HUBUNGAN ANSIETAS DAN GEJALA *ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER* PADA SISWA SEKOLAH DASAR

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

SALSABILA PUTRI SYARIFAH

NIM : 030002200146

UNIVERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA, JULI 2025

Bidang Ilmu : Psikiatri

HUBUNGAN ANSIETAS DAN GEJALA *ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER* PADA SISWA SEKOLAH DASAR

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

SALSABILA PUTRI SYARIFAH

NIM : 030002200146

UNIVERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA, JULI 2025

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Proposal Skripsi

Judul :

HUBUNGAN ANSIETAS DAN GEJALA *ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER* PADA SISWA SEKOLAH DASAR

Salsabila Putri Syarifah

NIM : 030002200146

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Kamis, Tanggal 3 Juli 2025

Pembimbing

Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK : 2613/USAKTI

UCAPAN TERIMAKASIH

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke-hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan Rahmat, karunia, dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan proposal skripsi ini dengan baik. Proposal ini disusun sebagai salah satu syarat untuk melanjutkan ke tahap penyusunan skripsi pada Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

Dalam kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan, dukungan, dan doa selama proses penyusunan proposal ini. Ucapan terima kasih secara khusus penulis sampaikan kepada:

1. Dr. dr. Yenny, Sp.FK selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti sekaligus sebagai dosen pembimbing yang dengan penuh kesabaran telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, serta motivasi kepada penulis dalam proses penyusunan proposal skripsi ini.
2. Seluruh dosen dan staf pengajar ke lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti, atas ilmu dan pengalaman berharga yang dibagikan kepada penulis selama masa studi penulis di bangku perkuliahan.
3. Kedua orang tua tercinta, Bapak Masjhuri Sjuaib dan Ibu Sri Ningsih yang senantiasa berada di sisi penulis dalam ssegala situasi, menjadi sumber semangat dan kekuatan bagi penulis, serta tidak henti-hentinya memberikan doa, kasih sayang, dan dukungan moral maupun material dalam setiap langkah penulis.
4. Adik saya, Hana Azizah Putri yang selalu berada pada sisi penulis, melihat penulis sebagai seorang panutan, serta selalu memberikan dukungan, semangat, perhatian, dan doa kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, penulis sangat terbuka terhadap segala bentuk saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi di tahap selanjutnya. Semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Salsabila Putri Syarifah
NIM	: 030002200146
Program Studi	: Pendidikan Dokter
Alamat Korespondensi	: Apartemen Green Pramuka City, Jakarta Pusat
Telepon / Mobile	: 081617377789
Email	: 030002200146@std.trisakti.ac.id
Judul skripsi	: Hubungan Ansietas dan Gejala *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* Pada Siswa Sekolah Dasar

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal skripsi ini belum pernah di ajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang sepengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan proposal skirpsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta,.....2025

Salsabila Putri Syarifah

030002200146

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan proposal skripsi ini yang berjudul "Hubungan Ansietas dan Gejala *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* Pada Siswa Sekolah Dasar" sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi pada Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, baik dari isi maupun penyajiannya. Penulis telah berusaha sebaik mungkin agar dalam penyusunan proposal ini dapat dilaksanakan dengan optimal dan diterima dalam siding seminar proposal penelitian. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan dalam tahap selanjutnya.

Penulisan proposal ini tentunya tidak terlepas dari bimbingan, arahan, dan dukungan dosen pembimbing skripsi, Dr. dr. Yenny Sp.FK yang dengan penuh kesabaran membimbing penulis hingga proposal ini selesai. Besar harapan saya, semoga proposal penelitian ini dapat bermanfaat dan menajdi referensi tambahan bagi siapa saja yang memerlukan informasi terkait topik penelitian yang serupa.

Salsabila Putri Syarifah

030002200146

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL i
PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
UCAPAN TERIMAKASIH iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR LAMPIRAN x
DAFTAR ARTI SINGKATAN xi

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Perumusan Masalah 2
1.3 Tujuan 2
1.3.1 Tujuan Umum 2
1.3.2 Tujuan Khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 3

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 4
2.1 Tinjauan Pustaka 4
2.1.1 *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) 4
2.1.1.1 Definisi 4
2.1.1.2 Epidemiologi 4
2.1.1.3 Faktor Risiko 5
2.1.1.4 Patofisiologi 6
2.1.1.5 Diagnosis 6
2.1.1.6 Tatalaksana 8
2.1.2 Ansietas 9
2.1.2.1 Definisi 9
2.1.2.2 Epidemiologi 9
2.1.2.3 Faktor Risiko 9
2.1.2.4 Patofisiologi 10
2.1.2.5 Gejala 11
2.1.2.6 Tatalaksana 12

2.1.3 Hubungan Ansietas dengan Gejala ADHD 13
2.2 Ringkasan Pustaka 15
2.3 Kerangka Teori..... 16

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 17
3.1 Kerangka Konsep 17
3.2 Variabel Penelitian 17
3.2.1 Variabel Bebas 17
3.2.2 Variable Tergantung..... 17
3.3 Definisi Operasional..... 18

BAB IV METODE 20
4.1 Desain..... 20
4.2 Lokasi dan Waktu 20
4.3 Populasi dan Subjek 20
4.3.1 Populasi 20
4.3.1.1 Populasi Target..... 20
4.3.1.2 Populasi Terjangkau..... 20
4.3.2 Subjek..... 20
4.3.2.1 Kriteria Pemilihan Subjek 20
4.3.2.2 Perhitungan Jumlah Subjek..... 21
4.4 Bahan dan Instrumen..... 22
4.5 Analisis Statistik 23
4.5.1 Analisis Univariat..... 23
4.5.2 Analisis Bivariat 23
4.6 Alur Kerja Penelitian..... 24
4.7 Etika Penelitian 24
4.8 Penjadwalan Penelitian 25

DAFTAR PUSTAKA.....26
LAMPIRAN.....29

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan Pustaka 15
Tabel 2. Definisi Operasional 18
Tabel 3. Penjadwalan Pelaksanaan Penelitian 25

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori..... 16
Gambar 2. Kerangka Konsep 17
Gambar 3. Alur Kerja..... 24

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table*..... 29
Lampiran 2. Hubungan gejala ansietas dan gejala ADHD siswa Sekolah Dasar . 30
Lampiran 3. *Informed Consent.* 31
Lampiran 4. Formulir Persetujuan. 32
Lampiran 5. Kuesioner Sosiodemografi. 33
Lampiran 6. Kuesioner Sakal Penilaian Anak Hiperaktif Indonesia (SPPAHI)... 34
Lampiran 7. Kuesioner *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS).* ... 38

DAFTAR ARTI SINGKATAN

5-HT	5-Hydroxytryptamine
ADHD	*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
CDC	*Center for Disease*
DSM-V	Manual Diagnostik dan Statistik, Edisi Kelima
GABA	*Gamma-amino Butyric Acid*
PAH	*Polycyclic Romatic Hydrocarbons*
RCMAS	*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*
SNRI	*Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors*
SPPAHI	Skala Penilaian Perilaku Anak Hiperaktif Indonesia
SSRI	*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*
GPPH	Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas
WHO	World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) atau dalam Bahasa Indonesia disebut juga dengan Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas (GPPH) adalah kondisi gangguan perkembangan saraf peristen.(1) Gangguan ini ditandai oleh beberapa gejala utama berupa kesulitan mempertahankan perhatian, hiperaktivitas, serta impulsivitas yang tidak sesuai dengan usia dan tingkat perkembangan individu tersebut.(2) Gejala ini umumnya sudah dapat diidentifikasi sejak masa kanak-kanak dan sering berlanjut hingga dewasa. Menurut Manual Diagnostik dan Statistik, Edisi Kelima (DSM-V), ADHD harus dimulai sebelum usia 12 tahun, berlangsung setidaknya selama enam bulan, dan terjadi setidaknya di dua tempat terpisah, seperti rumah dan sekolah.(3)

Center for Disease (CDC) pada tahun 2022, memperkirakan sekitar 7 juta anak di Amerika Serikat berusia 3–17 tahun pernah didiagnosis dengan ADHD.(4) Data dari Badan Pusat Statistik Nasional tahun 2007 menunjukkan bahwa sebanyak 82 juta anak, satu dari lima anak dan remaja yang berusia dibawah 18 tahun memiliki permasalahan kesehatan jiwa. 16 juta diantaranya mengalami masalah kejiwaan yang termasuk ADHD.(5) Penelitian yang dilakukan secara terbatas pada tahun 2010 di Jakarta menujukkan prevalensi ADHD sebesar 4,2% paling banyak ditemukan di anak usia sekolah dengan jenis kelamin anak laki-laki.(6)

Penyebab pasti ADHD sampai saat ini belum diketahui pasti. Terdapat beberapa faktor risiko yang diduga meningkatkan kejadian ADHD seperti faktor genetik, lingkungan, sosial ekonomi orang, tingkat pendidikan orang tua, orang tua usia, paparan asap rokok, riwayat kehamilan yang beresiko, riwayat kelahiran dengan berat badan lahir rendah, serta riwayat kelahiran prematur.(6)

Ansietas atau gangguan kecemasan adalah komorbid yang sering terjadi pada anak dengan ADHD. *Center for Disease* (CDC) menyatakan sekitar 4 dari 10 anak

dengan ADHD mengalami kecemasan.[4] Salah satu teori yang menjelaskan bagaimana ansietas dapat mempengaruhi ADHD adalah teori *dual-pathway*. Teori ini menyatakan bahwa adanya disfungsi pada sistem eksekutif frontal dan disfungsi pada sistem otak yang berkaitan dengan emosi dan motivasi.[7]

Beberapa studi mendukung adanya hubungan antara ansietas dengan ADHD. Berdasarkan studi yang dilakukan oleh dan Oh, et al[8] menunjukkan hasil yang signifikan *(P*<0.0001), sedangkan studi yang dilakukan oleh Gair et, al menunjukkan bahwa gejala kecemasan tidak memprediksi gejala ADHD di kemudian hari dengan subjek penelitian usia balita.[9]

ADHD dapat memengaruhi berbagai aspek kehidupan, termasuk prestasi akademik, hubungan sosial, dan kinerja pekerjaan. Siswa dengan gangguan ADHD dapat mengalami penurunan fungsi eksekutif, disfungsi pada proses sensorik dan kognitif dalam koding persepsi dan motorik. Anak-anak dengan ADHD akan cenderung sulit untuk bertahan dalam mengerjakan tugas atau aktivitas yang membutuhkan fokus dan konsentrasi.[10] Maka dari itu penting untuk mendeteksi adanya hubungan antara anseitas dan ADHD pada usia sekolah sehingga meningkatkan kesadaran orang tua dan tenaga pendidik bahwa ada faktor lain yang mempengaruhi kualitas dan potensi anak.

1.2 Perumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara ansietas dengan ADHD pada siswa Sekolah Dasar?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk meningkatkan status kesehatan mental remaja dengan menentukan hubungan antara ansietas dengan ADHD pada siswa Sekolah Dasar.

1.3.2 Tujuan Khusus

- Untuk menentukan proporsi usia, kelas, jenis kelamin, usia orang tua, tingkat pendidikan orang tua dengan ansietas & ADHD pada siswa Sekolah Dasar.
- Untuk menentukan hubungan ansietas dengan ADHD pada siswa Sekolah Dasar.

1.4 Hipotesis

- Ansietas berhubungan dengan ADHD pada siswa Sekolah Dasar.

1.5 Manfaat

- Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

  Penelitian ini diharapkan mampu memberikan pemahaman mengenai adanya komorbiditas yang dapat menggangu adanya fungsi keseharian dan kognitif seperti memori kerja, pengaturan diri, dan pemecahan masalah.
- Bagi profesi/institusi

  Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan untuk para tenaga medis agar mempertimbangkan adanya komorbiditas ansietas dalam ADHD yang memperburuk kondisi dan manifestasi dari ADHD.
- Bagi masyarakat

  Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong kesadaran masyarakat mengenai ADHD, terutama orang tua dengan anak usia sekolah sehingga meningkatkan kesadaran mengenai adanya peran masalah psikologis yang dapat mempengaruhi kualitas belajar dan keseharian anak

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD)

2.1.1.1 Definisi

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) atau dalam Bahasa Indonesia disebut juga dengan Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas (GPPH) adalah kondisi gangguan perkembangan saraf peristen.[1] Gangguan ini ditandai oleh beberapa gejala utama berupa kesulitan mempertahankan perhatian, hiperaktivitas, serta impulsivitas yang tidak sesuai dengan usia dan tingkat perkembangan individu tersebut.[2] Gejala ini umumnya sudah dapat diidentifikasi sejak masa kanak-kanak dan sering berlanjut hingga usia dewasa. Menurut Manual Diagnostik dan Statistik, Edisi Kelima (DSM-V), ADHD harus dimulai sebelum usia 12 tahun, berlangsung setidaknya selama enam bulan, dan terjadi setidaknya di dua tempat terpisah, seperti rumah dan sekolah.[3]

2.1.1.2 Epidemiologi

Berdasarkan data survei nasional yang dilakukan terhadap orang tua pada tahun 2022 oleh *Center for Disease* (CDC), diperkirakan sekitar 7 juta anak usia 3-17 tahun di Amerika Serikat pernah terdiagnosis dengan ADHD.[4] Studi yang dilakukan oleh Salari, et al.[11] terhadap 61 studi *cross sectional*, hasilnya menunjukkan bahwa 7,6% anak usia 3–12 tahun dan 5,6% remaja usia 12–18 tahun terdiagnosis ADHD.[11] Data epidemiologi ADHD di Indonesia sangat terbatas. Menurut Hayati et,al.[12] kasus ADHD di Indonesia terbilang cukup tinggi dengan jumlah kasus mencapai 26,4%. Data tersebut diperkuat dengan data dari Badan Pusat Statistik Nasional pada tahun 2007 yang menyatakan bahwa dalam 82 juta anak di Indonesia, satu diantara lima anak dan remaja yang berusia dibawah 18 tahun memiliki permasalahan kesehatan jiwa dengan 16 juta diantaranya mengalami masalah kejiwaan yang termasuk ADHD.[5] Penelitian yang dilakukan

secara terbatas di tahun 2010 di Jakarta, prevalensi ADHD sebesar 4,2% dan paling banyak ditemukan pada anak usia sekolah dengan jenis kelamin laki-laki.[6]

2.1.1.3 Faktor Risiko

Faktor Risiko ADHD bersifat multifaktorial, melibatkan faktor genetik dan lingkungan, seperti paparan rokok selama kehamilan dan kekerasan terhadap anak.[13] Beberapa faktor risiko yang diduga dapat meningkatkan kejadian ADHD:

a. Genetik.

Dikatakan bahwa riwayat keluarga dan bayi kembar heritablititasnya diperkirakan hingga 76%.

b. Usia orang tua.

Usia orang tua yang terlalu muda dikatakan berpengaruh pada kesiapan dari orang tua dalam melakukan tugas dan fungsinya. Orang tua yang berusia dibawah 20 tahun meiliki risiko 1,5 kali lebih besar untuk memiliki anak dengan ADHD. [14]

c. Sosial ekonomi orang tua.

Orang tua dengan sosial ekonomi yang lebih rendah berisik lebih tinggi untuk memiliki anak dengan ADHD. Kondisi sosial ekonomi dikaitkan dengan kualitas hidup seseorang, dimana seseorang dengan sosial ekonomi lebih baik maka kualitas hidupnya juga lebih baik.[15]

d. Paparan asap rokok.

Studi literatur yang dilakukan oleh Adiputra, *et al* menyatakan bahwa terdapat berbagai kandungan bahan kimia yang ada di dalam rokok diduga dapa meningkatkan kejadian ADHD pada anak. Diduga kandungan *Polycyclic Romatic Hydrocarbons* (PAH) yang ada di asap rokok menjadi penyebab ADHD pada anak.[14]

e. Ibu merokok dan mengkonsumsi alkohol saat hamil.

f. Ibu hamil dengan obesitas.

g. Riwayat kelahiran dengan berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran premature, dan APGAR skor rendah saat lahir

Ketiga faktor ini dikatakan meningkatkan kemungkinan ADHD pada anak. Anak dengan riwayat kelahiran premature saat lahir memiliki risiko 1,5 kali lebih

besar untuk mengalami ADHD di kemudian hari. Riwayat lahir dengan APGAR skor kurang dari 7 meningkatkan risiko ADHD pada anak.[14]

2.1.1.4 Patofisiologi

Anak dengan ADHD menunjukkan penurunan volume dan hipoaktivitas di beberapa area otak. Penelitian yang dilakukan oleh Dark, et al.[16] menemukan bahwa adanya variasi genetik yang mempengaruhi perkembangan otak yang berperan dalam munculnya ADHD dan perubahan ukuran volume di beberapa bagian otak. Hiperaktivitas dan hipoaktivitas dari sistem katekolamin diduga mengakibatkan munculnya serangkaian gejala pada ADHD. Pada kondisi hipoaktif, dopamin dan norepinefrin yang dirilis berkurang sehingga tidak cukup untuk menstimulasi reseptor di pasca sinaps. Hal ini menyebabkan munculnya gejala impulsif dan mudah terdistraksi. Sebaliknya, pada kondisi stres, dopamin dan norepinefrin dirilis dalam jumlah yang terlalu banyak sehingga timbul gejala hiperaktivitas dan disorganisasi perilaku pada individu dengan ADHD.[16]

2.1.1.5 Diagnosis

Kriteria diagnosis menurut Manual Diagnostik dan Statistik, Edisi Kelima (DSM-V).[3]

A. Pola yang menetap dari kurang perhatian dan/atau hiperaktivitas-impulsivitas yang mengganggu fungsi atau perkembangan, ditunjukkan oleh (1) dan/atau (2):

1. Inatensi (Kurang Perhatian)

Syarat: Enam (atau lebih) gejala berikut terjadi selama ≥6 bulan, tidak sesuai dengan tingkat perkembangan dan mengganggu fungsi sosial/akademik/pekerjaan.

Catatan**:** Gejala ini tidak disebabkan oleh perilaku oposisi, permusuhan, atau ketidakpahaman terhadap instruksi. Untuk usia 17 tahun ke atas, hanya perlu lima gejala.

Gejalanya meliputi:

a. Sering tidak teliti atau ceroboh dalam tugas/tanggung jawab.

b. Sulit mempertahankan perhatian dalam aktivitas.

c. Tampak tidak mendengarkan saat diajak bicara langsung.

d. Tidak menyelesaikan tugas atau sering teralihkan.

e. Kesulitan mengatur tugas dan aktivitas (misal: berantakan, tidak teratur, buruk dalam manajemen waktu).

f. Menghindari atau menolak aktivitas yang memerlukan fokus mental panjang.

g. Sering kehilangan barang penting (misal: kunci, buku, kacamata).

h. Mudah terdistraksi oleh rangsangan luar.

i. Pelupa dalam aktivitas sehari-hari.

2. Hiperaktivitas dan Impulsivitas

Syarat: Enam (atau lebih) gejala berikut selama ≥6 bulan yang tidak sesuai usia dan berdampak negatif pada fungsi.

Catatan: Sama seperti poin inatensi, untuk usia 17 tahun ke atas hanya butuh 5 gejala.

Gejalanya meliputi:

a. Sering gelisah atau mengetuk tangan/kaki.

b. Sulit duduk diam saat diperlukan.

c. Sering berlari atau memanjat dalam situasi yang tidak pantas.

d. Sulit bermain/beraktivitas dengan tenang.

e. Terlihat selalu “dalam mode aktif” seperti digerakkan oleh mesin.

f. Berbicara berlebihan.

g. Menjawab sebelum pertanyaan selesai.

h. Sulit menunggu giliran.

i. Mengganggu orang lain (misal: menyela pembicaraan, menggunakan barang tanpa izin).

B. Beberapa gejala muncul sebelum usia 12 tahun.

C. Gejala muncul di ≥2 lingkungan (misal: rumah dan sekolah).

D. Gejala menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi sosial, akademik, atau kerja.

E. Gejala tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan mental lain (misal: skizofrenia, gangguan mood, kecemasan, kepribadian, atau zat adiktif).[3]

2.1.1.6 Tatalaksana

Obat dalam terapi ADHD dikategorikan menjadi obat golongan stimulan dan non stimulant. Golongan stimulan digunakan sebagai terapi lini pertama dalam penatalaksanaan ADHD baik di usia anak maupun dewasa, obat golongan ini terdiri dari metilfenidat dan amfetamin. Kedua obat tersebut memiliki cara kerja yang mirip. Metilfenidat menghambat penyerapan kembali dopamin dan norepinefrin di presinaps yang menyebabkan peningkatan trnasmisi dari katekolamin. Amfetamin memiliki cara kerja yang sama dengan metilfenidat, namun amfetamin juga memberi efek taambahan yaitu meningkatkan pelepasan dopamin di presinaps. Golongan stimulan terbukti efektif dalam mengurangi gejala ADHD. Efek samping yang paling sering timbul berupa penurunan nafsu makan, mulut kering, dan mual.[17]

Obat golongan stimulant merupakan terapi lini kedua dalam penatalaksanaan ADHD, obat-obat ini perlu dipertimbangkan apabila pengobatan menggunakan stimulant tidak memadahi. Efektivitas obat golongan non stimulan cenderung lebih rendah dibandingkan dengan golongan stimulan, maka dari itu biasanya obat golongan stimuulan digunakan sebagai alternatif apabila pasien memiliki respon yang kurang baik atau mengalami efek samping yang berat dari penggunaan obat golongan stimulan. Obat-obatan golongan non stimulant adalah atomoxetine yang berkerja ssebagai penghambat norepinefrin dan golongan agonis α-2 yaitu guanfacine dan clonidine.[17]

2.1.2 Ansietas

2.1.2.1 Definisi

Gangguan kecemasan adalah kondisi yang mencakup sejumlah kondisi mental yang ditandai oleh ketakutan dan kecemasan berlebihan serta perilaku yang muncul akibat kondisi tersebut. Kecemasan lebih berkaitan dengan kekhawatiran terhadap ancaman yang mungkin terjadi di masa depan.[(3))]

2.1.2.2 Epidemiologi

Menurut WHO, diperkirakan 4% dari populasi global saat ini mengalami gangguan kecemasan. Pada tahun 2019, 301 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan kecemasan. Data tersebut menjadikan gangguan kecemasan merupakan gangguan mental yang paling umum.[(18)] Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa di Indonesia sekitar 8 juta kasus dari total populasi menderita gangguan kecemasan dan mengalami peningkatan tiap tahunnya.[(19)]

2.1.2.3 Faktor Risiko

Beberapa faktor yang diduga dapat menimbulkan gejala gangguan kecemasan:

a. Faktor genetik dan fisiologis

Gangguan ini memiliki komponen genetik yang kuat, dengan kemungkinan diwariskan hingga 73%.[(3))]

b. Usia

Usia remaja dan dewasa muda (12-25 tahun) merupakan usai kritis dimana dapat timbul berbagai jenis kecemasan, tergantung dengan onsetnya.[(20)] Usia lansia merupakan usia rentan karena adanya faktor kehilangan, sendirian, dann juga kekhawatiran terhadap kematian.[(21)]

c. Jenis kelamin

Jenis kelamin dibedaka secara biologi laki-laki dan Perempuan. Hal ini menunjukkan perbedaan secara mendasar, salah satunya dari respon emosi yang dipengaruhi oleh cara kerja hormon dan struktur organ.[(22)] Menurut Farhane-Medina et, al. menunjukkan adanya perbedaan koneksi sistem frontal limbik laki-laki dan perempuan terhadap emosi negative atau stressor. Ketika berhadapan

dengan stressor, pada lakil-laki teraktivasi pada bagian korteks dorsomedial prefontral yang berhubungan dengan perencanaan dan pengerjaan oleh testosteron.[23]

d. Pendidikan

Tingkat Pendidikan yang tinggi dapat berperan dalam faktor seperti tekanan akademis, masalah keuangan, dan penyesuaian dengan lingkungan sosial. Sifat kompetitis dari lingkungan ditambah dengan ekspetasi yang tinggi baik yang berasal dari dalam diri individu tersebut maupun yang berasal dari orang lain dapat menimbulkan stress dan kecemasan.[21]

e. Pekerjaan

Beberapa faktor seperti kondisi emosional sehari-hari di tempat kerja seperti pekerjaan yang tidak menentu, kemungkinan kehilangan pekerjaan, pendapatan yang tidak menentu, dan pekerjaan yang monoton dan berulang dilaporkan menimbulkan tekanan emosional atau keadaan emosional yang menggangu.[21]

f. Status pernikahan

Hubungan antara gangguan kecemasan dengan status pernikahan dapat dihubungan dalam berbagai aspek. Aspek seperti status ekonomi dan kesiapan mental untuk mejalankan pernikahan, kualitas hubungan yang terjalin antara pasangan, serta dukungan sosial dan keluarga berpengaruh dalam tingkat kecemasan individu.[21]

2.1.2.4 Patofisiologi

Patofisologi dari ansietas sering dikaitkan dengan neurokimia, yakni Noradrenergik, serotonin, dan GABA.[24]

a. Model Noradrenergik

Pada individu dengan dengan gangguan kecemasan, sistem saraf otonom mereka menunjukkan kepekaan yang lebih tinggi dan reaksi yang berlebihan terhadap berbagai stimulus atau rangsangan. Aktivasi LC (Locus Caeruleus) oleh glukokortikoid berperan dalam aktivasi pelepasan norepinefrin yang menstimulasi sistem saraf simpatik dan parasimpatis dalam mekanisme engaturan kecemasan.[24]

b. Model Serotonin

Reseptor serotonin (5-HT) diyakini memiliki peran biologis di berbagai obat yang digunakan untuk mengatasi gangguan suasana hati, termasuk gejala kecemasan. Regulasi abnormal dari pelepasan 5- HT, *reuptake* atau respons abnormal terhadap signal 5-HT dapat menjadi faktor dari timbulnya gangguan kecemasan.[24]

c. Model GABA (*Gamma-amino Butyric Acid*)

GABA merupakan neurotransmiter inhibitor dalam sistem saraf pusat yang bertugas untuk mengatur banyak rangsangan di daerah otak. GABA mempengaruhi tingkat kecemasan dengan merangsang pelepasan neurotransmitter lain seperti *cholecystokinin* dan berperan sebagai inhibitor dari aktivitas saraf pada sistem serotonergik dan noradrenergik.[24]

2.1.2.5 Gejala

Gejala dan ciri utama kecemasan tidak hanya ditentukan oleh kriteria berdasarkan DSM-V, Adapun pola perilaku dan respon emosional yang khas. Tujuh ciri utama kecemasan pada anak dan remaja adalah:[25]

1. *Over-alertness* (hiperwaspada).

Anak dan remaja dengan kecemasan sering kali tegang dan sangat waspada. Remaja dengan kecemasan menunjukkan sikap terus mencari tanda-tanda bahaya di sekitar mereka dan cenderung sensitif terhadap perubahan kecil dan memberikan reaksi yang berlebihan. Contohnya remaja dengan kecemasan kan sangat sensitif terhadap penilaian sosial atau merasa gelisah saat berpisah dari orang-orang terdekat.[25]

2. Reaktivitas terhadap perubahan.

Remaja dengan kecemasan akan menunjukkan reaksi emosional yang berlebihan terhadap situasi baru yang tidak terduga terhadap perubahan.[25]

3. Respon menghindar.

Penghindaran merukan mekanisme yang paling umum yang digunakan oleh remaja jika mereka dihadapkan dengan situasi yang dapat menakutkan. Reaksi tersebut dapat ditimbulkan dengan cara seperti merengek, menangis, menunda, atau

bernegosiasi agar tidak perlu menghadapainya. Sikap yang biasa ditunjukkan seperti enggan masuk sekolah, mengindari kegiatan sosial, atau menolak ikut serta dalam kegiatan.[25]

4. Keluhan somatik.

Remaja dengan kecemasan sering kali mengeluh sakir kepala, sakit perut, pusing, mual, jantung berdebar, otot terasa tegang berkeringat, dan gangguan tidur. Gejala ini sering timbul menjelang situasi yang menurut mereka tidak nyaman dan mereda ketika mereka merasa aman.[25]

5. Reaksi emosional yang berlebihan.

Anak dan remaja dengan kecemasan dapat menunjukkan reaksi yang lebih ekstrem ketika mereka tidak dapat mengindari situasi yang membuat mereka merasa tidak aman atau ketika berhadapan dengan stres ringan. Reaksi yang dapat mereka timbulkan seperti mengamuk, menangis histeris, atau bahkan membeku.[25]

6. Kepekaan berlebihan pada ancaman.

Remaja dengan kecemasan secara kognitif akan lebih fokus pada informasi yang mengandung ancaman dan cenderung lebih cepat bereaksi daripada remaja tanpa kecemasan.[25]

7. Akomodasi orang tua.

Orang tua sering kali tidak sadar bahwa mereka memperkuat kecemasan anak dengan menghindarkan anak dari situasi yang membuat mereka takut. Akomodasi ini dapat memperburuk kecemasan karena anak tidak belajar untuk menghadapi ketakutannya.[25]

2.1.2.6 Tatalaksana

Beberapa tatalaksana farmakologi yang dapat diberikan kepada individu dengan ansietas :

a. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs*)

SSRI merupakan obat yang menghambat *reuptake* dari serotonin.[26] Obat ini bekerja dengan menghambat jalur serotonin dan menyebabkan penurunan respons dari reseptor serotonin di post sinaptik yang menyebabkan aktivitas jalur serotonergic dapat kembali normal.[27] SRRI sering diindikasikan untuk pengobatan

depresi, namun dapat digunakan sebagai terapi lini pertama gangguan kecemasan karena keseimbangan dari efek dan juga risiko penggunaan yang lebih mininum.[28] Beberapa obat yang termasuk dalam golongan obat ini diantaranya adalah fluoxetine, sertraline, citalopram, escitalopram, fluvoxamine, paroxetine dan vilazodone.[27]

b. *Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors* (SNRI)

Golongan SNRI biasanya digunakan apabila terjadi kegagalan atau respon yang tidak adekuat dari penggunaan golongan SRRI. SNRI bekerja dengan menghambat transporter serotonin dan norepinefrin. Respon pasien yang dengan pengobatan golongan SNRI sangat bervariasi. Pada Sebagian pasien, obat ini justru memperburuk gejala kecemasan mereka karena efek dari peningkatan aktivitas norepinefrin. Bagi pasien yang tidak mengalami efek tersebut, peningkatan tonus norepinefrin justru mampu mingkatkan efektivitas dari obat ini. Obat-obatan yang termasuk golongan SNRI adalah venlafaxine, desvenlafaxine, dan duloxetine.[27]

c. Benzodiazepines

Benzodazepin dahulu sering dipakai untuk penggobatan ansietas dan dianggap sebagai terapi lini pertama.[27] Obat ini sangat efektif untuk mengurangi gejala kecemasan akut, namun risiko efek sampingnya yang tinggi bila digunakan dalam jangka waktu yang panjang dan dalam dosis yang tinggi sehingga obat ini sekarang digunakan terbatas hanya untuk pengobatan jangka pendek.[26] Beberapa efek samping yang ditimbulkan dari penggunakan benzodiazepine adalah munculnya ketergantungan, risiko yang tinggi dalam proses penghentian penggunaan obat, penurunan fungsi kognitif dan koordinasi, risiko overdosis yang tinggi apabila dikonsumsi bersamaan dengan alkohol atau obat golongan opioid, dan terhambatnya kemampuan otak untuk menyimpan memori baru sehingga dapat berpengaruh pada efektivitas psikoterapi.[27]

2.1.3 Hubungan Ansietas dengan Gejala ADHD

Salah satu teori yang mendukung komorbiditas antara ansietas dengan gejala ADHD adalah teori *dual-pathway*. Teori ini menyatakan bahwa adanya keterlibatan dua sistem yang saling berinteraksi, yakni disfungsi pada sistem

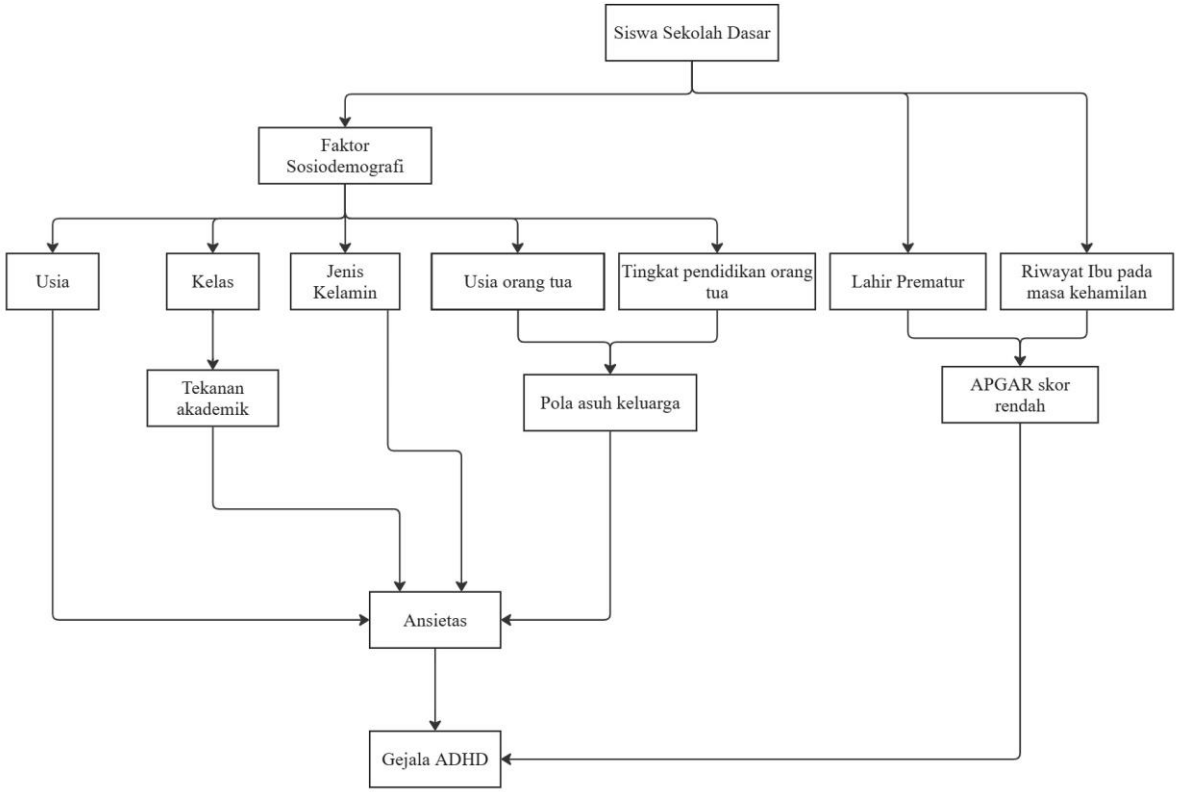
eksekutif frontal dan disfungsi pada sistem otak yang berkaitan dengan emosi dan motivasi. Interaksi antara gejala ADHD dan ansietas menunjukkan bahwa adanya penurunan fungsi inhibisi otak terhadap stimulus stress, yang dimana sistem inhibitor yang terganggu dapat meningkatkan kepekaan terhadap rangsangan yang berasal dari stress emosional maupun stress sosial. Kombinasi antara kedua sistem tersebut saling mempengaruhi dalam menghasilkan gejala seperti inatensi, hiperaktivitas, dan impulsivitas.[7]

2.2 Ringkasan Pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Oh, *et al.*[29]	Korea 2018	Potong silang	209 orang usia 20 tahun hingga 31 tahun.	Variabel bebas: ansietas Variabel tergantung: Keparahan gejala ADHD dan gangguan fungsi	-	Ansietas mempengaruhi gejala inatensi dan gangguan fungsi ($p<0.001$). Ansietas mempengaruhi gejala hiperaktivitas dan gangguan fungsi ($p<0.001$). Ansietas mempengaruhi gejala impulsifitas dan gangguan fungsi ($p<0.001$).
Van de Meer, *et al.*[30]	Netherlands 2018	Potong silang	371 orang usia remaja dan dewasa muda dengan rata-rata usai 17 tahun	Variabel bebas : Ansietas Variabel tergantung: ADHD dan aktivitas otak yang terkait dengan memori kerja	-	Tingkat keparahan dari kecemasan mempengaruhi hubungan antara ADHD dan aktivitas cerebellum
Gair, *et al.*[31]	Massachusets 2021	Panel lintas	258 anak usia diatas 3 tahun	Variabel bebas: Gejala ansietas Variabel tergantung: Gejala ADHD	3 tahun	Gejala kecemasan tidak memprediksi gejala ADHD ($p=0.865$)

2.3 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

3.2 Variabel Penelitian

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah ansietas.

3.2.2 Variable Tergantung

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah gejala ADHD.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Usia	Lama waktu hidup sejak dilahirkan.	Kuesioner	Kuesioner	Remaja: 10-18 tahun	Ordinal	Kamus Besar Bahasa Indonesia[32] Kementrian Kesehatan Republik Indonesia[33]
Kelas	Suatu kelompok orang yang melakukan kegiatan belajar Bersama sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.	Kuesioner	Kuesioner	Kelas 5 Kelas 6	Ordinal	Annisa[34] Hidayatulloh, *et al*.[35]
Jenis kelamin	Keadaan biologis yang membedakan individu laki laki dan perempuan.	Kuesioner	Kuesioner	Laki-laki Perempuan	Nominal	Kementrian Kesehatan Republik Indonesia[33]
Usia Orang Tua	Lama waktu hidup sejak dilahirkan.	Kuesioner	Kuesioner	Dewasa: 28-59 tahun Lansia: 60 tahun keatas	Ordinal	Kamus Besar Bahasa Indonesia[32] Kementrian Kesehatan Republik Indonesia[33]
Tingkat Pendidikan Orang Tua	Tahapan Pendidikan yang ditetapkan secara berkelanjutan.	Kuesioner	Kuesioner	Pendidikan Dasar: SD Pendidikan Menengah: SMP-SMA Pendidikan Tinggi: Sarjana	Ordinal	Dahliah, *et al*.[36]

Gejala ADHD	Gangguan perkembangan saraf yang ditandai dengan gejala utama berupa kesulitan mempertahankan perhatian, hiperaktivitas, dan impulsivitas yang tidak sesuai dengan usia dan tingkat perkembangan individu.	Kuesioner	Kuesioner	Risiko rendah : 0-30 Risiko tinggi : 31-105	Ordinal	Bishop, *et al*.[2] Juniar, *et, al*.[1]
Ansietas	Kondisi yang mencakup sejumlah kondisi mental yang ditandai oleh ketakutan dan kecemasan berlebihan serta perilaku yang muncul akibat kondisi tersebut.	Kuesioner	Kuesioner	Rendah : 1-9 Sedang : 10-18 Tinggi : 19-28	Ordinal	DSM-V [3] Nafisah, *et al*.[37]

BAB IV

METODE

4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode *cross-sectional* atau potong lintang untuk menganalisa hubungan ansietas dengan ADHD pada siswa Sekolah Dasar.

4.2 Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di Sekolah Dasar X, di bulan September sampai November 2025.

4.3 Populasi dan Subjek

4.3.1 Populasi

4.3.1.1 Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini adalah anak remaja usia 10-12 tahun yang merupakan siswa di Sekolah Dasar X.

4.3.1.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah adalah anak remaja usia 10-12 tahun yang merupakan siswa di Sekolah Dasar X yang dipilih dengan metode *consecutive non random sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi.

4.3.2 Subjek

4.3.2.1 Kriteria Pemilihan Subjek

- **Kriteria Inklusi**
    1. Anak remaja usia 10-12 tahun.
    2. Siswa yang bersekolah di Sekolah Dasar X.
    3. Bersedia dan diizinkan menjadi partisipan dari orang tua dan wali.
- **Kriteria Eksklusi**
    1. Riwayat gangguan neurodevelopmental berat.

2. Siswa yang mengkonsumsi obat-obatan psikoterapi.

4.3.2.2 Perhitungan Jumlah Subjek

Perhitungan jumlah subjek untuk rancangan cross-sectional adalah populasi infinidan populasi finit dengan rumus sebagai berikut.

- **Rumus Populasi infinit:**

  $n_0 = Z\alpha 2 \times p \times q / d2$

  $n_0 = [(1,96)^2 \times 0,042 \times 0,958] / 0,000441$

  $n_0 = 350,50027$

  $n_0 = 350$

  Keterangan :

  n_0 : Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan

  Zα : Ketetapan konstanta derajat kepercayaan (95% besarnya 1,96)

  p : Prevalensi ADHD di Jakarta (4,2%) [6]

  q : Prevalensi subjek yang tidak mengalami peristiwa yang diteliti (1-p)

  d : Akurasi dari kepekaan pengukuran (1/2 x p = 0,021)

- **Populasi finit:**

  $n = n_0 / (1 + n_0/N)$

  $n = 350 / (1+350 /100)$

  $n = 77,77$

  $n = 78$

  Keterangan:

  n : Besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi finit.

  n_0 : Besar sampel dari populasi infinit.

  N : Besar sampel populasi finit (dianggap 100 dahulu)

- **Perkiraan *drop out* :**

  $n = 78 + 15\%$

  $n = 90$

4.4 Bahan dan Instrumen

Bahan dan instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- Kuesioner data demografi digunakan untuk memperoleh informasi terkait data diri dari responden seperti nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, umur orang tua, dan tingkat Pendidikan terakhir orang tua. Digunakan untuk dapat mempermudah dalam penelitian yang akan dilaksanakan.
- Instrumen yang digunakan dalam mendeteksi gejala ADHD adalah kuesioner Skala Penilaian Perilaku Anak Hiperaktif Indonesia (SPPAHI). Kuesioner ini dapat diisi oleh orangtua, guru, maupun dokter dengan nilai *cut off* yang berbeda. Kuesioner ini menilai perilaku anak dalam periode 6 bulan terakhir dan dikategorikan dalam bentuk skor numerik yang disusun dengan skala rasio. Skor untuk kuesioner ini dikategorikan dalam risiko tinggi ADHD dengan catatan *cut off* lebih dari 30 apabila diisi orang tua, lebih dari 29 apabila diisi oleh guru, dan lebih dari 22 apabila diisi oleh dokter. Kuesioner ini terlah teruji validitas dan reliabilitasnya dengan nilai paling rendah 0,5174 dan nilai paling tinggi 0,9101 untuk masing masing butir.[38]
- Instrumen yang digunakan dalam menilai tingkat kecemasan adalah kuesioner *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*. Kuesioner RCMAS sudah sering digunakan di Indonesia baik sebagai alat skrining maupun sebagai alat deteksi tingkat kecemasan di Indonesia. Uji validitas dan reabilitasnya pun membuktikan bahwa kuesioner ini validitasnya tinggi dan reabilitasnya baik. [37] Kuesioner ini cocok digunakan untuk menilai kecemasan pada anak usia 6-19 tahun, terdiri dari 37 pertanyaan dengan penilaian "Ya" untuk skor 1 dan "Tidak" untuk 0. Pertanyaan tersebut terdiri dari 28 pertanyaan menggambarkan kecemasan dan 9 pertanyaan untuk deteksi kebohongan.[39]

4.5 Analisis Statistik

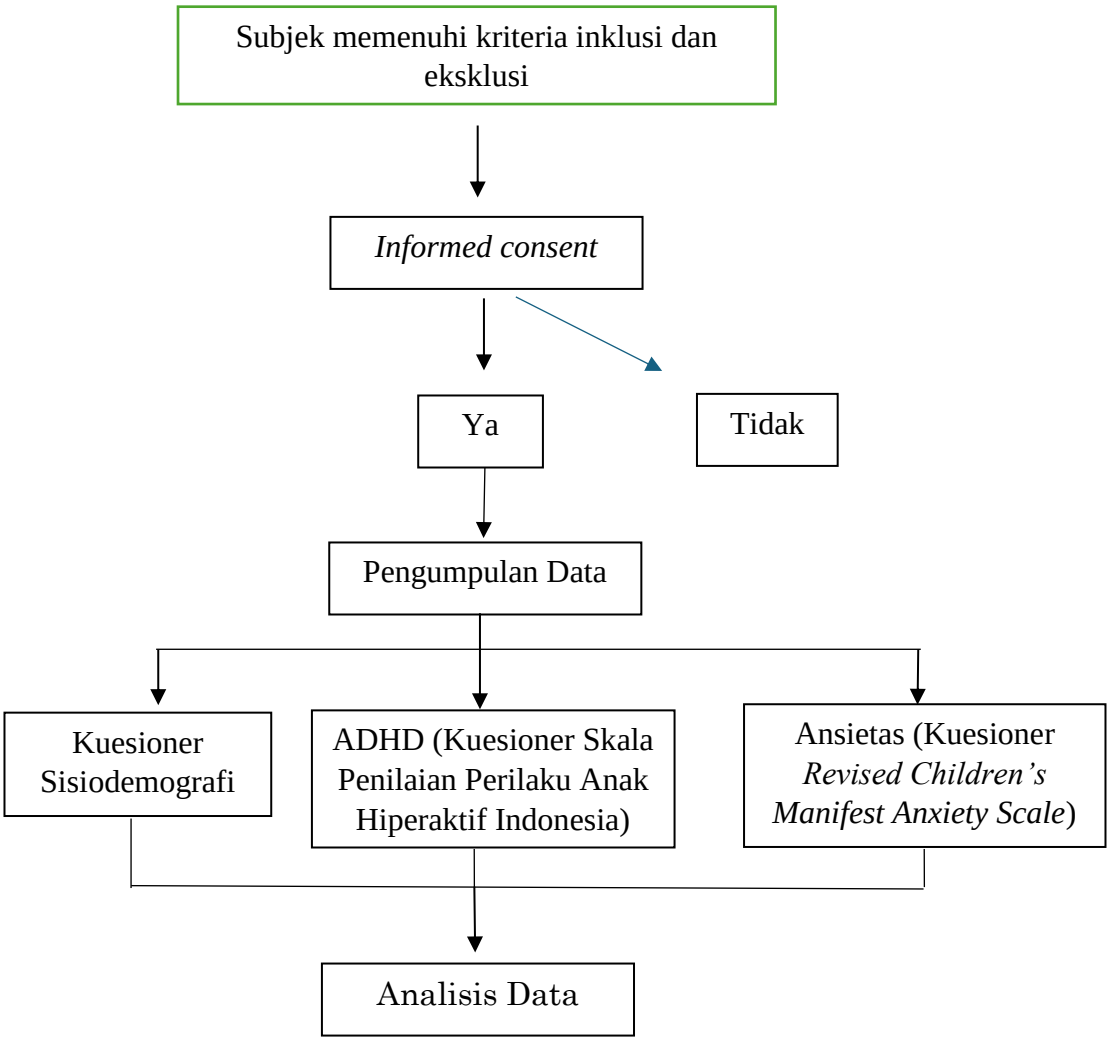
4.5.1 Analisis Univariat

Untuk data yang berskala rasio atau interval dilakukan uji normalitas untuk melihat distribusi data dengan menggunakan uji *Mann-Whitney*, jika data terdistribusi normal maka data kan dipresentasikan dalam rerata ± SD. Apabila data tidak teristribusi normal, maka akan dipresentasikan dengan median min-mak. Untuk data berskala kategorik seperti tingkat pendidikan orang tua, usia orang tua, ADHD, dan ansietas akan dipresentasikan dalam bentuk frekuensi dan presentase dalam tabel.

4.5.2 Analisis Bivariat

Untuk menentukan hubungan antara ansietas dengan ADHD digunakan uji *Chi-square* dengan batas kemaknaan statistik $p<0,05$. Bila persyaratan *Chi-square* tidak terpenuhi maka digunkaan uji *Fisher exact*.

4.6 Alur Kerja Penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.7 Etika Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.8 Penjadwalan Penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	2025-2026											
	Februari		Maret		April		Mei		Juni		Juli	
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Persiapan ujian												

DAFTAR PUSTAKA

1. Juniar S, Setiawati Y. Buku Pedoman Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas (GPPH) Untuk Petugas Kesehatan Di Puskesmas. 2014;

2. Bishop C, Mulraney M, Rinehart N, Sciberras E. An examination of the association between anxiety and social functioning in youth with ADHD: A systematic review. Vol. 273, Psychiatry Research. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 402–21.

3. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDITION TEXT REVISION.

4. Centers For Disease Control And Prevention(CDC). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). 2022.

5. Dahlan UA, Nabila S, Rahmani M, Kusumawicitra T, Karyani U. Seminar Nasional Psikologi Studi Kasus Anak dengan Gangguan ADHD (Attention Dificit Hyperactivity Disorder) yang Sedang Menjalani Terapi di Pusat Layanan Disabilitas.

6. Adiputra IMS, Sutarga IM, Pinatih GNI. Faktor Risiko Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) pada Anak di Denpasar. Public Health and Preventive Medicine Archive. 2015 Jul 1;3(1):35–9.

7. Bob P, Privara M. ADHD, stress, and anxiety. Front Psychiatry. 2025;16.

8. Oh Y, Yoon HJ, Kim JH, Joung YS. Trait Anxiety as a Mediator of the Association between Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptom Severity and Functional Impairment. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2018 Nov 30;16(4):407–14.

9. Gair SL, Brown HR, Kang S, Grabell AS, Harvey EA. Early Development of Comorbidity Between Symptoms of ADHD and Anxiety. Res Child Adolesc Psychopathol. 2021 Mar 1;49(3):311–23.

10. Kóbor A, Takács Á, Bryce D, Szűcs D, Honbolygó F, Nagy P, et al. Children With ADHD Show Impairments in Multiple Stages of Information Processing in a Stroop Task: An ERP Study. Dev Neuropsychol. 2015;40(6):329–47.

11. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr. 2023 Dec 1;49(1).

12. Hayati DL, Apsari NC. Pelayanan Khusus Bagi Anak Dengan Attention Deficit Hyperactivity Disoder (ADHD) Di Sekolah Inklusif. 2019;

13. Rattay K, Robinson LR. Identifying Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Public Health Concern and Opportunity. Prevention Science. 2024 May 1;25(Suppl 2):195–202.

14. Adiputra I Made Sudarma, Pinatih G. N. Indraguna, Trisnadewi Ni Wayan, Oktviani Ni Putu Wiwik. Literatur Review : Faktor Risiko Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). 2021 Mar 30;35–44.

15. Hegelund ER, Flensborg-Madsen T, Vassard D, Niclasen J, Mortensen EL. Parental socioeconomic position and risk of ADHD in offspring: a cohort study of 9648 individuals in Denmark 1976–2013. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019 May 11;28(5):685–93.

16. Dark C, Homman-Ludiye J, Bryson-Richardson RJ. The role of ADHD associated genes in neurodevelopment. Vol. 438, Developmental Biology. Elsevier Inc.; 2018. p. 69–83.

17. Posner J, Polanczyk G V, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. The Lancet. 2020 Feb;395(10222):450–62.

18. World Health Organization. Anxiety disorders. 2025.

19. Sahayati S, Tanne RAS, Trisnowati H, Hentris27@gmail.com FxJ. Pengaruh Pengetahuan dan Sikap terhadap Gangguan Kecemasan Akibat Pandemik COVID-19 pada Pelajar Sekolah Menengah Atas/Sederajat. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2023 Mar 3;12(02):96–102.

20. De Lijster JM, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. Vol. 62, Canadian Journal of Psychiatry. SAGE Publications Inc.; 2017. p. 237–46.

21. Rabbani Maryam Qarinah, Palloge Salahuddin Andi, Susanto Ham Fransiskus, Isra Nur, Santy Irma. Karakteristik dan Faktor Risiko Pasien Gangguan Kecemasan Tahun 2022 [Internet]. 2024 Mar [cited 2025 May 27]. Available from: https://fmj.fk.umi.ac.id/index.php/fmj

22. Arcand M, Juster RP, Lupien SJ, Marin MF. Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers. Anxiety Stress Coping. 2020 Nov 1;33(6):661–74.

23. Farhane-Medina NZ, Luque B, Tabernero C, Castillo-Mayén R. Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. Vol. 105, Science Progress. SAGE Publications Ltd; 2022.

24. Muhammad DA, Hana Rosyidawati N, Ayu Sudrajat A, Hasna Khairunnisa N, Dwi Zulfa Rahmawati B, Husnul Khatimah W, et al. Anxiety of Final Semester Students: Mini Review [Internet]. Vol. 2, Ahmad Dahlan Medical Journal. Available from: http://http://journal2.uad.ac.id/index.php/admj

25. Chiu A, Falk A, Walkup JT. Anxiety Disorders Among Children and Adolescents. Focus (Am Psychiatr Publ). 2016 Jan;14(1):26–33.

26. Vildayanti H, Melyani Puspitasari I, Kurnia Sinuraya R, Raya Bandung Sumedang JK. REVIEW: FARMAKOTERAPI GANGGUAN ANXIETAS. 2018.

27. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. 2013 Jan;1:30–57.

28. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders [Internet]. 2017. Available from: www.dialogues-cns.org

29. Kordahji H, Ben-David S, Elkana O. Attachment Anxiety Moderates the Association Between ADHD and Psychological Distress. Psychiatric Quarterly. 2021 Dec 1;92(4):1711–24.

30. van der Meer D, Hoekstra PJ, van Rooij D, Winkler AM, van Ewijk H, Heslenfeld DJ, et al. Anxiety modulates the relation between attention-deficit/hyperactivity disorder severity and working memory-related brain activity. World Journal of Biological Psychiatry. 2018 Aug 18;19(6):450–60.

31. Gair SL, Brown HR, Kang S, Grabell AS, Harvey EA. Early Development of Comorbidity Between Symptoms of ADHD and Anxiety. Res Child Adolesc Psychopathol. 2021 Mar 1;49(3):311–23.

32. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Usia [Internet]. [cited 2025 Jun 3]. Available from: https://kbbi.web.id/usia

33. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Kategori Usia [Internet]. [cited 2025 Jun 3]. Available from: https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia

34. Annisa Fira. Manajemen Kelas Di SMP IT Bina Insan Batang Kuis. 2022.

35. Hidayatulloh I, Pendidikan T, Keguruan Dan Ilmu Pendidikan F, Ibn Khaldun Bogor U, Sholeh Iskandar JK. KARAKTERISTIK PEMBELAJARAN SISWA TINGKAT SEKOLAH DASAR. Vol. 3, Seminar Nasional Teknologi Pendidikan. 2023.

36. Dahliah, Sakka W. Tingkat Pendidikan Dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Guru. 2021 Feb.

37. Nafisah Z, Trimawarti. Hubungan Antara Kekerasan Verbal Dengan Tingkat Kecemasan Di MI Al Hamidiyyah Pacur. 2022;

38. Muna NR, Jatnika R, Purwono U, Siregar JR. Pelatihan Optimalisasi Selective Attention Pada Anak Dengan Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas (GPPH) Usia 8-9 Tahun. 2023 Mar;20–30.

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table*

Tabel 1. Distribusi karakteristik subjek studi (n= …)

Keterangan : ADHD diukur menggunakan kuesioner Skala Perilaku Anak Hiperaktif Indonesia dikategorikan: risiko rendah (0-30) dan risiko tinggi (31-105) Ansietas diukur menggunakan kuesioner *Revised Children's Manifest Anxiety Rating Scale* dikategorikan : rendah (0-9), sedang (10-18), dan tinggi (19-28).

Variabel	Rerata ± SD/ median (min-mak)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia (tahun)			
10			
11			
12			
Jenis kelamin			
Laki-laki			
Perempuan			
Kelas			
Kelas 5			
Kelas 6			
Usia Orang Tua			
Dewasa: 28-59 tahun			
Lansia: 60 tahun keatas			
Tingkat pendidikan			
Pendidikan Dasar : SD			
Pendidikan Menengah : SMP-SMA			
Pendidikan Tinggi : Sarjana			
Gejala ADHD			
Risiko rendah: 0-30			
Risiko tinggi: 30-105			
Ansietas			
Rendah: 0-9			
Sedang: 10-18			
Tinggi: 19-28			

Lampiran 2. Hubungan gejala ansietas dan gejala ADHD siswa Sekolah Dasar (n = ..)

Variabel	ADHD		Nilai p
	Risiko rendah, n(%)	Risiko tinggi, n(%)	
Ansietas			
Rendah: 0-9			
Sedang: 10-18			
Tinggi: 19-28			

Analisis data menggunakan uji *Chi-square* dengan batas kemaknaan statistik yang digunakan p<0,05

Lampiran 3. ***Informed Consent.***

INFORMED CONSENT

Penelitian ini meneliti hubungan antara ansietas atau kecemasan dan gejala *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) pada siswa Sekolah Dasar. Penelitian mengenai hubungan antara ansietas dan ADHD dapat meningkatkan status kesehatan pada anak.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mampu memberikan pandangan baru mengenai adanya peran psikologis yang dapat mempengaruhi kualitas belajar dan keseharian anak sehingga dapat memaksimalkan potensi anak.

Oleh karena itu kami mengharapkan saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini. Bila bersedia maka peneliti akan memberikan kuesioner sebagai bentuk skrining kepada saudara. Hasil dari skrining akan diinformasikan kepada saudara. Semua data yang tercantum akan dirahasiakan dan terjaga kerahasiaannya.

Bila ada pertanyaan, saudara dapat menghubungi peneliti di nomor telepon 081617377789.

Saudara bebas untuk menolak ikut dalam penelitian ini. Bila saudara bersedia ikut dalam penelitian ini, kami mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formular persetujuan di bawah ini.

Jakarta, ... 2025

Salsabila Putri Syarifah

Lampiran 4. Formulir Persetujuan.

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya SETUJU untuk ikut dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :

Tanda tangan :

Tanggal :

TTD Orang Tua

Lampiran 5. Kuesioner Sosiodemografi.

KUESIONER KARAKTERISTIK SAMPEL PENELITIAN HUBUNGAN ANSIETAS DAN GEJALA *ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER* PADA SISWA Sekolah Dasar

A. IDENTITAS RESPONDEN :

1. Nama responden :
2. Alamat :
3. Tempat, tanggal lahir :
4. Jenis kelamin :
5. Usia (saat ini) :
6. Obat yang sedang dikonsumsi :
7. Riwayat penyakit :
8. Nama orang tua :
9. Usia orang tua (saat ini) :
10. Tingkat pendidikan orang tua : a. Pendidikan dasar : SD
    b. Pendidikan menengah : SMP-SMA
    c. Pendidikan tinggi : Sarjana

Lampiran 6. Kuesioner Sakal Penilaian Anak Hiperaktif Indonesia (SPPAHI).

A. Identitas Subjek

Nama :

Jenis Kelamin :

Usia :

B. Petunjuk Pengisian :

Di bawah ini terdapat butir-butir masalah perilaku pada anak. Silahkan isi tiap butir menurut perrilaku anak dalam periode enam bulan terakhir. Berikan tanda (X) pada salah satu kolom yang paling tepat. Jika sama sekali tidak atau sangat jarang, anda dapat memberi tanda (X) pada kolom 1. Jika selalu demikian, anda dapat memberi tanda (X) pada kolom 4. Anda dapat memberi tanda (X) pada kolom 2 untuk kadang-kadang, dan kolom 3 unruk sering kali. Mohon semua butir diisi.

	Gejala	Tidak pernah sama sekali (1)	Kadang kadang (2)	Sering (3)	Sangat sering atau selalu (4)
1.	Sering sulit mempertahankan perhatian pada waktu melaksanakan tugas atau kegiatan bermain.				
2.	Sering berlari-lari atau memanjat secara berlebihan pada situasi yang tidak sesuai untuk hal tersebut.				
3.	Gagal menyelesaikan sesuatu yang telah dimulai.				
4.	Gagal memberi perhatian kepada hal-hal kecil atau ceroboh dalam menyelesaikan tugas sekolah.				

5.	Sering seolah-olah tidak memperhatikan orang pada waktu diajak berbicara.				
6.	Sering lambat dalam menyelesaikan tugas di sekolah (mencatat, menyalin, mengerjakan soal).				
7.	Kemampuan sosialisasi buruk.				
8.	Sering lupa tentang segala sesuatu yang telah dipelajari.				
9.	Menghindari, enggan, atau mengalami kesulitan melaksanakan tugas-tugas yang membutuhkan ketekunan dan berkesinambungan.				
10.	Membutuhkan bimbingan penuh untuk dapat menyelesaikan tugas.				
11.	Mengalami kesulitan bermain atau melaksanakan kegiatan dengan tenang diwaktu senggang.				
12.	Mudah terangsang dan impulsif (bertindak tanpa berfikir).				
13.	Sering melontarkan jawaban secara terburu-buru terhadap pertanyaan yang belum selesai ditanyakan.				
14.	Meninggalkan tempat duduk di kelas atau situasi lain dimana diharapkan untuk tetap duduk diam.				
15.	Mengalami kesulitan untuk antri atau menunggu giliran dalam bermain atau situasi kelompok.				

16.	Sering perhatiannya mudah pecah atau terbagi.				
17.	Mudah tersinggung dan terganggu oleh orang lain.				
18.	Tidak mampu menyelesaikan pekerjaan dengan baik tanpa bantuan orang lain.				
19.	Tidak dapat menyelesaikan tugas sesuai dengan waktunya.				
20.	Tidak dapat mengikuti perintah secara berurutan.				
21.	Perhatiannya mudah beralih ketika diberi petunjuk untuk mengerjakan sesuatu.				
22.	Perhatiannya sering mudah dialihkan oleh rangsangan dari luar.				
23.	Sering ceroboh atau tidak teliti dalam menyelesaikan tugas.				
24.	Tidak pernah bisa diam, tidak mengenal lelah.				
25.	Sering menghilangkan benda-benda yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas atau kegiatan lain.				
26.	Sering seperti tidak mendengarkan pada waktu iajak berbicara langsung.				
27.	Sering gagal dalam menyelesaikan tugas.				
28.	Selalu dalam keadaan ”siap gerak” atau aktivitas seperti digerakkan oleh mesin.				

29.	Sulit dikendalikan pada saat berada di Mal atau sedang berbelanja.				
30.	Sering menyela atau memaksakan diri terhadap orang lain (misalnya memotong, menyelak percakapan, atau menganggu permainan).				
31.	Sering usil, menggangu anak lain di dalam kelas.				
32.	Terlalu aktif atau aktivitas berlebihan.				
33.	Tidak mampu mengikuti petunjuk dan gagal menyelesaikan tugas sekolah (tidak disebabkan oleh tingkah laku/sikap menentang atau kegagalan untuk memahami petunjuk).				
34.	Tidak bisa duduk diam (kaki dan tangannya tidak bisa diam atau selalu bergerak).				
35.	Sering ”bengong” pada waktu melaksanakan tugas.				

CARA PENILAIAN

Jawaban setiap butir pertanyaan diberi nilai 0-3.

- Nilai 0 : jawaban pada kolom 1 (tidak pernah sama sekali atau sangat jarang).
- Nilai 1 : jawaban pada kolom 2 (kadang-kadang).
- Nilai 2: jawaban pada kolom 3 (sering).
- Nilai 3 : jawaban pada kolom 4 (selalu atau sangat sering).
- Total nilai : 0-105

Lampiran 7. Kuesioner *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS).*

Pilihlah salah satu jawaban yang Anda anggap paling sesuai dengan Anda, jawablah pertanyaan beriku dengan jujur. Dimohon untuk mengisi semua pertanyaan yang tersedia.

No		Ya	Tidak
1.	Saya mempunyai masalah terhadap keyakinan dan tekad.		
2.	Saya merasa takut pada saat sesuatu berjalan tidak seperti yang saya harapkan.		
3.	Orang lain terlihat melakukan sesuatu lebih mudah dari pada yang bisa saya lakukan.		
4.	Saya menyukai semua orang yang saya kenal.		
5.	Saya sering merasa sesak nafas.		
6.	Saya sering merasa khawatir.		
7.	Saya takut terhadap banyak hal.		
8.	Saya selalu baik hati.		
9.	Saya mudah marah.		
10.	Saya khawatir apa yang akan dikatakan orang tua saya.		
11.	Saya merasa bahwa orang lain tidak menyukai cara saya melakukan sesuatu.		
12.	Saya selalu berkelakuan baik.		
13.	Saya susah untuk tidur malam.		
14.	Saya khawatir apa yang dipikirkan orang lain terhadap saya.		
15.	Saya merasa sendirian walaupun saya bersama orang lain.		
16.	Saya selalu dalam keadaan baik.		
17.	Saya sering merasa sakit di perut saya.		
18.	Saya mudah sekali merasa perasaan saya tersakiti.		
19.	Tangan saya terasa berkeringat.		
20.	Saya selalu bersikap baik dengan orang.		
21.	Saya sering merasa capek.		

22.	Saya merasa khawatir apa yang akan terjadi.		
23.	Anak-anak lain lebih bahagia daripada saya.		
24.	Saya selalu mengatakan kebenaran.		
25.	Saya bermimpi buruk.		
26.	Saya mudah merasa sakit hati pada saat saya bertengkar.		
27.	Saya merasa seseorang akan mengatakan kepada saya bahwa saya melakukan sesuatu dengan cara yang salah.		
28.	Saya tidak pernah marah.		
29.	Saya kadang-kadang tergbangun ketakutan.		
30.	Saya khawatir saat akan tidur malam.		
31.	Saya merasa sulit untuk konsentrasi dengan tugas sekolah.		
32.	Saya tidak pernah mengatakan hal yang tidak semestinya.		
33.	Saya sering bergoyang-goyang waktu duduk		
34.	Saya merasa gelisah.		
35.	Banyak otang yang bertentangan dengan saya.		
36.	Saya tidak pernah berbohong.		
37.	Saya sering merasa khawatir bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada saya.		

CARA PENILAIAN

Masing-masing dari 37 pertanyaan dengan penilaian ”Ya” untuk skor 1 dan ”Tidak” untuk 0. Pertanyaan tersebut terdiri ddari 28 pertanyaan menggambarkan kecemasan dan 9 pertanyaan untuk deteksi kebohongan.

Rendah : 1-9

Sedang : 10-18

Tinggi : 19-28