

ADHD in Children: Early Detections, Diagnosis, and Clinical Management

Nihal Ahmad Muharis^{1*} & Lale Justin Amelinda Elizar¹

¹Medical Education Study Program, Faculty of Medicine and Health Science, University of Mataram, Mataram, Indonesia;

Article History

Received : August 08th, 2025

Revised : August 28th, 2025

Accepted : September 06th, 2025

*Corresponding Author: **Nihal Ahmad Muharis**, Medical Education Study Program, Faculty of Medicine and Health Science, University of Mataram, Mataram, Indonesia;
Email: nihalahmadmuharis@gmail.com

Abstract: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder in children, characterized by symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity that significantly impact academic, social, and emotional functioning. This article is a literature review aimed at analyzing the early detection, diagnosis, and clinical management of ADHD in children. Literature sources were obtained from scientific publications from the last 5-10 years. In children with ADHD, detection results often show difficulty maintaining attention, regulating activities, and tendencies towards impulsivity and hyperactivity, such as being unable to sit still or interrupting conversations, which are often seen in academic and social contexts. A diagnosis of ADHD is made when a child exhibits at least six signs of inattention and/or hyperactivity-impulsivity for six months or more, which occur in more than one environment, and negatively impact academic performance and social interactions. Assessment includes interviews with the child and parents, and the use of standardized questionnaires such as the Conners Rating Scale or the ADHD Rating Scale IV. Information from teachers or caregivers is invaluable because a child's behavior can vary depending on the situation and environment. Active collaboration between families, schools, and medical personnel, to support children's self-regulation, executive function, and social skills, thus enabling the achievement of optimal developmental potential.

Keywords: ADHD, children, neurodevelopmental disorders, hyperactivity, inattention, multidisciplinary management.

Pendahuluan

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) merupakan salah satu gangguan neurodevelopmental yang paling umum terjadi pada anak-anak. Gangguan ini ditandai dengan pola perilaku inatensi, hiperaktivitas, dan impulsivitas yang menetap dan mengganggu fungsi perkembangan anak dalam konteks sosial, akademik, dan keluarga. ADHD bukan hanya tantangan bagi anak yang mengalaminya, tetapi juga bagi keluarga, pendidik, dan sistem layanan kesehatan karena gangguan ini dapat berlangsung hingga masa remaja bahkan dewasa (Kosheleff et al., 2023).

Secara global, ditemukan bahwa 7,6% anak-anak di bawah usia 12 tahun memiliki

ADHD, sementara pada remaja berusia 12-18 tahun, angka tersebut adalah 5,6% (Sadida et al., 2024). Hingga saat ini, belum terdapat data yang komprehensif yang menunjukkan prevalensi ADHD yang terjadi di Indonesia (Setiawati, 2024).

ADHD memiliki etiologi yang kompleks dan multifaktorial yang melibatkan aspek genetik, neurobiologis, serta lingkungan prenatal dan pascanatal. Faktor risiko seperti riwayat keluarga dengan ADHD, kelahiran prematur, paparan terhadap zat berbahaya selama kehamilan, serta disfungsi dalam pengasuhan, dapat meningkatkan kemungkinan seorang anak mengalami gangguan ini (Wijaya & Kurniawan, 2025).

Penegakan diagnosis ADHD sering kali tidak mudah, karena gejala-gejala yang ditunjukkan dapat menyerupai atau tumpang tindih dengan gangguan perkembangan atau perilaku lainnya (Randle et al., 2025). Oleh karena itu, dibutuhkan pendekatan evaluasi yang menyeluruh dan kolaboratif, melibatkan orang tua, guru, dan tenaga kesehatan mental. Setelah diagnosis ditegakkan, penanganan ADHD memerlukan intervensi multidisipliner, baik melalui terapi farmakologis seperti pemberian stimulan, maupun terapi non-farmakologis seperti pelatihan perilaku, modifikasi lingkungan belajar, dan dukungan psikososial (Cortese et al., 2018).

Beberapa penelitian terdahulu membahas mengenai ADHD di Indonesia seperti penelitian yang dilakukan oleh Amalia (2018) mengenai penerapan terapi kognitif-perilaku dan Alderian Play Therapy pada anak usia dini dengan gangguan ADHD. Selain itu, terdapat juga penelitian yang mengkaji kontribusi faktor genetic dan lingkungan terhadap ADHD (N.H & Setiawati, 2017) dan gambaran demografi anak ADHD (Prasaja et al., 2023). Namun, hingga saat ini belum terdapat penelitian yang mengulas deteksi awal, diagnosa, dan manajemen klinis penyakit ADHD pada anak secara komprehensif. Tinjauan pustaka ini disusun untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai ADHD pada anak dari berbagai aspek, mulai dari definisi dan klasifikasi, prevalensi, etiologi, hingga strategi diagnosis dan penanganan. Diharapkan artikel ini dapat menjadi referensi bagi tenaga pendidik, praktisi kesehatan, dan peneliti dalam memahami serta menangani ADHD secara lebih efektif dan berkelanjutan.

Bahan dan Metode

Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan *narrative review* dimana literature yang diperoleh digunakan untuk merangkum, membandingkan, dan menganalisis hasil temuan-temuan penelitian yang telah ada. Sumber literatur diperoleh berdasarkan pencarian sistematis melalui *Google Scholar*, *PubMed*, *Elsevier*, dan situs-situs jurnal bereputasi lainnya. Adapun kata kunci yang digunakan ialah kata kunci yang berkaitan dengan topik kajian pustaka seperti *ADHD in*

children, ADHD pada anak, *Early Detection of ADHD*, Diagnosa ADHD, dan kata-kata kunci lain yang dianggap relevan. Artikel dipilih berdasarkan kriteria inklusi yakni berada dalam rentang publikasi 5-10 tahun terakhir, berbahasa Inggris atau Indonesia, tersedia dalam bentuk *full-text* yang bisa diunduh. Artikel yang hanya berupa abstrak, laporan non-akademik, dan meneliti subjek diluar anak, termasuk kedalam kriteria eksklusi dan tidak diikutsertakan sebagai sumber literatur. Telaah pustaka dijalankan melalui tahapan-tahapan berikut: penemuan literatur, seleksi berdasarkan judul dan ringkasan, penilaian kesesuaian menggunakan kriteria tertentu, dan kajian isi artikel. Data dianalisis dengan mengelompokkan hasil penelitian ke dalam topik-topik pokok, meliputi perwujudan gejala, cara deteksi awal, langkah-langkah diagnosis, serta penanganan klinis, untuk menghasilkan kesimpulan menyeluruh tentang ADHD pada anak.

Hasil dan Pembahasan

Definisi

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) merupakan salah satu gangguan neurodevelopmental yang paling umum terjadi pada anak-anak. Gangguan ini ditandai dengan pola perilaku inatensi, hiperaktivitas, dan impulsivitas yang menetap dan mengganggu fungsi perkembangan anak dalam konteks sosial, akademik, dan keluarga (Nurfadhillah et al., 2021).

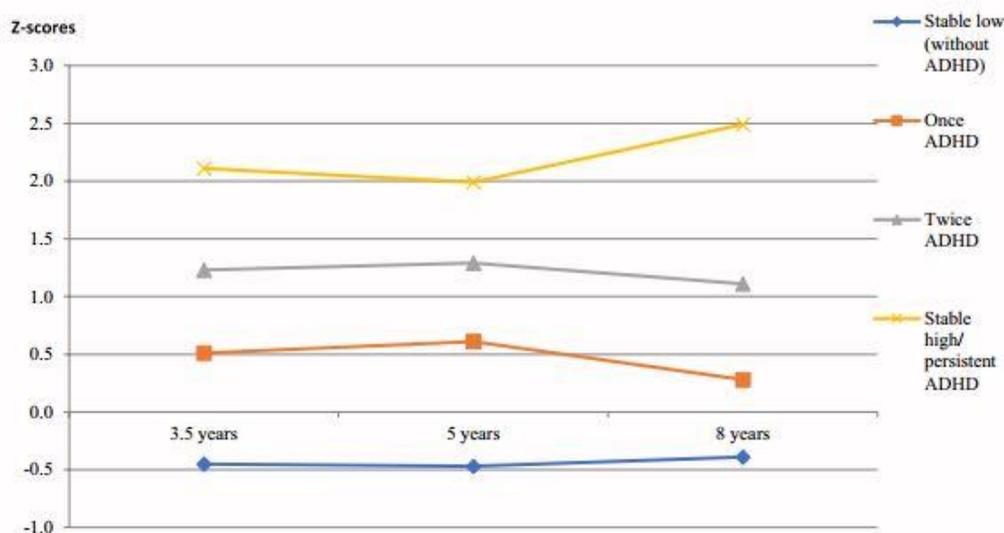
Deteksi Dini ADHD

Mendeteksi ADHD sejak awal sangatlah penting untuk menghindari masalah jangka panjang dalam kehidupan sosial, pendidikan, dan kesehatan mental anak. Biasanya, gejala gangguan ini mulai muncul sebelum anak berusia 12 tahun, dan bahkan beberapa anak sudah memperlihatkan tanda-tandanya saat masih pra-sekolah (APA, 2021). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tanda-tanda awal ADHD sering terlewatkan karena perilaku hiperaktif, impulsif, atau kurang fokus sering dianggap sebagai hal yang wajar pada masa pertumbuhan (Thapar et al., 2016).

Pengamatan terus-menerus dari orang tua, guru, dan professional kesehatan sangat

diperlukan untuk mendeteksi ADHD sedini mungkin. Beberapa perilaku yang bisa menjadi perhatian meliputi sulit fokus pada tugas atau permainan, seringkali tidak mematuhi perintah atau tidak menyelesaikan pekerjaan, seolah-olah tidak mendengarkan saat diajak bicara, kesulitan mengatur kegiatan sehari-hari, gelisah dan tidak bisa diam, sering berlari atau bergerak tanpa alasan yang jelas, serta bertindak tanpa berpikir seperti memotong pembicaraan orang lain atau tidak sabar menunggu giliran (Faraone et al., 2015; Danielson et al., 2018).

Mengidentifikasi ADHD sejak awal tidaklah mudah, sebab perilaku hiperaktif dan kurang fokus pada anak usia prasekolah seringkali mirip dengan tahapan perkembangan yang wajar. Studi longitudinal yang dilakukan oleh Overgaard et al., (2024) memperlihatkan bahwa penggunaan pemeriksaan berulang dengan *Child Behavior Checklist* (CBCL) yang dikemukakan oleh American Psychological Association, (2019) pada usia 3,5 dan 5 tahun dapat meningkatkan ketepatan diagnosis dibandingkan pemeriksaan tunggal, terutama dalam mengurangi kesalahan deteksi.



Gambar 1. Skor Hasil Deteksi Dini ADHD Pada Kelompok Anak Usia 3,5, 5, dan 8 Tahun. Sumber: Overgaard et al., (2024)

Sebanyak 707 anak yang diteliti, sebanyak 126 anak terdeteksi ADHD pada usia 3,5 tahun, 154 anak pada usia 5 tahun, dan 78 anak pada usia 8 tahun. Sebanyak 19 anak laki-laki diklasifikasikan dengan ADHD pada tiga usia tersebut, 74 orang dua kali, dan 120 orang hanya sekali. Hasil analisis pada gambar 2 menunjukkan adanya perbedaan dalam diskriminasi pada setiap batas nilai CBCL untuk skrining satu tahap dan dua tahap. Pada batas nilai 6, kedua metode skrining menunjukkan tingkat sensitivitas yang sangat tinggi (100%). Akan tetapi, skrining dua tahap berhasil mengurangi jumlah kasus positif palsu sebanyak 113 anak, sehingga meningkatkan spesifisitasnya. Ketika sensitivitas minimal 70% diperlukan, skrining satu tahap dengan batas nilai 9 memiliki kemungkinan tinggi untuk

mengidentifikasi anak-anak dengan ADHD persisten secara akurat (+LR = 7,29), meskipun terdapat 9 dari 30 anak yang terlewat dan 65 kasus positif palsu (PPV = 0,24).

Skrining dua tahap dengan batas nilai 8 menunjukkan keseimbangan terbaik secara keseluruhan, dengan sensitivitas yang memadai sebesar 73% (Sp = 94%), 8 kasus positif yang tidak terdeteksi, dan 41 kasus positif palsu (PPV = 0,35). Sebagai perbandingan, Nilai Prediktif Positif (PPV) pada batas nilai 8 dari skrining tunggal (pada usia 3,5 tahun) adalah 0,19. Pada batas nilai yang sama, hasil skrining tunggal pada usia 5 tahun juga menunjukkan nilai yang serupa (PPV = 0,19). Perbedaan akurasi skrining berdasarkan jenis kelamin hanya bersifat marginal dan tidak signifikan secara statistik.

Selain itu, penelitian Liu et al., (2024) yang dipublikasikan di *PLOS Digital Health* memperluas wawasan dengan menggunakan model prediksi yang memanfaatkan data administratif, laporan guru, dan informasi demografis untuk memperkirakan risiko ADHD sejak dini. Pendekatan berbasis pembelajaran mesin ini menunjukkan kemungkinan

pemanfaatan teknologi dalam sistem kesehatan untuk mendukung metode pemeriksaan tradisional. Oleh karena itu, kombinasi antara pemeriksaan berulang yang terstandar dan pendekatan prediktif berbasis data besar dapat saling memperkuat, sehingga meningkatkan akurasi dan efektivitas deteksi dini ADHD pada anak-anak.

CBCL threshold scores	TP	FP	FN	TN	Se (%)	Sp (%)	PPV	NPV	+LR (CI)	-LR(CI)
Single screening										
6	30	263	0	414	100	61	0.10	1.00	2.57 (2.34–2.83)	0.00
7	27	160	3	517	90	76	0.14	0.99	3.81 (3.18–4.56)	0.13 (0.04–0.38)
8	25	105	5	572	83	84	0.19	0.99	5.37 (4.24–6.82)	0.20 (0.09–0.44)
9	21	65	9	612	70	90	0.24	0.99	7.29 (5.25–10.13)	0.33 (0.19–0.57)
Two-stage screening										
6	30	150	0	527	100	78	0.17	1.00	4.51 (3.92–5.20)	0.00
7	25	78	5	599	83	88	0.24	0.99	7.23 (5.56–9.41)	0.19 (0.08–0.42)
8	22	41	8	636	73	94	0.35	0.99	12.11 (8.39–17.48)	0.28 (0.16–0.51)
9	15	24	15	653	50	96	0.38	0.98	14.10 (8.29–24.00)	0.52 (0.36–0.74)

Gambar 2. Nilai prediksi untuk berbagai ambang batas CBCL ketika melakukan skrining tunggal (pada usia 3,5 tahun) atau dua tahap (pada usia 3,5 dan 5 tahun) untuk mengidentifikasi kelompok ADHD persisten.

Sumber: Overgaard et al., (2024)

Kriteria Diagnostik DSM-5-TR (2021)

Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisikelimarevisi (DSM-5-TR) yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* diagnosis *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) ditegakkan jika ada setidaknya 6 gejala kurang perhatian dan/atau hiperaktivitas-impulsivitas yang berlangsung selama minimal enam bulan, dengan munculnya gejala sebelum usia 12 tahun. Gangguan ini juga harus terjadi di setidaknya dua lingkungan yang berbeda, seperti di rumah dan sekolah, serta terbukti menyebabkan kesulitan signifikan dalam fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan (Belsham et al., 2025). Penting untuk memastikan gejala tersebut tidak disebabkan oleh kondisi mental lainnya, yang memerlukan evaluasi mendalam.

Gambaran Klinis ADHD

ADHD dapat muncul dalam tiga bentuk: tipe kurang perhatian, tipe hiperaktif-impulsif, dan kombinasi keduanya. Bentuk-bentuk tersebut dapat berubah seiring pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga pemantauan

berkelanjutan penting dilakukan (S & Kumminimana, 2025). Diagnosis ADHD melibatkan serangkaian tahapan yang lengkap, termasuk wawancara diagnostik terstruktur dengan anak dan orang tua (contohnya menggunakan *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia/K-SADS*), penilaian dari guru atau pengasuh menggunakan formulir standar, dan evaluasi neuropsikologis untuk mengukur fungsi eksekutif, perhatian, kontrol impuls, dan memori (Cortese et al., 2018).

Pemeriksaan fisik dan neurologis diperlukan untuk mengesampingkan penyebab lain seperti masalah tiroid, epilepsi, gangguan tidur, atau efek samping obat-obatan. Salah satu tantangan dalam diagnosis ADHD adalah adanya kondisi lain yang memiliki gejala serupa, seperti gangguan spektrum autisme (ASD), gangguan kecemasan, gangguan belajar, gangguan suasana hati (seperti gangguan bipolar pada remaja), serta PTSD atau trauma masa lalu. Lebih dari 70% anak dengan ADHD memiliki kondisi psikiatri lain (S & Kumminimana, 2025).

Faktor Risiko ADHD

Etiologi dan faktor risiko ADHD masih belum jelas diketahui. Namun, ada beberapa faktor yang diyakini dapat menyebabkan terjadinya ADHD. Misalnya, berkaitan dengan rendahnya pengendalian perilaku (*behavioral inhibition*), kontrol usaha (*effortful control*), atau kendali diri; adanya emosi negatif yang tinggi; serta kecenderungan mencari hal-hal baru (*novelty seeking*) yang meningkat. Ciri-ciri kepribadian ini dapat menjadi faktor predisposisi bagi sebagian anak untuk mengalami ADHD, namun tidak spesifik hanya untuk gangguan ini (American Psychiatric Association, 2021). Berat badan lahir yang sangat rendah (kurang dari 1.500 gram) meningkatkan risiko ADHD sebanyak dua hingga tiga kali lipat, meskipun sebagian besar anak dengan berat lahir rendah tidak mengembangkan ADHD. Selain itu, ADHD juga dikaitkan dengan kebiasaan merokok selama kehamilan, meskipun sebagian hubungan ini mencerminkan risiko genetik yang sama.

Sebagian kecil kasus, reaksi terhadap komponen tertentu dalam makanan dapat berpengaruh. Riwayat kekerasan anak, penelantaran, sering berpindah tempat asuh, paparan neurotoksin (misalnya timbal), infeksi (seperti ensefalitis), atau paparan alkohol dalam kandungan juga dapat menjadi faktor risiko. Meskipun paparan toksin lingkungan dikaitkan dengan ADHD, hubungan ini belum bisa dipastikan bersifat kausal (penyebab langsung). Faktor keturunan memiliki peran besar. ADHD cenderung lebih sering terjadi pada kerabat biologis tingkat pertama dari individu yang mengidap ADHD. Walaupun beberapa gen telah ditemukan berhubungan dengan ADHD, gen tersebut bukanlah penyebab yang pasti maupun satu-satunya.

Gangguan penglihatan dan pendengaran, kelainan metabolik, gangguan tidur, defisiensi nutrisi, serta epilepsi juga dapat memengaruhi gejala ADHD. Beberapa region kromosom yang sering terlibat dalam manifestasi klinis ADHD antara lain 5p12, 10q26, 12q23, 16p13, 15q15, 7p13, 9q33, 8q12, 11q23, 4q13, 17p11, 12q23, dan 8p23 (American Psychiatric Association, 2021). ADHD tidak berkaitan dengan ciri fisik

tertentu, namun beberapa anak mungkin memiliki kelainan fisik ringan seperti jarak mata yang lebar (hipertelorisme), langit-langit mulut yang sangat melengkung, posisi telinga yang rendah Keterlambatan motorik ringan dan tanda neurologis minor juga bisa ditemukan.

Jika terdapat gangguan motorik yang mencolok, sebaiknya dikodekan secara terpisah, misalnya sebagai gangguan koordinasi perkembangan. Pola interaksi dalam keluarga pada masa kanak-kanak umumnya tidak menjadi penyebab ADHD, tetapi dapat memengaruhi perjalanan gejalanya atau berkontribusi terhadap perkembangan masalah perilaku lain seperti gangguan perilaku (*conduct disorder*) sekunder (American Psychiatric Association, 2021).

Tatalaksana ADHD

Penatalaksanaan ADHD pada populasi pediatrik harus berbasis pada bukti ilmiah yang paling mutakhir (*evidence-based, patient-centered approach*) yang memerlukan pendekatan multimodal yang mencakup penggunaan terapi farmakologis dan non-farmakologis secara bersamaan untuk mencapai hasil yang optimal. Tatalaksana yang efektif harus mengintegrasikan kedua pendekatan ini untuk mengelola gejala inti ADHD, serta mendukung perkembangan anak dalam aspek akademik, sosial, dan emosional. Jika farmakoterapi berfungsi sebagai landasan dalam pengelolaan gejala utama, terapi non-farmakologis berperan penting dalam memperbaiki keterampilan regulasi diri, perhatian, dan fungsi eksekutif yang mendasari perilaku anak dengan ADHD (Sayal et al., 2018).

Farmakoterapi adalah lini pertama dalam penatalaksanaan ADHD pada anak-anak dan remaja. Obat stimulan seperti methylphenidate (metilfenidat) dan amfetamin memiliki efikasi yang sangat baik dalam mengurangi gejala hiperaktivitas dan meningkatkan kemampuan anak untuk fokus, yang sangat penting untuk keberhasilan akademik dan sosial mereka. Berdasarkan bukti yang terkumpul dalam berbagai meta-analisis, termasuk penelitian oleh Cortese et al., (2018) *methylphenidate* terbukti memiliki efektivitas yang tinggi dalam mengurangi gejala ADHD, seperti kesulitan fokus, impulsivitas, dan hiperaktivitas.

Lisdexamfetamine (lisdeksamfetamin) juga terbukti efektif, terutama pada subtype hiperaktif-impulsif, meskipun terdapat variasi dalam respons dan toleransi terhadap obat ini. Farmakoterapi berfungsi untuk mengatur gejala dalam jangka pendek, memfasilitasi anak untuk lebih fokus di sekolah dan lebih mudah berinteraksi dengan teman sebayanya. Meskipun demikian, penting untuk dicatat bahwa terapi ini harus dipersonalisasi. Penyesuaian dosis sangat diperlukan untuk menemukan keseimbangan antara efektivitas dan tolerabilitas, dengan memperhatikan potensi efek samping seperti gangguan tidur, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan (Cortese et al., 2018).

Bagi anak-anak yang tidak mentolerir stimulan atau memiliki kontraindikasi medis, seperti riwayat gangguan tidur, gangguan tics (gangguan gerakan tak terkendali), atau gangguan mood, terapi non-stimulan seperti *atomoxetine*, *guanfacine*, atau *clonidine* dapat dipertimbangkan. *Atomoxetine*, yang bekerja dengan meningkatkan ketersediaan norepinefrin di otak, memberikan alternatif yang efektif meskipun efeknya lebih lambat dibandingkan stimulan. *Guanfacine* dan *clonidine*, yang bekerja pada reseptor alfa-2 adrenoreseptor di otak, dapat digunakan untuk anak-anak dengan masalah impulsivitas dan gangguan perilaku yang lebih parah.

Meskipun farmakoterapi memainkan peran utama dalam mengelola gejala ADHD, intervensi non-farmakologis, terutama yang berfokus pada terapi psikososial juga sangat penting. Anak-anak dengan ADHD sering mengalami kesulitan dalam regulasi diri dan fungsi eksekutif, yang mempengaruhi kemampuannya dalam mengatur waktu, menyelesaikan tugas, dan berinteraksi secara efektif dengan orang lain. Dalam hal ini, pelatihan orang tua (PMT) adalah salah satu intervensi yang paling efektif. Pelatihan Orang Tua (PMT) mengajarkan orang tua untuk menerapkan strategi modifikasi perilaku yang membantu anak-anak dengan ADHD mengelola perilakunya (Abidogun, 2023). Teknik-teknik ini meliputi pemberian sugesti positif, seperti memberikan penghargaan atau pujian untuk perilaku yang diinginkan, serta penerapan konsekuensi yang konsisten untuk perilaku yang tidak diinginkan.

Sugesti positif berfokus pada pemberian penghargaan atau pujian yang konsisten setiap kali anak berhasil menyelesaikan tugas atau mengikuti aturan yang telah ditetapkan. Sebaliknya, konsekuensi yang jelas digunakan untuk perilaku yang merugikan yang bertujuan untuk mengurangi frekuensi perilaku tersebut. Pelatihan orang tua juga mencakup pembekalan orang tua dengan keterampilan dalam mengelola stres dan emosi anak-anaknya. Mengajarkan orang tua cara merespons dengan empatik ketika anak merasa frustrasi atau kesulitan mengatur diri mereka dapat memperkuat kontrol diri anak. Dengan pendekatan yang konsisten, anak-anak dapat belajar bagaimana mengelola kecemasan, kemarahan, dan impulsifitasnya secara bersamaan yang dapat membantunya beradaptasi lebih baik di rumah dan di sekolah (Meppelink et al., 2024).

Terapi Perilaku Kognitif (CBT) adalah pendekatan lain yang sangat berguna dalam menangani pola pikir maladaptif yang sering dialami anak-anak dengan ADHD. CBT membantu anak-anak dengan ADHD mengidentifikasi dan mengubah pola pikir yang menyebabkan anak-anak tersebut bertindak impulsif atau kesulitan mengatur perasaannya. Terapi ini berfokus pada pengelolaan perasaan tidak berharga atau kecemasan berlebihan yang dapat memperburuk kesulitan mereka dalam berinteraksi dengan orang lain dan dalam mengatasi tuntutan akademik. CBT menggunakan teknik seperti role-playing (permainan peran) untuk melatih keterampilan sosial anak-anak. Anak-anak belajar berbicara secara bergantian, mendengarkan dengan penuh perhatian, dan berkolaborasi dalam tugas kelompok. Terapi ini juga melibatkan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan, yang sangat penting untuk meningkatkan kemampuan anak dalam menyelesaikan tantangan yang mereka hadapi di sekolah atau dalam kehidupan sosialnya (Meppelink et al., 2024).

Modifikasi lingkungan adalah komponen penting dari penatalaksanaan ADHD yang bertujuan untuk menciptakan kondisi yang memfasilitasi fokus dan regulasi diri anak (Maharani & Harsiwi, 2025). Di rumah, penciptaan rutinitas yang konsisten sangat membantu dalam memberikan stabilitas bagi anak-anak dengan ADHD. Rutinitas yang

teratur memungkinkan anak untuk memahami apa yang akan terjadi dan mengurangi kecemasan (Devi et al., 2024). Pengurangan gangguan di ruang belajar sangat penting. Di rumah, ruang belajar yang tenang dan bebas dari gangguan visual dan auditorik sangat diperlukan.

Misalnya, menempatkan anak di ruang yang jauh dari sumber gangguan seperti televisi, ponsel, atau perangkat elektronik lainnya dapat meningkatkan fokus anak terhadap tugas yang mereka kerjakan. Di sekolah, anak-anak dengan ADHD sering kali diberi tempat duduk yang dekat dengan guru atau jauh dari area yang sering mengganggu konsentrasi mereka. Selain itu, pengingat visual seperti papan tugas atau poster instruksi dapat digunakan untuk membantu anak-anak ADHD tetap terfokus pada apa yang harus mereka lakukan. Pengingat ini berfungsi untuk membantu anak-anak mengingat apa yang harus dilakukan dan untuk mengurangi kebingungannya, sehingga mereka dapat lebih terstruktur dalam aktivitasnya (Mones, 2020).

Pengaturan lingkungan sosial di sekolah juga sangat penting. Anak-anak dengan ADHD sering kesulitan berinteraksi dengan teman-teman mereka, yang dapat memperburuk rasa frustrasi atau kecemasan mereka (Marsus et al., 2022). Oleh karena itu, pengaturan kelompok kecil dalam aktivitas atau penugasan kelompok yang melibatkan teman sebaya dapat membantu anak belajar berkolaborasi dan mengembangkan keterampilan sosialnya dalam lingkungan yang lebih terstruktur dan mendukung (Furqon, 2024).

Anak-anak dengan ADHD cenderung bertindak impulsif tanpa mempertimbangkan konsekuensi dari tindakannya sendiri, yang dapat berisiko bagi keselamatannya. Anak-anak dengan ADHD mungkin tertarik pada rangsangan baru tanpa memperhatikan apakah hal tersebut berbahaya. Oleh karena itu, penting untuk memasukkan pendidikan keselamatan dalam terapi ADHD, dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran diri anak terhadap risiko yang ada di lingkungannya. Pendidikan keselamatan untuk anak-anak ADHD melibatkan pengajaran strategi penghentian impuls, yang memungkinkan anak-anak untuk berhenti sejenak dan merenungkan konsekuensi tindakan mereka sebelum bertindak. Hal ini

termasuk peningkatan kesadaran anak terhadap bahaya, seperti berlarian di jalan atau memegang benda tajam. Dengan pelatihan ini, anak-anak belajar untuk mengelola impuls mereka dengan cara yang lebih bijaksana dan bertanggung jawab.

Keberhasilan tatalaksana ADHD memerlukan keterlibatan tim multidisipliner yang terdiri dari psikiater anak, psikolog klinis, pekerja sosial, pendidik, dan profesional lainnya. Tim ini bekerja sama untuk mengembangkan rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan individual anak, serta melakukan evaluasi berkala untuk menilai respons terhadap terapi. Penggunaan instrumen penilaian seperti *Conners' Rating Scales* dan *ADHD Rating Scale* memungkinkan tim untuk memonitor perkembangan gejala anak dan menyesuaikan terapi yang diterapkan (Gallo & Posner, 2016).

Kesimpulan

(ADHD) merupakan gangguan neurodevelopmental kompleks yang ditandai oleh gejalainatensi, hiperaktivitas, dan impulsivitas, yang berdampak pada perkembangan akademik, sosial, dan emosional anak. Deteksi dini ADHD pada anak perlu dapat dilakukan sebelum anak berusia 12 tahun. Seorang anak dapat didiagnosa mengidap ADHD jika ada setidaknya 6 gejala kurang perhatian dan/atau hiperaktivitas-impulsivitas yang berlangsung selama minimal enam bulan, dengan munculnya gejala sebelum usia 12 tahun. Tata laksana penanganan ADHD dapat dilakukan melalui farmakoterapi dengan memberikan zat-zat stimulan seperti methylphenidate (metilfenidat), amfetamin, lisdeksamfetamin. Selain itu terapi kognitif juga digunakan untuk tata laksanaan pada anak yang mengalami ADHD.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih peneliti ucapkan kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini.

Referensi

Abidogun, M. A. (2023). Application of Parent Management Training (Pmt) As A

- Treatment Therapy for Conduct Disorder. *Journal of Neuroscience and Neurological Surgery*, 13(5), 1–7. [https://doi.org/DOI: 10.31579/2578-8868/286](https://doi.org/DOI:10.31579/2578-8868/286)
- Amalia, R. (2018). Intervensi terhadap Anak Usia Dini yang Mengalami Gangguan ADHD Melalui Pendekatan Kognitif Perilaku dan Alderian Play Therapy. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 2(1), 27. <https://doi.org/10.31004/obsesi.v2i1.4>
- American Psychiatric Association. (2021). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (5th edn). American Psychiatric Association. www.psychologymania.com.
- American Psychological Association. (2019). ASEBA: Brief Description of the Child Behavior Checklist. <https://www.apa.org/depression-guideline/child-behavior-checklist.pdf>
- Belsham, B., Kelly, L., & Schoeman, R. (2025). The SASOP/PsychMg child and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder guidelines. *S Afr J Psychiatr.*, 31, 2357. [https://doi.org/doi: 10.4102/sajpspsychiatry.v31i0.2357](https://doi.org/doi:10.4102/sajpspsychiatry.v31i0.2357)
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727–738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- Devi, I. L., Susetyo, Y. F., & Haryanta, H. (2024). Intervensi Perilaku dan Multisensori untuk Anak dengan ADHD yang Mengalami Gangguan Sensorik. *Gajah Mada Journal of Professional Psychology (GamaJPP)*, 10(2), 122. <https://doi.org/10.22146/gamajpp.93750>
- Furqon, M. F. (2024). Pengembangan Keterampilan Sosial Meningkatkan Interaksi Dan Koneksi Manusia. *Circle Archive*, 1(4), 1–5.
- Gallo, E. F., & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 557–567. [https://doi.org/doi: 10.1016/S2215-0366\(16\)00096-1](https://doi.org/doi:10.1016/S2215-0366(16)00096-1).
- Kosheleff, A. R., Mason, O., Jain, R., Koch, J., & Rubin, J. (2023). Functional Impairments Associated With ADHD in Adulthood and the Impact of Pharmacological Treatment. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 669–697. <https://doi.org/10.1177/10870547231158572>
- Liu, Y. S., Talarico, F., Metes, D., Song, Y., Wang, M., Kiyang, L., Wearmouth, D., Vik, S., Wei, Y., Zhang, Y., Hayward, J., Ahmed, G., Gaskin, A., Greiner, R., Greenshaw, A., Alexander, A., Janus, M., & Cao, B. (2024). Early identification of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *PLOS Digital Health*, 3(11), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000620>
- Maharani, I. B. P., & Harsiwi, N. E. (2025). Analisis Peran Guru Kelas Anak Berkebutuhan Khusus Tipe Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) dalam Pembelajaran Kelas 1 di SLB PGRI Kamal. *Jurnal Sadewa: Publikasi Ilmu Pendidikan, Pembelajaran Dan Ilmu Sosial*, 3(3), 258–267. <https://doi.org/10.61132/sadewa.v3i3.2061>
- Marsus, N. B., Sook Huey, L., Saffari, N., & Motevalli, S. (2022). Peer Relationship Difficulties among Children with Adhd: A Systematic Review. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 12(6), 1256–1276. <https://doi.org/10.6007/ijarbs/v12-i6/13352>
- Meppelink, R., de Bruin, E. I., Zoller, B. K., Oort, F. J., & Bögels, S. M. (2024). Child and Parent Mindfulness-Based Training Versus Medication for Childhood ADHD: A Randomised Clinical Trial. *Mindfulness*, 15(2), 295–309.

- <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02305-w>
- Mones, A. Y. (2020). Upaya Meningkatkan Daya Ingat Siswa Kelas IV Melalui Penerapan Metode Praktek Dan Latihan Terstruktur Pada Mata Pelajaran Pendidikan Agama Katolik. *Jurnal Selidik*, 1(1), 19–31.
- N.H, F. A., & Setiawati, Y. (2017). Interaksi Faktor Genetik dan Lingkungan pada Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Jurnal Psikiatri Surabaya*, 6(2), 98.
<https://doi.org/10.20473/jps.v6i2.19434>
- Nurfadhillah, S., Nurlaili, D. A., Syapitri, G. H., Shansabilah, L., Herni, N., & Dewi, H. (2021). Attention Deficit Hyperactive Disorder (Adhd) Pada Siswa Kelas 3 Di Sd Negeri Larangan 1. *PENSA: Jurnal Pendidikan Dan Ilmu Sosial*, 3(3), 453–462.
<https://ejournal.stitpn.ac.id/index.php/pensa>
- Overgaard, K. R., Oerbeck, B., Friis, S., Pripp, A. H., Aase, H., Biele, G., Ingeborgrud, C. B., Polanczyk, G. V., & Zeiner, P. (2024). Early and repeated screening detects children with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1807–1815.
<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02284-8>
- Prasaja, P., Harumi, L., & Fatmawati, R. (2023). Gambaran Demografi Anak Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Surakarta. *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*, 19(No.2), 152–157.
<https://doi.org/10.26576/profesi.v19ino.2.105>
- Randle, T. S., Miskovic, L. N., Grant O’Daniel, V. R., Okechukwu, A. I., Shahzad, N., Mkandawire, K. C., Warrick, M., & Smith, Z. R. (2025). Untangling the Threads: The Impact of Co-Occurring OCD and ADHD Symptoms for Black and/or Latiné Youth. *Children*, 12(6), 8–11.
<https://doi.org/10.3390/children12060674>
- S, S. P. M., & Kumminimana, R. (2025). *Attention-deficit / hyperactivity disorder : insights , advances and challenges in research and practice*. 34(3), 196–206.
- Sadida, Q., Tunliu, S. K., Fatimah, Kartikasari, N., & Asmaradhani, D. T. (2024). Studi literatur mengenai anak usia sekolah dasar dengan ADHD: Perspektif neuropsikologi. *ELSE (Elementary School Education Journal): Jurnal Pendidikan Dan Pembelajaran Sekolah Dasar*, 8(1), 2–4.
<https://doi.org/10.30651/else.v8i1.20868>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.
- Setiawati, Y. (2024). The Population of Children with High Risk of ADHD and The Mother’s Sociodemographic Profile in Surabaya. *International Journal Of Scientific Advances*, 5(1), 42–46.
<https://doi.org/10.51542/ijscia.v5i1.8>
- Wijaya, D. S., & Kurniawan, Y. F. (2025). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd). *Encyclopedia of Contemporary American Social Issues: Volume 1: Business and Economy: Volume 2: Criminal Justice: Volume 3: Family and Society: Volume 4: Environment, Science, and Technology*, 06(03), 4217.