

AUTISME:MASA KANAK

Dra.ELVI ANDRIANI YUSUF

Program Studi Psikologi
Fakultas Kedokteran
Universitas Sumatera Utara

BAB I PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

"Seorang anak berlari-lari dengan riangnya kesana kemari . Dengan wajah ceria ia bolak-balik mematikan kenop lampu yang ada di ruangan rumahnya. Teriakan dan larangan ibunya sama sekali tidak dihiraukannya, seakan-akan ia tidak mendengar suara panik sang ibu yang takut terjadi sesuatu pada anaknya. Beberapa menit kemudian ketika "jingle" sebuah iklan muncul di TV, tiba-tiba ia menghentikan kegiatannya dan berlari kearah TV serta mendengarkan dengan seksama "jingle iklan " tersebut. Sesaat iklan tersebut berakhir, ia kembali berlari-lari dengan tangan yang berkali-kali dihentakkan ke bawah disertai kata-kata/suara yang hanya ia sendiri dapat mengerti."

Dalam beberapa tahun terakhir ini para psikolog perkembangan semakin banyak mendapat rujukan dari dokter anak untuk mengkonsultasikan anak-anak usia 2-4 tahun dengan gejala-gejala seperti ilustrasi di atas. Autisme, merupakan salah satu gangguan perkembangan yang semakin meningkat saat ini, menimbulkan kecemasan yang dalam bagi para orangtua.

Jumlah penderita autisme meningkat prevalensinya dari 1 : 5000 anak pada tahun 1943 saat Leo Kanner memperkenalkan istilah autisme menjadi 1 : 100 ditahun 2001 (Nakita, 2002). Kondisi ini menyebabkan banyak orangtua menjadi was-was sehingga sedikit saja anak menunjukkan gejala yang dirasa kurang normal selalu dikaitkan dengan gangguan autisme.

Tujuan dari penulisan makalah ini adalah untuk mencoba lebih menjelaskan apa dan bagaimana gangguan ini, sehingga dapat menghapus kesimpang siuran yang ada yang selama ini sering dijumpai pada para orangtua dan masyarakat tentang gangguan perkembangan autisme.

BAB II LANDASAN TEORI

1. PENGERTIAN AUTISME

Autisme berasal dari kata "autos" yang berarti segala sesuatu yang mengarah pada diri sendiri. Dalam kamus psikologi umum (1982), autisme berarti preokupasi terhadap pikiran dan khayalan sendiri atau dengan kata lain lebih banyak berorientasi kepada pikiran subyektifnya sendiri daripada melihat kenyataan atau realita kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu penderita autisme sering disebut orang yang hidup di "alamnya" sendiri.

Autisme atau autisme infantil (*Early Infantile Autism*) pertama kali dikemukakan oleh Dr. Leo Kanner 1943 (dalam Budiman, 1998) seorang psikiatris Amerika. Istilah autisme dipergunakan untuk menunjukkan suatu gejala psikosis pada anak-anak yang unik dan menonjol yang sering disebut Sindrom Kanner. Ciri yang menonjol pada sindrom Kanner antara lain ekspresi wajah yang kosong seolah-olah sedang melamun, kehilangan pikiran dan sulit sekali bagi orang lain untuk menarik perhatian mereka atau mengajak mereka berkomunikasi.

Pada awalnya istilah "autisme" diambilnya dari gangguan schizophrenia, dimana Bleuer memakai autisme ini untuk menggambarkan perilaku pasien skizofrenia yang menarik diri dari dunia luar dan menciptakan dunia fantasinya sendiri. Namun ada perbedaan yang jelas antara penyebab dari autisme pada penderita skizofrenia dengan penyandang autisme infantile. Pada skizofrenia, autisme disebabkan dampak area gangguan jiwa yang didalamnya terkandung halusinasi dan delusi yang berlangsung minimal selama 1 bulan, sedangkan pada anak-anak dengan autisme infantile terdapat kegagalan dalam perkembangan yang tergolong dalam kriteria Gangguan Pervasif dengan kehidupan autistik yang tidak disertai dengan halusinasi dan delusi (DSM IV, 1995).

2. GEJALA-GEJALA AUTISME

Gejala autisme infantile timbul sebelum anak mencapai usia 3 tahun. Pada sebagian anak gejala gangguan perkembangan ini sudah terlihat sejak lahir. Seorang ibu yang cermat dapat melihat beberapa keganjilan sebelum anaknya mencapai usia satu tahun. Yang sangat menonjol adalah tidak adanya kontak mata dan kurangnya minat untuk berinteraksi dengan orang lain.

Manusia adalah makhluk sosial. Dalam perkembangannya yang normal, seorang bayi mulai bisa berinteraksi dengan ibunya pada usia 3 - 4 bulan. Bila ibu merangsang bayinya dengan menggerincingkan mainan dan mengajak berbicara, maka bayi tersebut akan berespon dan bereaksi dengan ocehan serta gerakan. Makin lama bayi makin responsive terhadap rangsang dari luar seiring dengan berkembangnya kemampuan sensorik. Pada umur 6-8 bulan ia sudah bisa berinteraksi dan memperhatikan orang yang mengajaknya bermain dan berbicara. Hal ini tidak muncul atau sangat kurang pada bayi autistik. Ia bersikap acuh tidak acuh dan seakan-akan menolak interaksi dengan orang lain. Ia lebih suka bermain dengan "dirinya sendiri" atau dengan mainannya. Berikut ini diuraikan indikator perkembangan yang normal pada masa bayi :

INDIKATOR PERKEMBANGAN YANG NORMAL

USIA	KEMAMPUAN DAN PROSES BERPIKIR	KOMUNIKASI	GERAKAN
3 bln	Berespon terhadap suara baru Mengikuti benda dengan mata Melihat objek dan orang	Bercoloteh/bersuara Tersenyum pada suara ibu	Mengangkat kaki dan tangan Melihat pergerakan tangan sendiri
3-6 bln	Mengenal ibu Mengapai objek	Memalingkan kepala pada suara Mulai meraban Meniru suara	Mengangkat kepala Mengerakkan benda dalam bermain

		Menangis dengan suara berbeda	
6-9 bln	Meniru gerakan sederhana Berespon jika dipanggil nama	Membuat kata-kata berulang yang tidak bermakna (gagaga, dada, dst) Menggunakan suara untuk menarik perhatian	Merayap/merangkak Berdiri berpegangan ke meja Bertepuk tangan Memindahkan objek dari satu tangan ke tangan lainnya
9-12 bln	Bermain permainan sederhana Bergerak menuju benda yang diminati Melihat gambar pada buku	Melambatkan tangan untuk "dada" Berhenti ketika dikatakan "tidak" Meniru kata-kata baru	Berjalan sambil berpegangan Menyatakan ingin benda tertentu Mencoret dengan pensil warna
12-18 bln	Meniru suara dan gerakan yang baru Menunjuk pada benda yang diinginkan	Menggelengkan kepala menyatakan "tidak" Meniru kata baru Mengikuti instruksi sederhana	Berjalan sendiri Naik /turun tangga

Secara umum ada beberapa gejala autisme yang akan tampak semakin jelas saat anak telah mencapai usia 3 tahun, (Budiman, 1998) yaitu:

1. Gangguan dalam komunikasi verbal maupun non verbal seperti terlambat bicara, mengeluarkan kata-kata dalam bahasanya sendiri yang tidak dapat dimengerti , echolalia, sering meniru dan mengulang kata tanpa ia mengerti maknanya, dstnya.
2. Gangguan dalam bidang interaksi sosial, seperti menghindari kontak mata, tidak melihat jika dipanggil, menolak untuk dipeluk, lebih suka bermain sendiri, dstnya.
3. Gangguan pada bidang perilaku yang terlihat dari adanya perilaku yang berlebih (*excessive*) dan kekurangan (*deficient*) seperti impulsif, hiperaktif, repetitif namun dilain waktu terkesan pandangan mata kosong, melakukan permainan yang sama dan monoton .Kadang-kadang ada kelekatan pada benda tertentu seperti gambar, karet, dll yang dibawanya kemana-mana.
4. Gangguan pada bidang perasaan/emosi, seperti kurangnya empati, simpati, dan toleransi; kadang-kadang tertawa dan marah sendiri tanpa sebab yang nyata dan sering mengamuk tanpa kendali bila tidak mendapatkan apa yang ia inginkan.
5. Gangguan dalam persepsi sensoris seperti mencium-cium dan menggigit mainan atau benda, bila mendengar suara tertentu langsung menutup telinga, tidak menyukai rabaan dan pelukan, dsbnya.

Gejala –gejala tersebut di atas tidak harus ada semuanya pada setiap anak autisme, tergantung dari berat-ringannya gangguan yang diderita anak.

3. KRITERIA DIAGNOSTIK

Pada dasarnya gangguan autisme tergolong dalam gangguan perkembangan pervasif, namun bukan satu-satunya golongan yang termasuk dalam gangguan perkembangan pervasif (*Pervasive Developmental Disorder*) menurut DSM IV (1995). Namun dalam kenyataannya hampir keseluruhan golongan gangguan perkembangan pervasif disebut oleh para orangtua atau masyarakat sebagai Autisme. Padahal di dalam gangguan perkembangan pervasif meski sama-sama ditandai dengan gangguan dalam beberapa area perkembangan seperti kemampuan interaksi sosial, komunikasi serta munculnya perilaku stereotipe, namun terdapat beberapa perbedaan antar golongan gangguan autistik (*Autistic Disorder*) dengan gangguan Rett (*Rett's Disorder*), gangguan disintegratif masa anak (*Childhood Disintegrative Disorder*) dan gangguan Asperger (*Asperger's Disorder*).

Gangguan autistik berbeda dengan gangguan Rett dalam rasio jenis kelamin penderita dan pola berkembangnya hambatan. Gangguan Rett hanya dijumpai pada wanita sementara gangguan Autistik lebih banyak dijumpai pada pria dibanding wanita dengan ratio 5 : 1. Selanjutnya pada sindroma Rett dijumpai pola perkembangan gangguan yang disebabkan perlambatan pertumbuhan kepala (*head growth deceleration*), hilangnya kemampuan ketrampilan tangan dan munculnya hambatan koordinasi gerak. Pada masa prasekolah, sama seperti penderita autistik, anak dengan gangguan Rett mengalami kesulitan dalam interaksi sosialnya. Selain itu gangguan Autistik berbeda dari Gangguan Disintegratif masa anak, khususnya dalam hal pola kemunduran perkembangan. Pada Gangguan Disintegratif, kemunduran (regresi) terjadi setelah perkembangan yang normal selama minimal 2 tahun sementara pada gangguan autistik abnormalitas sudah muncul sejak tahun pertama kelahiran. Selanjutnya, gangguan autistik dapat dibedakan dengan gangguan Asperger karena pada penderita asperger tidak terjadi keterlambatan bicara. Penderita Asperger sering juga disebut dengan istilah "High Function Autism", selain karena kemampuan komunikasi mereka yang cukup normal juga disertai dengan kemampuan kognisi yang memadai.

Secara detail, menurut DSM IV (1995), kriteria gangguan autistik adalah sebagai berikut :

- A. Harus ada total 6 gejala dari (1), (2) dan (3), dengan minimal 2 gejala dari (1) dan masing-masing 1 gejala dari (2) dan (3) :
 1. Kelemahan kualitatif dalam interaksi sosial, yang termanifestasi dalam sedikitnya 2 dari beberapa gejala berikut ini :
 - a. Kelemahan dalam penggunaan perilaku nonverbal, seperti kontak mata, ekspresi wajah, sikap tubuh, gerak tangan dalam interaksi sosial.
 - b. Kegagalan dalam mengembangkan hubungan dengan teman sebaya sesuai dengan tingkat perkembangannya.
 - c. Kurangnya kemampuan untuk berbagi perasaan dan empati dengan orang lain.
 - d. Kurang mampu mengadakan hubungan sosial dan emosional yang timbal balik.
 2. Kelemahan kualitatif dalam bidang komunikasi. Minimal harus ada 1 dari gejala berikut ini:
 - a. Perkembangan bahasa lisan (bicara) terlambat atau sama sekali tidak berkembang dan anak tidak mencari jalan untuk berkomunikasi secara non verbal.

- b. Bila anak bisa bicara, maka bicaranya tidak digunakan untuk berkomunikasi
 - c. Sering menggunakan bahasa yang aneh, stereotype dan berulang-ulang.
 - d. Kurang mampu bermain imajinatif (*make believe play*) atau permainan imitasi sosial lainnya sesuai dengan taraf perkembangannya.
3. Pola perilaku serta minat dan kegiatan yang terbatas, berulang. Minimal harus ada 1 dari gejala berikut ini :
- a. Preokupasi terhadap satu atau lebih kegiatan dengan focus dan intensitas yang abnormal/ berlebihan.
 - b. Terpaku pada suatu kegiatan ritualistik atau rutinitas
 - c. Gerakan-gerakan fisik yang aneh dan berulang-ulang seperti menggerak-gerakkan tangan, bertepuk tangan, menggerakkan tubuh.
 - e. Sikap tertarik yang sangat kuat/ preokupasi dengan bagian-bagian tertentu dari obyek.
- B. Keterlambatan atau abnormalitas muncul sebelum usia 3 tahun minimal pada salah satu bidang (1) interaksi sosial, (2) kemampuan bahasa dan komunikasi, (3) cara bermain simbolik dan imajinatif.
- C. Bukan disebabkan oleh Sindroma Rett atau Gangguan Disintegratif Masa Anak

Dengan mempelajari kriteria diagnostik di atas, sebenarnya tidaklah terlalu sulit untuk menentukan apakah seorang anak termasuk penyandang autisme atau gangguan perkembangan lainnya. Namun kesalahan diagnosis masih sering terjadi terutama pada autisme ringan yang umumnya disebabkan adanya tumpang tindih gejala. Sebagai contoh, penyandang hiperaktivitas dengan konsentrasi yang kurang terfokus kadang kala juga menunjukkan keterlambatan bicara dan bila dipanggil tidak selalu berespon sesuai yang diharapkan. Demikian juga bagi penderita retardasi mental yang moderate, severe dan profound mereka menunjukkan gejala yang hampir sama dengan autisme seperti keterlambatan bicara, kurang adaptif dan impulsif.

4. PENYEBAB AUTISME

Seperti telah diuraikan sebelumnya bahwa dalam catatan pakar autis (Nakita, 2002) jumlah penyandang autisme dibandingkan dengan jumlah kelahiran normal dari tahun ketahun meningkat tajam sehingga ditahun 2001 lalu sudah mencapai 1 dari 100 kelahiran. Peningkatan yang tajam ini tentunya menimbulkan pertanyaan, ada perubahan apa dalam rentang waktu tersebut sehingga kasus terjadinya autisme bisa meningkat tajam tidak saja di Indonesia tetapi juga di berbagai negara.

4.1. FAKTOR PSIKOGENIK

Ketika autisme pertamakali ditemukan tahun 1943 oleh Leo Kanner, autisme diperkirakan disebabkan pola asuh yang salah. Kasus-kasu perdana banyak ditemukan pada keluarga kelas menengah dan berpendidikan, yang orangtuanya bersikap dingin dan kaku pada anak. Kanner beranggapan sikap keluarga tersebut kurang memberikan stimulasi bagi perkembangan komunikasi anak yang akhirnya

menghambat perkembangan kemampuan komunikasi dan interaksi sosial anak. Pendapat Kanner ini disebut dengan teori Psikogenik yang menerangkan penyebab autisme dari factor-faktor psikologis, dalam hal ini perlakuan/ pola asuh orangtua.

Namun penelitian-penelitian selanjutnya tidak menyepakati pendapat Kanner. Alasannya, teori psikogenik tidak mampu menjelaskan ketertinggalan perkembangan kognitif, tingkah laku maupun komunikasi anak autis. Penelitian-penelitian selanjutnya lebih memfokuskan kaitan factor-faktor organik dan lingkungan sebagai penyebab autis. Kalau semula penyebabnya lebih pada faktor psikologis, maka saat ini bergeser ke factor organik dan lingkungan.

4.2. FAKTOR BIOLOGIS DAN LINGKUNGAN

Seperti gangguan perkembangan lainnya, autisme dipandang sebagai gangguan yang memiliki banyak sebab dan antara satu kasus dengan kasus lainnya penyebabnya bisa tidak sama. Penelitian tentang faktor organik menunjukkan adanya kelainan/keterlambatan dalam tahap perkembangan anak autis sehingga autisme kemudian digolongkan sebagai gangguan dalam perkembangan (*developmental disorder*) yang mendasari pengklasifikasian dan diagnosis dalam DSM IV.

Hasil pemeriksaan laboratorium, juga MRI dan EEG tidak memberikan gambaran yang khas tentang penyandang autisme, kecuali pada penyandang autisme yang disertai dengan gangguan kejang. Temuan ini kemudian mengarahkan dugaan neurologis terjadi pada abnormalitas fungsi kerja otak, dalam hal ini neurotransmitter yang berbeda dari orang normal.

Neuro transmitter merupakan cairan kimiawi yang berfungsi menghantarkan impuls dan menerjemahkan respon yang diterima. Jumlah neurotransmitter pada penyandang autisme berbeda dari orang normal dimana sekitar 30-50% pada penderita autisme terjadi peningkatan jumlah serotonin dalam darah (Nikita,2002). Selanjutnya, penelitian kemudian mengarahkan perhatian pada faktor biologis, diantaranya kondisi lingkungan, kehamilan ibu, perkembangan perinatal, komplikasi persalinan, dan genetik.

Kondisi lingkungan seperti kehadiran virus dan zat-zat kimia/ logam dapat mengakibatkan munculnya autisme (<http://www.autism.society.org>, 2002). Zat-zat beracun seperti timah (Pb) dari asap knalpot mobil, pabrik dan cat tembok; kadmium (Cd) dari batu baterai serta turunan air raksa (Hg) yang digunakan sebagai bahan tambalan gigi (Amalgam).

Apabila tambalan gigi digunakan pada calon ibu, amalgam akan menguap didalam mulut dan dihirup oleh calon ibu dan disimpan dalam tulang. Ketika ibu hamil, terbentuklah tulang anak yang berasal dari tulang ibu yang sudah mengandung logam berat. Selanjutnya proses keracunan logam beratpun terjadi pada saat pemberian ASI dimana logam yang disimpan ibu ikut dihisap bayi saat menyusui. Sebuah vaksin, MMR (Measles, Mumps & Rubella) awalnya juga diperkirakan menjadi penyebab autisme pada anak akibat anak tidak kuat menerima campuran suntikan tiga vaksin sekaligus sehingga mereka mengalami kemunduran dan memperlihatkan gejala autisme.

Sampai saat ini diduga faktor genetik berpengaruh kuat atas munculnya kasus autisme. Dari penelitian pada saudara sekandung (siblings) anak penyandang autisme terungkap mereka mempunyai peningkatan kemungkinan sekitar 3 %

untuk dinyatakan autis. Sementara penelitian pada anak kembar juga didapat hasil yang mendukung. Sayangnya harus diakui populasi anak kembar sendiri memang tidak banyak di masyarakat sehingga menggunakan sample kecil . Penelitian pada kembar identik 1 telur menunjukkan bahwa mereka memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk diagnosis autis bila saudara kembarnya autis (Nikita, 2002).

Beberapa faktor lainnya yang juga telah diidentifikasi berasosiasi dengan autisme diantaranya adalah usia ibu (makin tinggi usia ibu, kemungkinan menyandang autis kian besar), urutan kelahiran, pendarahan trisemester pertama dan kedua serta penggunaan obat yang tak terkontrol selama kehamilan.

5. PERKEMBANGAN GANGGUAN AUTISME

Cerita tentang Temple Grandin (dalam Wenar, 1994) :

Temple Grandin adalah seorang wanita autism yang penuh perjuangan. Ia berhasil mendapatkan gelar Doktor Ilmu Hewan. Sekarang ini ia mengajar disebuah universitas, menulis beberapa buku tentang ilmu hewan, autisme dan kehidupan pribadinya. Pada usia 6 bulan, Temple mulai menunjukkan tanda- tanda autisme. Ketika digendong, ia terkesan memberontak dan ingin diletakan. Pada usia 2 tahun, terlihat jelas bahwa ia hipersensitif terhadap rasa, suara, bau dan sentuhan. Suara dan pakaian tertentu menimbulkan siksaan baginya. Akibat hipersensitif ini ia sering berteriak, marah dan melempar segala sesuatu. Namun ketertarikannya yang eksklusif terhadap barang-barang/ benda tertentu seperti tangannya sendiri, apel, koin atau pasir membuat ia dapat menarik diri dari lingkungannya selama beberapa lama. Sebagaimana umumnya pada waktu itu, dokter menyarankannya untuk dirawat di rumah sakit atau institusi. Namun ibunya menolak dan hanya memasukkannya ke terapi bicara. Kelasnya terbatas dan terstruktur. Meski metode pendidikan tidak didesain untuk autisme, namun terapi ini berpengaruh bagi perkembangan Temple. Pada usia 4 tahun ia mulai bicara dan pada usia 5 tahun ia mampu untuk masuk Tk biasa. Temple menyatakan bahwa keberhasilan perkembangannya dipengaruhi oleh orang-orang penting dalam hidupnya seperti ibunya yang tidak henti-henti mencari pertolongan; terapisnya yang tetap menjaganya agar tidak menarik diri ke dunianya sendiri dan guru SLTA nya yang membantunya mengembangkan ketertarikannya pada binatang ke ilmun.

Cerita Temple Grandin ini menunjukkan bahwa penderita autisme tidak selalu menyebabkan ia tidak mampu mengembangkan potensi dirinya.

Umumnya orang memperkirakan gangguan perkembangan yang parah akan berdampak bagi perkembangan individu selanjutnya pada masa-yang akan datang. Namun ternyata 10 % dari penyandang autis mampu hidup dengan baik pada masa dewasa, mereka memiliki pekerja, berkeluarga (Wenar, 1994). Namun memang 60 % menunjukkan ketergantungan sepenuhnya pada keseluruhan aspek kehidupan. Ketidak mampuan komunikasi yang terus berlanjut setelah usia 5 tahun dan IQ dibawah 60 menunjukkan prognosa yang kurang menggembirakan. Namun penyandang autisme yang mampu berbicara sebelum usia 5 tahun dan memiliki tingkat intelegensi rata rata (*average*) memiliki kemungkinan meningkatkan kemampuan penyesuaian dirinya.

Pada penyandang autisme, tanda-tanda hambatan perkembangan telah mulai tampak pada masa bayi (Miller dalam Wenar, 1994) seperti kurangnya kontak mata, kurangnya reaksi pada saat akan digendong, kurang mampu tersenyum meski pada orang terdekatnya, kecemasan yang aneh dan kurang kemampuan bermain

“cilukba”. Tubuh bayi juga terkesan “kaku” sehingga sulit untuk direngkuh dalam pelukan.

Pada masa kanak-kanak dan prasekolah, penyandang autisme kurang menunjukkan respon sosial yang positif. Anak kurang lekat pada orangtua, ia tidak mengikuti orangtua jika pergi, jarang mengekspresikan kasih sayang atau mencari perlindungan bila terluka bahkan cenderung menarik diri dan menghindar. Selanjutnya penguasaannya akan bahasa dan pemahaman komunikasi juga mengalami hambatan. Tidak ada komunikasi timbal balik dengan orang lain. Selain itu anak juga kurang mampu melakukan “imitasi sosial” atau meniru perilaku orang lain pada usianya. Kemampuannya untuk bermainnya juga terbatas pada bermain sendiri (*solitary play*) dan permainan tersebut cenderung terbatas dan diulang-ulang secara kaku.

Pada pertengahan masa kanak-kanak, anak penyandang autisme menunjukkan kecenderungan untuk tidak berteman, tidak kooperatif dan kurang mampu berempati pada orang lain. Respon sosial mereka terkesan aneh dan kurang pada tempatnya sehingga mereka mengalami masalah dalam penyesuaian sosialnya. Aktivitasnya bersifat ritualistik dan rutin serta mereka mengalami stress jika terjadi perubahan dari aktivitas biasa yang dilakukan.

Selanjutnya menurut Kanner, Rodriquest dan Ansheden (dalam Wenar,1994) masa remaja merupakan masa perkembangan yang paling dramatik. Periode ini dapat merupakan masa yang menunjukkan perbaikan yang signifikan. Beberapa remaja mulai menyadari bahwa tingkah lakunya menyimpang dan secara sadar berusaha memperbaiki diri dan tampil sesuai dengan perilaku sosial yang diharapkan. Sekitar 5 – 15 persen anak autistik mampu mencapai kemampuan penyesuaian sosial yang diharapkan dengan atau tanpa terapi. Meski dalam berkomunikasi, vokalisasinya masih belum sempurna namun sudah cukup dapat dipahami. Memang mereka tetap kurang mampu menunjukkan empati dan peran seksual yang sesuai, namun sisi positifnya ialah mereka kaku dalam memegang aturan dan mampu masuk ke lingkungan sosial yang birokratis. Namun disisi lain, mayoritas anak autisme akan terus berkembang dengan gangguan perkembangan yang parah. Mereka tetap hidup dalam alamnya sendiri namun tidak menjadi schizophrenia dalam arti mengalami delusi dan halusinasi.

6. PENEGAKAN DIAGNOSA AUTISME

Penegakan diagnosa yang tepat akan menghasilkan intervensi dan treatment yang tepat, oleh karena itu penting sekali penegakan diagnosa dilakukan secara teliti dan akurat. Pemeriksaan terhadap anak penyandang autisme secara terpadu perlu dilakukan. Tim yang terdiri dari ahli psikologi anak, dokter anak, dokter neurologis serta ahli pendidikan perlu duduk bersama dalam menangani kasus ini.

6.1 Tes –tes psikologi

6.1.1 Tes PEP-R

Berdasarkan pengalaman Sleeuwen (1996) , tes khusus untuk anak autistik disebut dengan Psycho Educational Profile Revised (PEP-R). Tes tersebut dikembangkan oleh di Teacch, sebuah program pendidikan khusus untuk anak autis. Tes ini digunakan untuk anak autistik atau yang terganggu perkembangannya dan dipakai pada anak-anak dengan usia kronologis 6 bulan sampai dengan 7 tahun.

Tes PEP-R ini memberikan informasi tentang fungsi perkembangan seperti imitasi, persepsi, ketrampilan motorik halus, ketrampilan motorik kasar, koordinasi mata dan tangan, performansi kognitif dan kognisi verbal, Tes PEP-R juga dapat mendeteksi masalah-masalah dalam hal relasi dan afeksi, permainan dan minat terhadap benda dan respon penginderaan dan bahasa. Skor PEP-R digunakan untuk membuat rencana pendidikan individual anak sehingga guru dapat tertolong dalam menangani anak autistik.

6.1.2 Vineland Social Maturity Scale

Skala Kematangan Sosial Vineland biasanya juga digunakan sebagai data tambahan untuk mendukung diagnosa. Semua versi dari Vineland (dalam Anastasi, 1997) terfokus pada apa yang biasa dilakukan individu dan dirancang untuk menilai perilaku adaptif. Data diperoleh berdasarkan observasi dan wawancara orangtua. Tes Vineland mengklasifikasikan empat domain/ranah adaptif utama yaitu ranah komunikasi, ranah ketrampilan sehari-hari, ranah sosialisasi, ranah ketrampilan motorik yang kemudian disertai dengan komposit perilaku adaptif dan maladaptif. Hasil tes Vineland penyandang autis berada pada kriteria kematangan sosial yang jauh dibawah rata-rata anak seusianya.

6.2. Diagnosa berdasarkan kriteria DSM IV

Pada uraian terdahulu (hal. 8) telah dijelaskan bahwa autisme tergolong dalam gangguan perkembangan pervasif dan dalam penegakan diagnosa didasarkan pada adanya hambatan pada 3 bidang utama yaitu interaksi sosial, komunikasi dan tingkah laku yang repetitive dan berulang. Selain itu dalam penegakan diagnosa autisme perlu diperhatikan:

a. Diagnosa yang berhubungan dan mental retardasi.

Dalam beberapa kasus, autisme berhubungan dengan mental retardasi, umumnya pada kriteria Moderate Mental Retarded, IQ 35 – 50 (DSM IV, 1995). Hampir 75% penyandang autisme berada pada taraf intelegensi mental retardasi. Terjadi abnormalitas dalam perkembangan kognitif penyandang autisme.

Sementara menurut Sleeuwen (1996) sekitar 60 % anak-anak autistik menderita retardasi mental tingkat moderate (IQ 35- 50) dan 20 % anak mengalami mental retardasi ringan sedangkan 20 % lainnya tidak mengalami mental retardasi dan memiliki IQ > 70 (normal). Beberapa anak memiliki apa yang disebut " pulau intelegensi" yang artinya mereka memiliki bakat khusus di bidang-bidang tertentu seperti musik, berhitung, menggambar, dsbnya.

Selanjutnya Sleeuwen menyatakan dalam mendeteksi mental retardasi pada anak autis dapat dilihat dari kemampuan umum anak yang jauh di bawah rata-rata anak seusianya (terbelakang) dan hambatan dalam komunikasi serta pemahaman sosial. Epilepsi yang menyertai juga berkaitan dengan kapasitas intelegensi yang rendah, namun 1 dari 20 anak yang mengalami epilepsi memiliki fungsi mental yang cukup baik. Retardasi mental dan autisme muncul bersamaan dari awal.

b. Hubungannya dengan hasil laboratorium

Jika autisme dikaitkan dengan kondisi kesehatan umum, ditemukan bahwa ada perbedaan aktivitas serotonin namun tidak begitu jelas terlihat. Namun hasil pemeriksaan EEG menunjukkan abnormalitas. (DSM IV, 1996)

c. Hubungannya dengan kondisi kesehatan umum

Beberapa simptom kelainan neurologis terlihat pada penyandang autis, seperti refleks yang primitif, keterlambatan penggunaan tangan yang dominan, dsbnya.

Kondisi ini berkaitan dengan kondisi kesehatan umum seperti *encephalitis*, *phenylketonuria*, *fragile X syndrome*, *anoxia* saat kelahiran dan *maternal rubella*).

6.3. Diagnosa berdasarkan hasil pemeriksaan medis - neurologis

Seperti telah dikemukakan terdahulu, factor biologis diperkirakan juga memberikan andil bagi berkembangnya gangguan autisme pada anak. Oleh karena itu untuk mendukung penegakan diagnosa diperlukan pemeriksaan kesehatan dan neurologis yang lengkap dan terpadu.

Selain diagnosa autisme, menurut dr. Rudi Sutadi (1998) terdapat juga pengklasifikasian berat-ringannya autisme dengan menggunakan CARS (*Childhood Autisme Rating Scale*). Untuk keperluan ilmiah, klasifikasi ini bermanfaat. Namun disarankan untuk hati-hati dalam penggunaan klasifikasi ringan-sedang-berat ini disebabkan untuk penanganan autis sampai saat ini peringkat tersebut tidak dikaitkan dengan perbedaan prognosis dan intervensi. Intervensi autisme pada klasifikasi manapun tetap sama yaitu intervensi (terutama tata laksana perilaku) yang terpadu dan optimal.

Kehati-hatian penggunaan peringkat ini juga disebabkan pengaruhnya pada orangtua penyandang autisme. Bila anak didiagnosis menderita autisme ringan, dapat menimbulkan kelengahan pada orangtua untuk melaksanakan tatalaksana yang optimal. Sedangkan bagi mereka yang dinyatakan berat, mungkin saja mereka menjadi depresi dan putus asa sehingga tidak berbuat apa-apa pada anak mereka.

7. PENANGANAN ANAK AUTIS

Pertanyaan yang sering dilontarkan orang tua adalah apakah anaknya dapat secara total bebas dari autisme. Agak sulit untuk menerangkan pada orang tua bahwa autisme adalah gangguan yang tidak bisa disembuhkan (*not curable*), namun bisa diterapi (*treatable*). Maksudnya kelainan yang terjadi pada otak tidak bisa diperbaiki namun gejala-gejala yang ada dapat dikurangi semaksimal mungkin sehingga anak tersebut nantinya bisa berbaur dengan anak-anak lain secara normal. (Wenar, 1994)

Keberhasilan terapi dipengaruhi oleh beberapa faktor (Budiman, 1998) yaitu :

- a. berat ringannya gejala atau berat ringannya kelainan otak.
- b. usia, diagnosis dini sangat penting oleh karena semakin muda umur anak saat dimulainya terapi semakin besar kemungkinan untuk berhasil.
- c. Kecerdasan, makin cerdas anak tersebut makin baik prognosisnya
- d. Bicara dan bahasa, 20 % penyandang autis tidak mampu berbicara seumur hidup, sedangkan sisanya mempunyai kemampuan bicara dengan kefasihan yang berbeda-beda. Mereka dengan kemampuan bicara yang baik mempunyai prognosis yang lebih baik.
- e. Terapi yang intensif dan terpadu.

7.1. TERAPI YANG TERPADU

Penanganan / intervensi terapi pada penyandang autisme harus dilakukan dengan intensif dan terpadu. Terapi secara formal sebaiknya dilakukan antara 4 – 8 jam sehari. Selain itu seluruh keluarga harus terlibat untuk memacu komunikasi dengan anak. Penanganan penyandang autisme memerlukan kerjasama tim yang terpadu yang berasal dari berbagai disiplin ilmu antara lain psikiater, psikolog neurolog, dokter anak, terapis bicara dan pendidik.

Beberapa terapi yang harus dijalankan antara lain :

- a. Terapi medikamentosa
- b. Terapi psikologis
- c. Terapi wicara
- d. Fisioterapi

7.1.1. Terapi medikamentosa

Menurut dr. Melly Budiman (1998) , pemberian obat pada anak harus didasarkan pada diagnosis yang tepat, pemakaian obat yang tepat, pemantauan ketat terhadap efek samping dan mengenali cara kerja obat. Perlu diingat bahwa setiap anak memiliki ketahanan yang berbeda-beda terhadap efek obat, dosis obat dan efek samping. Oleh karena itu perlu ada kehati-hatian dari orang tua dalam pemberian obat yang umumnya berlangsung jangka panjang.

Saat ini pemakaian obat diarahkan untuk memperbaiki respon anak sehingga diberikan obat-obat psikotropika jenis baru seperti obat-obat antidepresan SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*) yang bisa memberikan keseimbangan antara neurotransmitter serotonin dan dopamine. Yang diinginkan dalam pemberian obat ini adalah dosis yang paling minimal namun paling efektif dan tanpa efek samping. Pemakaian obat akan sangat membantu untuk memperbaiki respon anak terhadap lingkungan sehingga ia lebih mudah menerima tata laksana terapi lainnya. Bila kemajuan yang dicapai cukup baik, maka pemberian obat dapat dikurangi bahkan dihentikan.

7.1.2. Terapi psikologis

Dalam penanganan autisme, seringkali perkembangan kemampuan berjalan lambat dan mudah hilang (Wenar,1994). Umumnya intervensi difokuskan pada meningkatkan kemampuan bahasa dan komunikasi, self-help dan perilaku sosial dan mengurangi perilaku yang tidak dikehendaki seperti melukai diri sendiri (*self mutilation*), temper tantrum dengan penekanan pada peningkatan fungsi individu dan bukan “menyembuhkan” dalam arti mengembalikan penyandang autis ke posisi normal.

Rutter (dalam Wenar, 1994) membuat pendekatan yang komprehensif dalam intervensi autisme yang memiliki tujuan :

- membantu perkembangan kognitif, bahasa dan sosial yang normal
- meningkatkan kemampuan belajar anak autistik
- mengurangi kekakuan dan perilaku stereotype dengan meningkatkan interaksi penyandang autis dengan orang lain dan tidak membiarkannya “hidup sendiri” . Interaksi yang kurang justru akan menyebabkan munculnya perilaku-perilaku yang tidak dikehendaki. Dalam hal ini pemberian mainan yang bervariasi juga dapat mengurangi kekakuan ini.
- mengurangi perilaku maladaptive seperti temper tantrum dan melukai diri sendiri
- mengurangi stress pada keluarga penderita autisme

Selanjutnya, Lieke Van Sleeuwen (1996) menyatakan intervensi psikologis anak-anak autistik harus terfokus pada :

- memberikan stimulasi spesifik dan latihan untuk mengkompensasikan keterlambatan perkembangan secara menyeluruh
- memutuskan atau mengurangi perilaku yang sulit ditangani oleh lingkungan yang menghambat proses belajar sosial dan pendidikan
- mencegah timbulnya gangguan sekunder yang mungkin muncul sebagai efek dari gangguan utama.

Ketiga hal ini hanya dapat dilaksanakan pada lingkungan yang sangat terstruktur dan teratur dengan baik. Anak autistik memiliki pola berpikir yang berbeda, mereka mengalami kesulitan memahami lingkungannya. Oleh karena itu memberikan lingkungan terstruktur merupakan titik awal dalam proses intervensi penyandang autis. Hal ini dapat dilakukan dengan cara sbb :

- a. Keteraturan waktu dan tempat
yaitu : jadwal harian yang tetap dan ruang yang pasti. Namun tidak berarti bahwa segala sesuatu harus terjadi dengan cara yang sama. Perubahan-perubahan kecil juga diperlukan agar anak autis dapat meningkatkan fleksibilitas mereka.
- b. Berhubung adanya kesulitan berpikir dan bertindak laku pada anak autis, maka perlu merangsang dan melatih anak melalui berbagai aspek yang disesuaikan dengan minat yang dimiliki anak.
- c. Pengajaran dilakukan secara bertahap dan bila memungkinkan menggunakan alat peraga
- d. Proses pendidikan berlangsung secara individual (khusus). Anak autis tidak memiliki ketrampilan sosial yang diperlukan untuk belajar dalam situasi kelompok. Oleh karena itu, pendekatan individual diberikan pada anak termasuk didalamnya *individual play training*. Training bermain ini merupakan terapi yang mengajari anak bermain dan membimbing anak ke dalam berbagai kemungkinan fungsional suatu mainan. Contohnya seperti sebuah mobil tidak hanya merupakan benda dengan roda yang berjalan tetapi juga dapat disetir dan mengangkut orang dan benda-benda lain.

Seperti halnya Rutter yang menekankan perlunya mengatasi stress pada keluarga, Sleeuwen (1996) juga menekankan pentingnya konseling keluarga. Setelah seorang anak didiagnosa autisme, adalah penting bahwa tidak hanya anak tersebut yang mendapatkan pertolongan, namun juga orang tua. Orang tua perlu diberikan pengertian mengenai kondisi anak dan mampu menerima anak mereka yang menderita autis. Mereka juga dilibatkan dalam proses terapi (Home training). Konsep yang ada dalam home training ini adalah orang tua belajar dan dilatih untuk dapat melakukan sendiri terapi yang dilakukan psikolog/terapis. Terapi tidak hanya dilakukan oleh terapis tetapi juga oleh keluarga di rumah. Terapi yang intensif akan meminimalisir kemungkinan hilangnya kemampuan yang telah dilatih dan dikuasai anak.

7.1.3. Terapi Wicara

Umumnya hampir semua penyandang autisme menderita gangguan bicara dan berbahasa. Oleh karena itu terapi wicara pada penyandang autisme merupakan keharusan. Penanganannya berbeda dengan penderita gangguan bicara oleh sebab lain. Salah seorang tokoh yang mengembangkan terapi bicara ini adalah Lovaas pada tahun 1977 yang menggunakan pendekatan behaviouris - model operant conditioning (dalam Wenar, 1994). Anak yang mengalami hambatan bicara dilatih dengan proses pemberian reinforcement dan meniru vokalisasi terapis.

Rutter (dalam Wenar, 1994) juga membahas mengenai terapi bicara dalam upaya meningkatkan kemampuan komunikasi anak autis. Ia membuat tabel *Promotion of Language Development* yang menerangkan alur kebutuhan dan masalah perkembangan bahasa anak autis disertai pemecahan masalah yang dapat dilakukan sebagai berikut :

TABEL I : Promotion of language Development

KEBUTUHAN	MASALAH	PEMECAHAN
1. Perubahan sosial	▶ isolasi sosial ▶ Kurang interaksi timbal balik	▶ Perencanaan interaksi ▶ Peningkatan kemampuan sosial ▶ Latihan Interaksi timbal balik terstruktur
2. Komunikasi sosial	▶ Kegagalan menggunakan bahasa sosial	▶ Latihan Pemberian Penguatan Fokus pd komunikasi
3. Kapasitas linguistik	▶ Tidak berkapasitas	▶ Latihan langsung ▶ Menggunakan tanda-alternatif lainnya

7.1.4. Fisioterapi

Pada anak autisme juga diberikan fisioterapi yang berfungsi untuk merangsang perkembangan motorik dan kontrol tubuh.

7.2 Alternatif terapi lainnya

Selain itu ada beberapa terapi lainnya yang menjadi alternatif penanganan penyandang autisme menurut pengalaman Sleeuwen (1996) , yaitu :

- a. Terapi musik
Meliputi aktivitas menyanyi, menari mengikuti irama dan memainkan alat musik. Musik dapat sangat bermanfaat sebagai media mengekspresikan diri, termasuk pada penyandang autisme.
- b. Son- rise program
Program ini berdasarkan pada sikap menerima dan mencintai tanpa syarat pada anak-anak autistik. Diciptakan oleh orangtua yang anaknya didiagnosa menderita autisme tetapi karena program latihan dan stimulasi yang intensif dari orangtua anak dapat berkembang tanpa tampak adanya tanda-tanda autistik.
- c. Program Fasilitas Komunikasi
Meskipun sebenarnya bukan bentuk terapi, tetapi program ini merupakan metode penyediaan dukungan fisik kepada individu dalam mengekspresikan pikiran atau ide-idenya melalui papan alfabet, papan gambar, mesin ketik atau komputer.
- d. Terapi vitamin
Penyandang autisme mengalami kemajuan yang berarti setelah mengkonsumsi vitamin tertentu seperti B 6 dalam dosis tinggi yang dikombinasikan dengan magnesium, mineral dan vitamin lainnya.
- e. Diet Khusus (Dietary Intervention) yang disesuaikan dengan *cerebral allergies* yang diderita penyandang autisme.

BAB III PENUTUP

Autisme merupakan gangguan perkembangan masa anak yang jumlahnya semakin meningkat saat ini. Namun hal ini tidak berarti anak yang menderita gangguan perkembangan lainnya seperti lambat bicara, sangat aktif dan kurang konsentrasi selalu menderita autisme. Diperlukan ketelitian dalam mendiagnosa

gejala karena sering sekali antara satu gejala gangguan tumpang tindih dengan gejala lainnya. Untuk itu diperlukan pemeriksaan yang terpadu dari berbagai ahli agar diagnosa gangguan yang ditegakkan tepat. Diagnosa yang tepat akan menghasilkan prognosa dan intervensi yang tepat.

Dalam pengklasifikasian gangguan autisme untuk tujuan ilmiah dapat digolongkan atas autisme ringan-sedang dan berat. Namun pengklasifikasian ini jarang dikemukakan pada orangtua karena diperkirakan akan mempengaruhi sikap dan intervensi yang dilakukan. Padahal untuk penanganan dan intervensi antara autisme ringan, sedang dan berat tidak berbeda. Penanganan dan intervensinya harus intensif dan terpadu sehingga memberikan hasil yang optimal.

Intervensi pada penyandang autisme mencakup pemberian obat (terapi medikamentosa), terapi psikologis (tata laksana perilaku) yang memfokuskan pada menghilangkan tingkah laku yang tidak dikehendaki dan membentuk tingkah laku yang dikehendaki, terapi wicara dan fisioterapi. Disamping itu dikenal juga beberapa alternatif terapi lainnya seperti terapi musik, son rise program, dstnya.

Kunci keberhasilan terapi adalah keterlibatan orangtua dalam proses terapi sehingga dikenal dengan home training atau home base program. Hal ini disebabkan peningkatan kemampuan pada penyandang autis bersifat lambat dan ada saatnya kemampuan yang telah diperoleh tersebut hilang. Kondisi ini umumnya timbul apabila penanganan yang dilakukan tidak intensif dan terputus-putus. Untuk itu orangtua harus memberikan perhatian yang lebih bagi anak penyandang autis. Selain itu penerimaan dan kasih sayang merupakan hal yang terpenting dalam membimbing dan membesarkan anak autis.

Prognosa untuk penyandang autis tidak selalu buruk. Prognosa yang cukup baik terdapat bagi anak autis yang mampu bicara sebelum usia 5 tahun dan memiliki tingkat intelegensi rata-rata. Mereka dapat bersekolah di sekolah normal pada saat remaja dapat melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi. Memang jumlahnya tidak banyak hanya sekitar 10 persen, namun hal ini menimbulkan harapan bagi penyandang autis.

Demikianlah gambaran sekilas mengenai autisme masa kanak, semoga makalah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya para mahasiswa psikologi di lingkungan PS Psikologi FK USU dan para orangtua yang memiliki anak autis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anastasi. A & Urbina S. *TES PSIKOLOGI. Psychological Testing 7 E*. Edisi Bahasa Indonesia Jilid 1. PT Prenhallindo. Jakarta 1997.
2. APA. *DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Fourth Edition. Washington DC, 1995.
3. Budiman Melly. *Makalah Simposium. Pentingnya Diagnosis Dini dan Penatalaksanaan Terpadu Pada Autisme*. Surabaya 1998.
4. Gulo Dali, *Kamus Psikologi*. Penerbit Tonis. Bandung 1982.
5. http://www.autism_society.org.2002
6. Nakita. Majalah . *Menangani Anak Autis*. PT. Gramedia .Jakarta 2002.

7. Sleenwen V. Lieke. *AUTISME. Petunjuk Untuk Orangtua, Guru dan Psikolog di Indonesia*. Yogyakarta 1996.
8. Sutadi Rudy. *Makalah. Intervensi Dini Tata Laksana Perilaku Penyandang Autisme*. Surabaya 1998.
9. Wenar. C. *DEVELOPMENTAL PSYCHOPATOLOGY. From Infancy to Adolescence*. Mc. Graw Hill Inc. New York. 1994