

## **ADHD PADA ANAK DENGAN RETARDASI MENTAL**

**Nathania Bayu Astrella**

Fakultas Psikologi

e-mail: nb.astrella@yudharta.ac.id

### **Abstract**

*The diagnosis of mental retardation with ADHD in children, statistically record 8% - 39%. Children with mental retardation, requires certain ways to maximize their potential and quality of life. The condition ADHD are likely brought certain challenges to the handling of these children. This article presents the description of mentally retarded children with ADHD in their natural setting, school and home. It's a qualitative research, descriptive case study, with holistic multi-case design. Purposive sampling technique found two (2) children as research subjects. Pattern matching technique is used for data analysis. The result of this study shows challenges for school teacher while working with mentally retarded with ADHD children. Accommodate their ADHD in positive and productive activities, are likely helps the handling of their mental retardation condition.*

**Keywords:** children, mental retardation, ADHD

### **1. PENDAHULUAN**

Kondisi anak dengan retardasi mental, terkadang disertai pula dengan adanya gangguan perkembangan lainnya. Diungkapkan oleh Narayan (2010) dalam manual WHO, beberapa kondisi yang turut menyertai retardasi mental anak, diantaranya adalah epilepsi, hiperaktivitas, *cerebral palsy*, autisme, kerusakan sensori, serta kondisi fisik lain *hydrocephalus*, *microcephaly*, dan *down syndrome*.

Anak retardasi mental yang tidak mengalami kondisi penyerta, tentu berbeda dengan anak retardasi mental yang disertai dengan kondisi/gangguan lainnya. Penelitian ini memfokuskan pada anak yang mengalami retardasi mental, dan disertai dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) atau yang sering dikenal dengan istilah ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Berbagai penelitian menunjukkan kondisi ADHD sesungguhnya sering menyertai anak

dengan retardasi mental, antara 8% hingga 39%.

Diagnosis retardasi mental ditegakkan berdasarkan DSM IV-TR, sebagai berikut:

- a. Fungsi intelektual berada di bawah rata-rata secara signifikan: IQ sekitar 70 atau kurang, untuk individual yang bisa di tes IQ. Untuk anak-anak (*infant*)
- b. Kekurangan atau kerusakan dalam ketrampilan adaptif terkini yang terjadi dalam waktu bersamaan, dalam minimal dua dari area berikut ini: komunikasi, keterampilan akademik fungsional, bina diri, ketrampilan sosial/ interpersonal, fungsional dalam rumah tangga, akses terhadap sarana lingkungan, pengarahan diri, pekerjaan, rekreasi, kesehatan, dan keselamatan.
- c. Onset sebelum 18 tahun.  
Tingkat keparahan menunjukkan level kerusakan intelektual:

Retardasi Mental Ringan (*Mild MR*) level IQ 50-55 hingga sekitar 70,  
Retardasi Mental Sedang (*Moderate MR*) level IQ 35-40 hingga 50-55,  
Retardasi Mental Berat (*Severe MR*) level IQ 20-25 hingga 35-40,  
Retardasi Mental Parah (*Profound MR*) level IQ di bawah 20-25,

Retardasi Mental Tidak Terspesifikasi (*MR, Severity Unspecified*): apabila terdapat dugaan kuat akan Retardasi Mental namun intelegensi individu tersebut tidak dapat diukur (*untestable*) dengan tes standar.

Diagnosis retardasi mental tidak dapat ditegakkan hanya berdasarkan skor IQ. Individu didiagnosis retardasi mental berdasarkan skor IQ < 70, dan disertai dengan adanya hambatan pada ketrampilan adaptif. Ketrampilan adaptif yang dimaksud adalah bagaimana individual dapat memenuhi tugas/harapan standar sesuai usia dan latar belakang kulturalnya, serta bagaimana mereka dapat mengatasi persoalan kehidupan sehari-hari. Data mengenai penguasaan ketrampilan adaptif, dalam upaya penegakkan diagnosis retardasi mental, sebaiknya dicari dari berbagai sumber, diantaranya evaluasi guru, riwayat tumbuh kembang dan kesehatan, skala maupun kuesioner yang bisa diisi oleh praktisi/ *significant other* subyek.

Retardasi mental dapat digolongkan ke dalam 4 tingkatan keparahan. Berikut ini karakteristik masing-masing tingkat retardasi mental, sesuai DSM IV-TR :

a. Retardasi mental yang berada dalam kategori ringan (*mild MR*), biasa disebut juga kategori *educable*. Mereka yang termasuk dalam kategori ini, biasanya mempelajari ketrampilan sosial dan komunikasi antara usia 0-5 tahun, terdapat hambatan yang minimal dalam area sensorik-motorik, dan tampak seperti anak-anak seusianya. Pada akhir remaja, ketrampilan akademiknya setara dengan kelas 6

sekolah dasar. Pada usia dewasa, pada umumnya mereka mampu meraih ketrampilan sosial dan pekerjaan, namun dalam kondisi tertentu (kondisi sosial yang tertekan, atau kesulitan ekonomi), memerlukan supervisi, bimbingan, ataupun bantuan.

b. Retardasi mental yang berada dalam kategori sedang (*moderate MR*), biasa disebut juga kategori *trainable*. Kebanyakan mereka yang berada dalam kategori ini meraih ketrampilan komunikasi selama masa anak-anak awal. Pelatihan dalam keahlian tertentu, dan dengan supervisi dalam ketrampilan keseharian, memungkinkan mereka melakukan perawatan diri secara mandiri. Ketrampilan akademik mereka kemungkinan hanya berada pada kisaran anak sekolah dasar kelas 2. Mereka mampu melakukan perjalanan sendiri, pada rute yang biasa mereka lalui. Pada masa remaja, mereka mungkin akan mengalami kesulitan dalam hubungan dengan sebayanya. Pada individu dewasa, mereka mampu melakukan pekerjaan yang umum tanpa keahlian tertentu, ataupun pekerjaan yang sudah mereka kuasai karena terbiasa, dengan pengawasan secara berkala. Dalam kehidupan keseharian, tetap diperlukan pengawasan dari orang dewasa lainnya/keluarga.

Retardasi mental yang berada dalam kategori berat (*severe MR*). Pada umumnya mereka yang berada pada kategori ini, mengalami kesulitan dalam ketrampilan berkomunikasi. Pada usia sekolah dasar, mereka dapat dilatih untuk ketrampilan bina diri (*self-care*) dan mampu mengkomunikasikan keinginannya. Ketrampilan akademik mereka terbatas pada kata/kalimat

yang biasa ia dengar, dan kemampuan menghitung sederhana. Pada masa dewasa, mereka mampu melakukan pekerjaan sederhana dengan pengawasan yang kontinyu.

Hardman, dkk. (2002), mengungkapkan 4 area yang dapat menyebabkan retardasi mental:

- a. Pengaruh sosiokultural  
Status ekonomi rendah dan latar belakang kultural. Keluarga dengan ekonomi rendah, cenderung kurang memperhatikan faktor nutrisi yang diperlukan untuk optimalnya tumbuh kembang anak. Begitu pula dengan kurangnya akses pada layanan kesehatan, baik dari kesadaran akan kesehatan maupun dari fasilitas dan akomodasi kesehatan. Latar belakang kultur, juga dapat mempengaruhi standar penilaian orang tua tentang ketrampilan-ketrampilan yang dikuasai oleh tahapan usia anak, maupun rangsang apa yang dapat diberikan untuk optimalisasi tumbuh kembangnya, baik secara kognitif, psikis, maupun fisik.
- b. Faktor biomedis  
Tiga hal yang berhubungan dengan faktor biomedis ini antara lain, abnormalitas kromosom, metabolisme dan nutrisi, serta penyakit otak pasca kelahiran (*postnatal brain disease*).
- c. Faktor behavioral
  - 1) Infeksi dan keracunan  
Infeksi yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan, seperti *congenital rubella*, HIV, toxoplasmosia. Penggunaan obat yang kurang tepat atau penyalahgunaan substansi (obat) pada ibu selama masa kehamilan. Infeksi pasca kelahiran dan paparan racun, dapat merusak sistem saraf pusat.
  - 2) Trauma atau kecelakaan fisik  
Terjadinya trauma atau kecelakaan fisik pada sebelum

kelahiran hingga setelah kelahiran, misal terekspos pada paparan radiasi pada saat kelahiran atau setelah bayi lahir, epilepsi, kejang, anoxia, *birth asphyxiation*.

- d. Pengaruh pre natal yang tidak diketahui

Beberapa kondisi yang tidak diketahui penyebabnya, seperti *anencephaly*, yaitu kondisi dimana individu memiliki kekurangan sebagian atau bahkan seluruh jaringan cerebral, dapat menyebabkan retardasi mental.

Kriteria penegakkan diagnostik untuk ADHD (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*) menurut DSM IV-TR, adalah sebagai berikut:

Antara poin 1 atau 2 :

1. Terdapat 6 (atau lebih) gejala *inattention* yang menetap sedikitnya 6 bulan, hingga tahap maladaptif dan inkonsisten dengan level perkembangan:  
*Inattentive*
  - a. Kerap gagal memberi perhatian terhadap hal yang detail, atau sering membuat keteledoran/kesalahan dalam pekerjaan sekolah, maupun aktivitas lainnya
  - b. Kerap kesulitan mempertahankan perhatian dalam tugas maupun permainan
  - c. Kerap tampak tidak mendengarkan, ketika diajak berbicara
  - d. Kerap tidak mengikuti instruksi dan gagal menyelesaikan tugas sekolah, di rumah, ataupun di tempat kerja (yang bukan dikarenakan kegagalan dalam memahami instruksi ataupun karena tidak mau mengerjakan)
  - e. Kerap mengalami kesulitan dalam menata/mengorganisir tugas dan aktivitas
  - f. Kerap menghindari, tidak menyukai, ataupun enggan melakukan tugas-tugas yang

- memerlukan pemikiran (*mental effort*), seperti tugas sekolah
  - g. Kerap kehilangan hal-hal yang diperlukan dalam menyelesaikan tugas atau aktivitas (misal pensil, buku, peralatan)
  - h. Kerap mudah teralihkan perhatiannya oleh stimulus/rangsang dari luar
  - i. Kerap lupa akan aktivitas harian
2. Terdapat 6 (atau lebih) gejala *hyperactivity-impulsivity* yang menetap sedikitnya 6 bulan, hingga tahap maladaptif dan inkonsisten dengan level perkembangan:

Hyperactivity

- a. Kerap menggerakkan (*fidgets*) tangan atau kaki, atau gelisah ketika duduk
- b. Kerap meninggalkan tempat duduk di kelas ataupun di situasi lain, yang mengharuskan ia duduk di kursi
- c. Kerap berlarian atau memanjat, dalam situasi yang tidak membolehkan (pada remaja atau usia yang lebih dewasa, kemungkinan hanya perasaan gelisah dan ingin bergerak)
- d. Kerap mengalami kesulitan untuk bermain dengan tenang, atau berada dalam situasi santai dengan tenang
- e. Kerap tampak “selalu siap bergerak” atau tampak tidak pernah lelah
- f. Kerap berbicara berlebihan (*excessively*)

Impulsivity

- g. Kerap memotong pertanyaan/pembicaraan
  - h. Kerap kesulitan dalam menunggu giliran
  - i. Kerap menyela dalam pembicaraan ataupun permainan
3. Beberapa gejala *hyperactive-impulsive* atau *inattentive* dapat muncul sebelum usia 7 tahun. Beberapa gejala tersebut muncul

- dalam dua/lebih situasi (misal di sekolah dan di rumah)
- 4. Ada bukti yang jelas/secara klinis akan kegagalan dalam fungsi sosial, akademik, maupun pekerjaan
- 5. Gejala-gejala tersebut tidak muncul dikarenakan ia mengalami *Pervasive Developmental Disorder*, *Schizophrenia*, ataupun gangguan psikotik lainnya, serta tidak termasuk dalam diagnosis gangguan lainnya (seperti *Mood Disorder*, *Anxiety Disorder*, *Dissociative Disorder*, atau *Personality Disorder*).

Disebutkan pula dalam DSM IV-TR, bahwa diagnosis ADHD akan sulit ditegakkan ketika anak masih balita, karena kecenderungan balita untuk terus bergerak, memantapkan ketrampilan motorik mereka, yang mirip dengan gejala-gejala ADHD. Meski dalam hal perhatian (*inattention*), gejala-gejalanya mungkin sudah mulai tampak sejak usia 2-3 tahun. Gejala terkait impulsivitas, cenderung mempengaruhi hubungan dalam keluarga, interpersonal, dan aturan-aturan dalam ranah edukasi. Usia paling tepat dalam upaya menegakkan diagnosis ADHD adalah masa usia sekolah dasar.

Sementara itu pada anak retardasi mental, diagnosis penyerta ADHD harus ditegakkan hanya jika gejala-gejala inatentif atau hiperaktivitas, tampak secara signifikan dilihat dari usia mental anak (DSM IV-TR). Hal ini berarti, bahwa dalam penilaian ADHD, haruslah sesuai dengan standar usia mental anak, bukan usia kronologisnya. Sehingga mengetahui usia mental anak, harus diketahui terlebih dahulu, melalui tes psikologi, sebelum menilai mengenai ADHD-nya.

Sugiarmim (2007) menyatakan, ciri utama individu dengan ADHD meliputi 3 hal berikut ini:

a. Gangguan pemusatan perhatian

Individu tampak sangat mudah teralihkan oleh rangsangan yang diterima oleh alat inderanya, ataupun oleh perasaan yang timbul pada saat itu. Dengan demikian, mereka hanya mampu mempertahankan suatu aktivitas atau tugas dalam jangka waktu yang pendek, sehingga akan mempengaruhi proses penerimaan informasi dari lingkungannya.

b. Gangguan pengendalian diri

Gangguan ini tampak dalam bentuk tindakan yang tidak disertai pemikiran. Mereka dikuasai oleh perasaannya sehingga sangat cepat bereaksi. Sulit menentukan prioritas kegiatan, sulit dalam mempertimbangkan atau memikirkan terlebih dahulu perilaku apa yang akan ditampilkannya. Hal ini biasanya berdampak tidak hanya pada individu, namun juga lingkungan sekitarnya

c. Gangguan aktivitas yang berlebihan

Hal ini dapat tampak sejak bayi, dengan banyaknya gerakan dan sulit untuk ditenangkan. Jika dibandingkan dengan individu yang aktif tapi produktif, perilaku hiperaktif tampak tidak bertujuan. Mereka tidak mampu mengontrol dan melakukan koordinasi dalam aktivitas motoriknya, sehingga tidak dapat dibedakan gerakan yang penting dan tidak penting. Mereka dapat menampilkan gerakan-gerakan tersebut terus-menerus tanpa lelah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya ADHD, disebutkan oleh Baihaqi & Sugiarmun (2014), antara lain:

1. Faktor genetika

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mencari apakah ADHD merupakan kondisi yang diturunkan melalui genetika. Dikatakan bahwa ada keterkaitan antara ADHD dan salah satu jenis gen reseptor *dopamine*, yaitu DRD4 (*seven-repeat form*). Aktivitas *dopaminergik* yang menurun, sangat berpengaruh dalam memunculkan

simtom-simtom perilaku ADHD. Ditemukan pula bahwa jika orang tua mengalami ADHD, anak-anaknya memiliki resiko ADHD sebesar 60%. Demikian pula studi pada anak kembar, menyajikan bahwa apabila salah satu anak mengalami ADHD, maka 70-80% saudara kembarnya pun mengalami ADHD.

2. Faktor neurobiologis

Studi *neuroimaging* (visualisasi otak) dengan menggunakan MRI, menemukan bahwa anak dengan ADHD memiliki korteks *prefrontal* kanan yang lebih kecil dibandingkan anak non-ADHD, serta abnormalitas struktural dalam berbagai bagian dalam *basal ganglia*. Pada pasangan kembar identik, dimana hanya salah satu yang mengalami ADHD, ketidaknormalan struktur otak ini hanya tampak pada anak yang mengalami ADHD.

3. Diet, alergi, dan zat timah

Penelitian yang dilakukan pada tahun 1994 dan 2001, menemukan bahwa gula bukanlah penyebab munculnya hiperaktivitas. Begitu pula dengan zat-zat yang ditambahkan dalam masakan, maupun adanya paparan dari zat timah, tidak besar pengaruhnya terhadap hiperaktivitas.

4. Faktor pre-natal

Tidak ditemukan hubungan langsung antara kondisi ibu selama hamil, dengan munculnya ADHD pada bayi. Namun asupan gizi dan kondisi ibu selama hamil, jelas akan mempengaruhi perkembangan janin, baik sistem neurologis, jaringan otak, hingga kondisi fisik.

Dari paparan mengenai penegakkan diagnosis, karakteristik dan faktor penyebab terjadinya retardasi mental dan ADHD, penelitian ini ingin menyajikan gambaran anak yang mengalami retardasi mental, dan disertai dengan kondisi ADHD. Bagaimanakah perilaku mereka, dalam keseharian di lingkungan rumah maupun di sekolah.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan metode studi kasus deskriptif. Studi kasus deskriptif akan mampu menggambarkan topik penelitian yang diangkat, bahkan dapat pula digeneralisasikan, apabila peneliti mampu menggali data dengan detail dan akurat (Yin, 2004).

Desain multikasus holistik digunakan dalam penelitian ini, dengan beberapa pertimbangan. Kasus yang diangkat, relatif mudah ditemukan, meski tidak berlimpah. Hal ini memungkinkan untuk digunakan lebih dari 1 kasus, dengan fokus pada satu kesatuan masalah (Yin, 2004). Selain itu, dengan multikasus, diharapkan mampu menyajikan deskripsi kasus yang lebih kuat.

Unit analisis atau subyek penelitian adalah anak yang terdiagnosis mengalami retardasi mental dan disertai ADHD. Penegakkan diagnosis retardasi mental dan penegakkan diagnosis ADHD, adalah dengan menggunakan berdasarkan DSM-IV TR.

Pemilihan subyek penelitian dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Yaitu menentukan sampel dengan pertimbangan tertentu, sesuai dengan kriteria tertentu, agar sampel yang diambil layak untuk dijadikan subyek penelitian (Sugiyono, 2002). Kriteria subyek penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Subyek masih bersekolah
- b. Memenuhi karakteristik penegakkan diagnosis retardasi mental dan ADHD berdasarkan DSM-TR IV
- c. Orang tua/wali dari anak tersebut, bersedia menjadi bagian dari penelitian ini.

Penelitian ini menggunakan dua subyek. Satu subyek laki-laki usia 11 tahun 7 bulan, dan satu subyek laki-laki usia 13 tahun 8 bulan. Keduanya bersekolah di SLB, dan memenuhi kriteria penentuan subyek penelitian.

Dalam penelitian ini, diperlukan adanya *significant other* dari subyek, yaitu individu di sekitar subyek penelitian, yang mengetahui kondisi nyata subyek. Karakteristik *significant other* yang diperlukan dalam penelitian ini adalah:

- a. Orang tua atau keluarga dekat subyek, yang turut mengasuh/tinggal serumah dengan subyek.
- b. Guru sekolah subyek, terutama guru yang sedang/pernah mendampingi subyek selama di sekolah.
- c. Bersedia menjadi bagian dari penelitian ini.

### *Teknik pengumpulan data*

Penelitian ini menggunakan beberapa teknik pengumpulan data, antara lain:

- a. Wawancara dengan pedoman umum  
Peneliti memiliki pedoman wawancara, yang mencantumkan hal-hal yang harus diperoleh tanpa menentukan urutan pertanyaan maupun bentuk pertanyaan eksplisit. Pedoman wawancara digunakan untuk mengingatkan peneliti mengenai aspek-aspek yang harus dibahas, serta sebagai daftar pengecek (*checklist*) sudahkah aspek-aspek relevan tersebut dibahas/ditanyakan (Poerwandari, 2001). Wawancara dapat dilakukan sekali hingga beberapa kali, kepada subyek dan *significant others*.
- b. Observasi

Observasi langsung, yang dilakukan bersamaan dengan proses wawancara, maupun selama kunjungan lapangan, memungkinkan peneliti memperoleh informasi yang berharga (Yin, 2004). Observasi dilakukan pada seting alamiah subyek, di rumah dan di sekolah. Selain itu observasi juga dilakukan pada saat peneliti melakukan tes psikologi. Kuesioner Asesmen GPP/GPPH, yang pengisiannya melalui observasi, juga digunakan sebagai sumber data tambahan dalam penegakkan diagnosis ADHD.

c. Rekaman arsip

Beberapa contoh arsip yang digunakan sebagai sumber informasi, adalah rapor sekolah (akademik) dan catatan/rekam medis.

d. Tes psikologi

Tes psikologi yang digunakan adalah Stanford-Binet form LM, untuk melihat skor IQ dan usia mental subyek.

### ***Teknik analisis data***

Penelitian ini menggunakan teknik analisis penjadwalan pola (*pattern matching*). Pada studi kasus deskriptif, teknik *pattern matching* akan relevan dengan pola variabel-variabel spesifik yang diprediksi dan ditentukan sebelum pengumpulan datanya (Yin, 2004). Dalam penelitian ini, variabel yang dimaksud adalah anak dengan retardasi mental yang mengalami ADHD. Peneliti tentu harus jeli dalam menangkap karakteristik spesifik dari anak retardasi mental, dan karakteristik spesifik dari anak dengan ADHD, untuk kemudian menyajikan kekhasan dari kondisi anak yang mengalami retardasi mental dan ADHD.

### ***Kredibilitas dan Dependabilitas***

Kredibilitas penelitian kualitatif diraih dengan melakukan triangulasi. Triangulasi mengacu pada upaya mengambil sumber-sumber data yang berbeda untuk menjelaskan suatu hal tertentu (Patton dalam Poerwandari, 2001). Penelitian ini memenuhi kriteria triangulasi:

- a. Data, yaitu dengan menggali data pada sumber utama (subyek) dan *significant others*.

- b. Metodologis, yang dilakukan melalui wawancara, observasi, rekaman arsip, dan tes psikologi.

Dependabilitas penelitian kualitatif dapat diperoleh melalui koherensi, keterbukaan, dan diskursus (Sarantakos dalam Poerwandari, 2001). Dependabilitas dalam penelitian ini diperoleh melalui:

- a. Koherensi, peneliti mampu memperoleh data yang dibutuhkan melalui beragam metode pengumpulan data.
- b. Keterbukaan, peneliti membuka diri dengan memanfaatkan beragam metode yang berbeda untuk mencapai tujuan.
- c. Diskursus, peneliti berdiskusi dengan praktisi maupun akademisi yang menguasai topik penelitian.

Kredibilitas dan dependabilitas merupakan istilah yang digunakan dalam penelitian kualitatif, yang setara dengan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kuantitatif. Meski demikian, validitas dan reliabilitas dari penelitian ini diperoleh melalui:

- a. Penggunaan multisumber bukti, dengan prosedur yang sesuai, dalam pengumpulan data
- b. Penggunaan teknik pola penjadwalan, untuk analisis data
- c. Penggunaan desain multikasus holistik.

## **3. HASIL DAN PEMBAHASAN**

### ***Hasil Penelitian***

Berikut ini disajikan data Subyek penelitian beserta hasil tes psikologi, observasi kuesioner asesmen, serta penegakkan diagnosis nya:

Tabel 1. Hasil Tes Psikologi dan Observasi

Hasil	Subyek 1	Subyek 2
<i>Chronological Age</i>	11 tahun 7 bulan	13 tahun 8 bulan
<i>Mental Age</i>	6 tahun	7 tahun
<i>IQ</i>	48	50
Ketrampilan Adaptif terdampak:	Bina diri, ketrampilan sosial, akses terhadap sarana lingkungan, akademik fungsional	Ketrampilan sosial, akses terhadap sarana lingkungan, akademik fungsional
Kuesioner Asesmen GPP/GPPH:		
GPP (0-27)	18	22
GPPH (0-27)	20	23
Total	38	45
Diagnosis	Retardasi Mental Sedang & ADHD	Retardasi Mental Sedang & ADHD

Kedua subyek dalam penelitian ini, memiliki usia mental di bawah usia kronologisnya. Skor IQ keduanya juga berada dalam rentang yang sama, dengan keterbatasan pada lebih dari 2 area ketrampilan adaptif. Kuesioner GPP/GPPH (Gangguan Pemusatan Perhatian/Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas) sebagai data pendukung dalam skrining ADHD, menghasilkan skor tinggi di GPP dan GPPH. Hal ini menunjukkan bahwa kedua subyek termasuk anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (ADHD). Diagnosis yang ditegakkan pada kedua subyek, berdasarkan DSM IV-TR adalah Retardasi Mental Sedang, disertai dengan ADHD. Sehingga secara umum, kondisi kedua Subyek adalah setara.

### **Pembahasan**

Kedua Subyek penelitian memiliki usia belasan tahun, dengan usia mental setara dengan usia anak sekolah dasar di kelas 1. Hal ini sesuai dengan karakteristik retardasi mental kategori sedang, menurut DSM IV-TR, yang menyatakan kemampuan akademik anak retardasi mental kategori ini, akan berada pada kisaran kelas 2 sekolah dasar. Mereka mengenal alfabet, mampu membaca kata-kata dan kalimat pendek yang terdiri dari 3-5 kata, ataupun

pertanyaan sederhana. Mereka mengalami kesulitan dalam membaca sebuah paragraf cerita. Perlu pendampingan oleh guru kelas, untuk mereka mampu membaca 1 paragraf. Pun demikian, mereka tidak mampu memahami paragraf yang baru selesai mereka baca. Subyek 2 cukup mampu memusatkan perhatian untuk belajar di rumah, dengan dibimbing oleh kakak ketiganya, meski hanya 5-10 menit. Begitupula pada Subyek 1, jika dibimbing belajar oleh Ibunya di rumah. Ia cukup mampu memperhatikan dan tetap belajar, meski dalam waktu yang relatif singkat. Tantangan cenderung dirasakan oleh guru di sekolah, yang menangani antara 5-7 siswa dalam kelas, dengan 2 hingga 3 kondisi gangguan yang berbeda. Banyaknya rangsang eksternal, membuat kedua subyek penelitian cenderung sulit belajar di kelas, bahkan tidak jarang malah mengganggu teman sekelasnya. Kedua subyek pun cukup sering keluar kelas, berjalan ke seluruh sekolah, tanpa tujuan. Terkadang ke ruang guru, ke arah orang tua siswa yang menunggu, lapangan, ataupun sekedar duduk di luar kelas sejenak lalu berjalan-jalan lagi.

Kedua subyek penelitian cukup mampu berkomunikasi. Tidak ada gangguan artikulasi, sehingga mudah bagi peneliti dan orang di sekitarnya,

untuk memahami apa yang mereka ucapkan. Hanya untuk Subyek 1, berbicaranya cukup cepat dan seringkali dengan tidak menatap lawan bicaranya. Sehingga terkadang agak sulit menangkap apa yang ia katakan, terutama jika volume suaranya agak lirih. Berkomunikasi dengan mereka, juga memiliki kendala ataupun tantangan tertentu. Seringkali mereka memotong pertanyaan, bahkan terkadang memotong pertanyaan bukan dengan jawaban, melainkan mereka membicarakan mengenai hal lain. Menurut peneliti, cenderung lebih mudah berkomunikasi dengan mereka, ketika interaksi dilakukan hanya berdua tanpa kehadiran orang lain, pada pagi hari, setelah mereka puas bermain, atau setelah mereka beristirahat siang.

Subyek satu sangat menyenangkan bersepeda di sekitar rumahnya. Meski ibunya agak khawatir, karena subyek bersepeda selalu kencang, namun menurut ibunya lebih baik ia dibiarkan bersepeda. Selain dapat menyalurkan energinya, menurut ibunya, setelah puas bersepeda Subyek cenderung lebih mudah diajak berkomunikasi dan diajak belajar. Demikian pula dengan Subyek 2 yang senang dengan bermain badminton dan drumband. Di sekolah terdapat 1 hari olahraga, yaitu hari Jumat. Menurut gurunya, Subyek 2 sangat menyenangkan hari Jumat, ia tidak pernah absen pada hari Jumat. Ia senang memukul drum dan bermain badminton. Untuk drumband, Subyek belum mampu memainkan aransemen lagu secara utuh. Namun untuk badminton, ia cukup memahami aturan sederhana, seperti bola masuk atau keluar, walaupun tidak bisa menyelesaikan 1 set permainan.

Area komunikasi yang terhambat, untuk kedua Subyek, adalah pada komunikasi tertulis. Keduanya mampu menulis, namun dalam bentuk jawaban dari pertanyaan ataupun kalimat sederhana (seperti "saya suka bermain"). Jika diminta menuliskan apa yang ia

rasakan, maka mereka hanya akan menuliskan 1 kata (semisal "senang"). Tulisan mereka pun cenderung tidak rapi, ukurannya cenderung besar. Mereka tidak mampu menulis di antara garis buku tulis standar, seperti layaknya anak usia 11 dan 13 tahun. Dan jarak antar baris pun lebar. Begitupula ketika menulis angka, tidak jarang angka yang ditulis melebihi garis. Menurut gurunya, lebih baik mereka menulis di buku tulis bergaris standar, daripada di kertas kosong yang tidak ada garisnya. Karena bisa jadi tulisannya malah lebih besar lagi, dan bagian kertas lainnya dicoret-coret.

Dalam hal ketrampilan sosial, kedua Subyek menampilkan karakteristik yang serupa. Subyek 1 cenderung lekat pada ibunya, tidak memiliki teman bermain, hanya bisa bermain bersama-sama anak-anak lain di lingkungan rumahnya maupun di sekolah. Kelekatan Subyek dengan Ibu, mungkin karena ibunya adalah ibu rumah tangga dan ia tidak memiliki saudara. Di rumah, Subyek tinggal dengan ayahnya yang PNS, ibunya, serta nenek (ibu dari ibu). ibunya sering mendampingi Subyek jika akan bermain bersama dengan anak-anak lain di sekitar rumah. Hal ini dilakukan karena ibunya khawatir, Subyek tidak mampu mengontrol perilaku ataupun emosinya, hingga menyakiti anak lain. Subyek 2 cenderung lekat pada kakak ketiganya, tidak memiliki teman bermain, hanya dapat bermain bersama sesama siswa lainnya di sekolah, namun tidak di lingkungan rumahnya. Subyek 2 cenderung dijauhi, tidak pernah diajak bermain bersama oleh anak-anak lain di lingkungan rumahnya. Menurut kakaknya, hal ini karena Subyek kerap kasar dalam bermain, sehingga anak-anak sekitar tidak nyaman bermain bersamanya. Padahal hal ini mungkin saja karena ketidakmampuan Subyek 2 mengendalikan gerakannya, ataupun energi yang berlebihan, karena ADHD-nya. Kelekatan Subyek 2 dengan kakak

ketiganya, mungkin karena saudara yang terdekat (subyek adalah anak ke-4 dari 5 bersaudara), yang cukup telaten mendampingi Subyek, termasuk mengantarkan Subyek sekolah. Kedua orangtua Subyek bekerja, sehingga praktis sepulang sekolah, Subyek berdua dengan adiknya di rumah, hingga kakak kedua dan ketiganya pulang sekolah.

Kedua Subyek penelitian tampak cukup memahami mengenai perbedaan jenis kelamin. Subyek 1 bisa mengatakan seorang perempuan itu cantik atau tidak, dengan *gesture* yang mendukung. Sementara Subyek 2 tampak kurang tertarik berinteraksi dengan perempuan, menurutnya karena tidak bisa diajak lari-larian dan cengeng.

Sementara itu, hambatan dalam akses terhadap sarana lingkungan, sama-sama dialami oleh kedua Subyek penelitian. Subyek 1 masih diantar-jemput ibunya untuk sekolah, terkadang bahkan ditunggu ibunya di sekolah. Subyek 2 berangkat sekolah diantar kakak ketiganya, dan dijemput ojek langganan setiap pulang sekolah. Hal ini bisa jadi keluarga yang khawatir apabila kedua Subyek berangkat-pulang sekolah sendirian, dengan naik kendaraan umum. Jarak rumah dengan sekolah memang harus ditempuh dengan kendaraan umum ataupun kendaraan pribadi. Sementara di lingkungan rumah, kedua Subyek diperbolehkan untuk pergi ke warung untuk membeli jajan ataupun membelikan keperluan rumah tangga. Meski demikian, nenek Subyek 1 masih kerap menemani subyek untuk ke warung, agar tidak membeli macam-macam jajan dan segera pulang ke rumah. Sementara Subyek 2 lebih cenderung dibiarkan, meski terkadang pulang dari warung tidak langsung pulang ke rumah. Bahkan tidak jarang ia ke warung tanpa membawa uang ataupun pamit, sehingga berhutang untuk pembelian jajannya.

Perbedaan ketrampilan adaptif diantara dua subyek penelitian, terletak

pada penguasaan ketrampilan bina diri (*self-care*). Orang tua Subyek 2 sudah membiasakan anak-anaknya untuk membersihkan diri (mandi, buang air besar) dan makan sendiri. Meski demikian, Subyek 2 ketika makan, cenderung berceceran terutama makanan yang berkuah. Menurut kakaknya, ia termasuk jarang makan siang meski tersedia masakan di meja makan. Ia lebih suka jajan, roti ataupun camilan (*snack*). Demikian pula dalam berpakaian, Subyek 2 biasa berpakaian sendiri, tapi tidak rapi. Sementara Subyek 1, ibunya masih memandikan dan membersihkan Subyek setelah buang air besar, karena menurut ibunya kalau subyek melakukan sendiri, hasilnya kurang bersih. Sementara untuk makan, Subyek 1 sudah dibiasakan makan sendiri, meski juga berceceran dan lama. Jarang sekali subyek bisa duduk diam untuk makan. Ia selalu makan diselingi dengan aktivitas lainnya, baik itu keluar rumah, ke kamar/ ruangan lain di rumah, mainan, dan lain sebagainya. Jika Subyek makan di luar rumah, ia bisa duduk makan 3-4 suap, sebelum berlari ke arah depan rumah, dan harus dipanggil ibu atau neneknya untuk meneruskan makannya. Untuk berpakaian, Subyek 1 sudah dibiasakan untuk berpakaian sendiri, dengan dibantu jika ia meminta bantuan.

Gambaran perilaku kedua Subyek penelitian tampak sesuai dengan karakteristik ADHD yang diungkapkan oleh Sugiarmid (2007), yaitu mudah teralihkan oleh rangsang eksternal, sulitnya mengendalikan diri sehingga cenderung reaktif, dan aktivitas berlebihan yang seperti tidak kenal lelah dan tanpa tujuan. Bagi guru kelas, mengajar mereka memiliki tantangan tersendiri. Utamanya karena mereka dibatasi dengan waktu/jam sekolah dan harapan keluarga, agar anaknya mampu menguasai ketrampilan akademik. Selain itu kurang idealnya rasio guru – murid, juga menyulitkan guru. Guru kelas yang menangani kedua subyek penelitian,

cenderung memaklumi apabila subyek menghentikan aktivitas belajarnya, tiba-tiba keluar kelas, selama tidak mengganggu siswa sekelasnya. Apabila Subyek mulai mengganggu teman sekelasnya, guru biasanya mengambil tindakan menyarankan subyek untuk istirahat di luar kelas dan membiasakan subyek untuk meminta maaf kepada temannya. Subyek 1 cenderung lebih kooperatif, mau meminta maaf. Namun Subyek 2 masih kerap tidak menghiraukan permintaan gurunya untuk minta maaf, dan langsung keluar kelas.

Ibu dari Subyek 1, sempat bekerja paruh waktu sebelum suaminya diangkat menjadi PNS. Namun memutuskan untuk total menjadi ibu rumah tangga, karena ingin fokus mendampingi Subyek, dengan harapan ada perubahan perilaku yang lebih baik dibandingkan jika hanya menyerahkan pada sekolah. Ibu subyek memahami kondisi di kelas subyek, sehingga tidak menetapkan standar yang terlalu tinggi pada sekolah. Baginya yang terpenting anaknya bisa membaca, menulis, berhitung, mengenal uang, dan berinteraksi dengan sebayanya. Sementara keterlambatan di area ketrampilan adaptif lainnya, akan berusaha ia kejar di rumah. Bagi ibu Subyek 1, penting bagi subyek untuk bisa bersosialisasi dan berinteraksi dengan baik, dengan orang-orang di sekitarnya, mau beribadah dan diajari untuk mengaji. Yang masih ingin ditingkatkan adalah ketrampilan bina dirinya, terutama bersih diri.

Ayah Subyek 2 cenderung kurang memberi perhatian yang lebih pada kebutuhan subyek. Sementara ibu Subyek 2, cenderung lebih tegas dalam membiasakan subyek untuk bisa mengurus diri sendiri. Namun keterbatasan waktu, membuat ibu cenderung kurang sabar dalam upaya pembiasaan tersebut. Dari ketiga kakaknya, yang telaten dan tampak cukup cekatan mendampingi Subyek, adalah kakak ketiganya. Meski demikian,

ia pun masih sekolah di SMP dan memiliki aktivitas sendiri. Sehingga pengawasan akan asupan nutrisi maupun bimbingan terkait perilaku yang lebih baik, relatif sulit dilakukan.

#### **4. KESIMPULAN**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 2 (dua) subyek yang mengalami retardasi mental disertai dengan ADHD, dapat disimpulkan perlunya kerjasama yang selaras antara keluarga di rumah dan pengajar di sekolah, untuk penanganan mereka. Keterbatasan kemampuan kognitif mereka, ditambah dengan gangguan ADHD (impulsivitas, hiperaktivitas, dan rendahnya rentang perhatian), memunculkan tantangan tersendiri dalam upaya mengajarkan ketrampilan adaptif, khususnya area akademik mereka.

Keluarga harus memahami dan menerima bahwa secara kognitif, anak-anak mereka memiliki keterbatasan dalam penguasaan akademik. Kondisi ADHD juga berperan dalam kesulitan mengajari mereka, karena dorongan untuk terus bergerak, mengharuskan guru menyesuaikan program maupun teknik pengajarannya. Akan lebih baik, jika keluarga (dibantu oleh guru sekolah) menemukan potensi diri masing-masing subyek, dan berupaya mengembangkan potensi tersebut.

Aktivitas fisik, tampak cukup membantu dalam penyaluran energi mereka yang seperti tidak ada habisnya. Subyek 1 mungkin cukup diberikan waktu setiap harinya untuk beraktivitas fisik yang tidak membahayakan, seperti berlarian atau bersepeda di sekitar rumah. Subyek 2 mungkin bisa diarahkan untuk aktivitas berolahraga, perlahan diajari untuk mampu menyelesaikan 1 set pertandingan badminton. Ketika energi mereka tersalurkan, tampaknya lebih mudah untuk berkomunikasi dan mengajari mereka, meski masih dalam batasan waktu yang relatif singkat juga.

Konsistensi dan pemberian contoh perilaku baik (seperti minta tolong, minta maaf dan mengucapkan terima kasih), juga perlu selaras antara keluarga di rumah dengan guru di sekolah. Kesulitan mereka dalam mengontrol perilaku maupun emosi, memunculkan tantangan pula dalam pembiasaan perilaku baik ini. Namun hal ini tetap perlu diupayakan, karena diperlukan ketrampilan sosial ini dalam kehidupan mereka ke depannya.

## 5. REFERENSI

- Ahuja A., Martin J., Langley K., Thapar A. 2013. Intellectual Disability in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Pediatric*. 163(3): 890-895.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington DC: APA.
- Baihaqi, MIF., & Sugiarmn, M. 2014. *Memahami dan Membantu Anak ADHD*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Baroff, G. 1974. *Mental Retardation: nature, cause, and management*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hardman, M.L., Drew, C.J., & Egan, M.W. 2002. *Human Exceptionality. Society, School, and Family. Seventh Edition*. Massachusetts, USA: Pearson Education Company.
- Poerwandari, Kristi. 2001. *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3).
- Sugiarmn, M. 2007. *PLB: Bahan Ajar Anak Dengan ADHD*, (online), [http://fil.upi.edu/Direktori/FIP/JUR.\\_PEND.\\_LUAR\\_BIASA/195405271987031-MOHAMAD\\_SUGIARMIN/ADHD.pdf](http://fil.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND._LUAR_BIASA/195405271987031-MOHAMAD_SUGIARMIN/ADHD.pdf) Diakses 21 Januari 2017.
- Yin, R.K. 2002. *Case Study Research Design and Method*. Jakarta: Rajawali Press.