, 135, 151, 161
Akalkulia 161
alkohol 3, 15, 16
Alonzo 10, 152
Amerika 15, 32
anak-anak 7, 13, 15
aneh 13, 18, 114, 128, 161
Anoxia 161
APA 9, 10, 161
Asertivitas 134
asesmen 20, 28, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 45, 50, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 88, 111, 161, 162, 163, 192, 193
asesmen berbasis sekolah 28
Asesmen Kemampuan Bahasa Tulis dan Lisan. 51
Asesmen Kemampuan Belajar Spesifik 48
Asesmen Kemampuan Matematika

50

- Asesmen Keterampilan Memperhatikan 43
Asesmen Keterampilan Motorik 43
Asesmen Pelengkap 46
Asesmen Perilaku di Kelas 49
Awal Munculnya Masalah Perilaku 65

B

- Barkley 15, 16, 20, 21, 22, 24, 25, 28, 30, 38, 58, 60, 65, 66, 68, 80, 87, 88, 89, 96, 110, 152, 154, 155, 158, 159
Barlow 41
Busono 12, 153

C

- Cengeng 8
Coleman 15, 153
Colour Word Test 42
Conners 53, 63, 64, 68, 69

D

- D'Alonzo 9, 20, 21
Desruptive 161
dewasa 1, 3, 15, 47, 48, 84, 85, 90, 91, 92, 94, 115, 128, 129, 143
diagnostik 10, 37, 41, 42, 53, 55, 67, 68, 163

MARLINA

GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN DAN HIPERAKTIVITAS PADA ANAK

Buku sumber tentang Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus saat ini masih langka, sedangkan di dalam masyarakat banyak ditemukan anak-anak yang membutuhkan layanan yang tepat dan sesuai. Oleh karena itu buku ini penting sebagai sumber informasi maupun buku rujukan tentang anak hiperaktif kepada masyarakat maupun mahasiswa. Pentingnya informasi dari buku ini, agar dapat memberikan layanan yang tepat kepada anak. Sebagai sebuah pengetahuan khusus maka buku ini memuat tentang :

1) Bagian satu Bab I menguraikan tentang pengertian, faktor penyebab, gejala-gejala dan karakteristik, tipe-tipe, prevalensi, perkembangan dan hambatan yang ditimbulkan gangguan pada anak serta karakteristik yang menyertai perilaku mereka. Bab II tentang Kesulitan Belajar, berisi uraian tentang hubungan perilaku anak dengan gangguan kognitif, hubungan perilaku dengan rendahnya prestasi belajar, kemungkinan penyebab hubungan antara perilaku dan masalah akademik, garis-garis besar asesmen perilaku kesulitan belajar. Bagian dua terdiri dari bab III dan bab IV. Bab III tentang asesmen perilaku. Bab IV metode asesmen perilaku. Bagian tiga terdiri dari bab V, bab VI dan bab VII. Bab V intervensi perilaku menguraikan tentang intervensi berbasis sekolah dan intervensi berbasis keluarga. Bab VI strategi intervensi berbasis kelas. Bab VII manajemen perilaku berisi uraian tentang mengembangkan perilaku baru, strategi mengurangi perilaku. Bagian empat terdiri dari bab VIII teknik modifikasi perilaku, strategi melayani anak-anak berperilaku khusus, dan menyikapi karakteristiknya



Marlina, penulis buku ini memperoleh derajat Diploma Dua pada tahun 1990 di SGPLB Padang dan gelar Sarjana Pendidikan bidang Pendidikan Luar Biasa pada tahun 1995 dari IKIP Yogyakarta dengan predikat Cum Laude. Sejak tahun 1995 sampai 1996 menjadi staf pengajar di SLB dan SLTPLB Wacana Asih Padang. Pada tahun 1997 sampai sekarang bekerja sebagai staf edukatif pada Jurusan Pendidikan Luar Biasa Fakultas Ilmu Pendidikan UNP Padang. Pada tahun 2004 memperoleh gelar Magister Sains dengan predikat Cum Laude dalam bidang Psikologi dari Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan memperdalam ilmu psikologi pendidikan.

ISBN 9 78-9 77-8 58 7-4 2-9



9789798587429

PENERBIT UNP PRESS

UNIVERSITAS NEGERI PADANG
Jln. Prof Hamka Air Tawar Padang,
Telp. (0751) 7051260, 7055689 Fax (0751) 55628

