

Diagnosis dan Penatalaksanaan Gangguan Asperger

Theresia Kaunang

Sub Bagian Psikiatri Anak dan Remaja, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo, Jakarta

PENDAHULUAN

Gangguan Asperger merupakan salah satu jenis gangguan dari kelompok gangguan perkembangan pervasif⁽¹⁻³⁾. Dalam DSM IV kategori ini meliputi gangguan autistik, gangguan Rett, gangguan disintegrasi pada anak, gangguan Asperger dan gangguan perkembangan pervasif yang tidak ditentukan (*pervasive developmental disorder not otherwise specified*)⁽⁴⁻⁶⁾.

Tulisan asli tentang gangguan Asperger pertama kali dipublikasikan di Jerman oleh Hans Asperger (1942)⁽⁷⁻⁹⁾. Asperger menggambarkan 4 anak yang mengalami kesulitan integrasi sosial dalam kelompoknya. Ia menyebutkan kondisi ini sebagai "*autistic psychopathy*", yang menunjukkan suatu gangguan kepribadian dengan ditandai oleh isolasi sosial⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Dengan meningkatnya jumlah kasus autisme dalam tahun-tahun terakhir ini, terlihat meningkat pula angka kejadian gangguan Asperger, karena gangguan ini termasuk dalam spektrum autistik. Pada awalnya, di Indonesia sangat jarang klinikus mendiagnosis gangguan Asperger, bahkan hampir tidak ada. Akan tetapi beberapa tahun terakhir ini mulai ada beberapa kasus gangguan Asperger yang terdiagnosis, demikian juga seperti yang terlihat dalam media massa dan *website*. Namun demikian belum ada data di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. Sangatlah penting mengetahui dan menyegarkan kembali ingatan tentang gangguan Asperger agar memudahkan klinikus mendiagnosis gangguan ini. Tulisan ini berusaha membahas gangguan Asperger secara singkat.

DEFINISI

Gangguan Asperger ditandai dengan gangguan dalam interaksi sosial dan terhambatnya perhatian serta perilaku seperti yang terlihat pada autisme, tetapi tidak ada kelambatan dalam berbicara dan berbahasa reseptif, perkembangan kognitif, ketrampilan menolong diri sendiri, atau keingintahuan terhadap lingkungan⁽¹⁾.

EPIDEMIOLOGI

Menurut Volkmar, prevalensi gangguan Asperger adalah 1 di antara 10.000⁽¹⁾. Kepustakaan lain menyebutkan 20-25 setiap 10.000 orang anak⁽⁵⁾. Angka kejadian gangguan Asperger

dengan kriteria diagnosis Gillberg & Gillberg (1989) atau dengan kriteria ICD-10 terlihat meningkat. Gillberg & Gillberg memperkirakan 0,26%⁽¹⁴⁾.

Pada tahun 1991 suatu penelitian menyebutkan prevalensi gangguan Asperger 2,6-3 setiap 1000 anak⁽¹¹⁾. Menurut penelitian suatu populasi 3,6-7,1 dalam 1000 anak dengan rentang usia 7-16 tahun (Ehler & Gillberg, 1993)^(3,8,15). Di RS Broadmoor, sebuah rumah sakit khusus, prevalensi gangguan Asperger mencapai 1,5%⁽¹⁵⁾. Wolf dkk (1991) menemukan 3-5% kasus skizoid mirip dengan gangguan Asperger⁽⁸⁾.

Wing (1978) mengatakan bahwa gangguan Asperger menunjukkan rasio laki-laki : perempuan 15:4, sedangkan menurut Wolff & Barlow (1979) rasio laki-laki : perempuan adalah 9:1⁽⁹⁾. Kepustakaan lain (1981) mengatakan 10-15:1. Ehler dan Gillberg (1993) menyebutkan 4:1⁽⁸⁾. Prevalensi gangguan Asperger pada anak usia 7-16 tahun adalah 0,71 % ; laki-laki 0,97% dan perempuan 0,44%⁽¹⁵⁾.

ETIOLOGI

Etiologi gangguan Asperger masih menjadi perdebatan⁽¹⁶⁾. Gangguan Asperger merupakan kondisi yang termasuk dalam spektrum autisme, sehingga kepustakaan menyebutkan bahwa etiologinya sama⁽¹⁰⁾. Beberapa kepustakaan mengatakan bahwa etiologinya terkait dengan genetik dan kerusakan otak⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Sedangkan Ciaranello dan Ciaranello (1995) membagi etiologi gangguan Asperger ke dalam dua tipe yaitu genetik dan non genetik⁽³⁾.

Tipe genetik.

Etiologi genetik berhubungan dengan kontrol gen pada perkembangan otak⁽³⁾. Hubungan genetik antara autisme dan gangguan Asperger dapat digambarkan sebagai berikut: anak yang menderita gangguan Asperger seringkali ayahnya memiliki kesulitan dalam interaksi sosial⁽¹⁾. Terdapat beberapa laporan adanya transmisi keluarga pada gangguan Asperger. Gillberg mengatakan terdapat patologi "*Asperger Syndrome-like*" pada anggota keluarga terdekat dari penderita gangguan Asperger⁽⁸⁾. De Long & Dwyer menemukan gangguan Asperger

pada keluarga dari anak yang menderita gangguan autistik *high functioning*⁽¹¹⁾. Faktor genetik menunjukkan adanya hubungan antara autisme dengan gangguan Asperger⁽²¹⁾. Sejumlah 9% anak penderita autisme mempunyai ayah sindrom Asperger atau ciri-ciri Asperger⁽²²⁾.

Secara genetik peranan kromosom *fragile-X* untuk terjadinya gangguan Asperger sangat bermakna^(11,22,23). Studi kembar dua memberi dukungan adanya dasar genetik gangguan ini⁽³⁾, akan tetapi pada studi kembar tiga tidak. Jikapun dasar etiologinya genetik, faktor lain perlu dipertimbangkan misalnya keadaan prenatal, perinatal dan postnatal⁽²³⁾.

Non genetik

Ciaranello (1995) mengatakan etiologi nongenetik meliputi infeksi prenatal. Menurut Chess (1997) ada peningkatan insidens setelah pandemi rubella. Infeksi varisela dan toxoplasmosis prenatal berhubungan dengan terjadinya gangguan ini. Juga berhubungan dengan riwayat ibu, riwayat kehamilan dan persalinan. Hipotiroid pada ibu selama kehamilan berkaitan dengan terjadinya gangguan ini⁽³⁾.

Beberapa penelitian melaporkan hubungan antara gejala gastrointestinal dengan gangguan autistik. D'eufemia dkk, mengatakan bahwa terdapat peningkatan permeabilitas usus pada pasien gangguan spektrum autistik. Ini memberi kesan bahwa disfungsi gastrointestinal berhubungan dengan gangguan perkembangan pervasif^(19,24).

Pemeriksaan beberapa penderita Asperger menunjukkan adanya abnormalitas makroskopis asam amino dengan peningkatan arginin, ornitin, histidin, treonin dan serin. Jadi memperlihatkan adanya aminoasiduria⁽²⁵⁾. Davis, Fennoy (1992) menyebutkan bahwa penyalahgunaan zat berperan untuk terjadinya gejala spektrum autistik pada anak yang dilahirkan. Penelitian menemukan bahwa penyalahgunaan kokain dan zat lain dapat berhubungan dengan gangguan ini⁽³⁾. Adanya hubungan temporal antara vaksinasi MMR dan gangguan spektrum autistik masih diperdebatkan⁽¹⁶⁾. Faktor imunitas nampaknya berperan untuk terjadinya gangguan Asperger. Beberapa penderita menunjukkan disfungsi atau abnormalitas sejumlah sel T⁽²⁰⁾. Proses penyakitnya adalah akibat langsung dari gangguan di susunan saraf pusat⁽¹⁶⁾. Terjadi hipometabolisme glukosa di cingulata anterior dan posterior pada penderita gangguan spektrum autistik. Juga terlihat adanya penyusutan volume girus cingulata anterior kanan, khususnya area Brodmann's 24⁽²¹⁾.

Wing mengatakan ada riwayat trauma serebral pada pra, peri dan post-natal⁽²³⁾. Gambaran pencitraan otak, memperlihatkan adanya lesi di substansia alba girus temporal medial kanan. Beberapa penelitian menggambarkan adanya disfungsi hemisfer kanan pada gangguan Asperger^(8,26). Juga memperlihatkan adanya abnormalitas fasikulus longitudinal inferior, suatu serabut ipsilateral yang menghubungkan lobus oksipitalis dan temporalis serta pola aktivitas abnormal di daerah kortikal temporal ventral⁽²⁷⁾. Girus temporal medial dan sulkus temporal superior yang berbatasan, berperan pada ekspresi wajah dan kontak mata langsung⁽¹⁰⁾. Disfungsi lobus frontalis memperlihatkan adanya defisit fungsi eksekutif⁽⁸⁾. Pada gangguan Asperger ditemukan adanya ganglioside yang meningkat bermakna pada cairan serebrospinal⁽⁸⁾. Semua abnormalitas yang

terjadi, berhubungan dengan gejala klinis dan neuropsikologi^(9,28). Bukti neuropatologi yang bervariasi menyebabkan perdebatan tentang lokasi kerusakan⁽¹²⁾. Laporan terakhir menyebutkan etiologi penyakit spektrum autistik berhubungan dengan kondisi biomedis⁽¹⁹⁾.

GAMBARAN KLINIS

Gambaran klinis penderita gangguan Asperger dalam beberapa hal sebagai berikut:

Interaksi sosial

Penderita gangguan Asperger mengalami isolasi sosial, tetapi tidak selalu menarik diri di antara orang lain. Walaupun demikian pendekatan mereka terhadap orang lain adalah *inappropriate* atau dengan cara eksentrik. Mereka menunjukkan perhatian untuk bersahabat bila bertemu orang lain, tapi selalu terhambat oleh pendekatan yang kaku dan tidak sensitif terhadap perasaan orang lain. Mereka juga tidak sensitif atas komunikasi samar-samar dari orang lain, misalnya tidak memahami tanda kebosanan, pergi karena terburu-buru dan keadaan yang memerlukan *privacy*⁽¹⁾.

Hal ini menyebabkan kesulitan membina hubungan persahabatan. Mereka tidak mengerti petunjuk yang halus/samar, gaya bicara metafora, dan seringkali dianggap konkrit⁽¹⁴⁾. Mengerti pertanyaan, tetapi tidak dapat menggunakan pengetahuan yang dimilikinya untuk memecahkan masalah⁽²³⁾.

Penderita gangguan Asperger tidak dapat mengomentari tujuan aktivitas sosial, perasaan dan elemen sosial lainnya dari suatu cerita⁽¹⁰⁾. Penderita gangguan ini mampu menjelaskan dengan benar (kognitif dan cara yang formal) tentang emosi, maksud yang diharapkan dan aturan sosial. Namun demikian tidak dapat menerapkan pengetahuan ini secara intuitif dan spontan, sehingga kehilangan waktu untuk berinteraksi⁽¹⁾.

Terhadap orang lain, mereka sangat kaku, bereaksi tidak sesuai dan gagal berinterpretasi, serta kurang mempunyai ekspresi wajah^(1,3,11). Mereka kurang peka terhadap lingkungan, tidak peduli dengan ekspresi emosi orang lain^(1,3), dan kurang empati dengan perasaan orang lain^(2,8,9,11), sehingga Gillberg mengklasifikasikannya ke dalam kelompok gangguan empati⁽²⁹⁾.

Saat sedang berbicara, penderita tidak menatap sehingga memperlihatkan kurang atensi dan kurang berrespons dengan isyarat sosial⁽⁸⁾. Dengan demikian menunjukkan komunikasi yang kurang mendalam⁽³⁾. Gangguan Asperger menyebabkan hambatan untuk mengenal wajah orang lain. Keadaan ini merupakan inti dari disabilitas sosial^(8,27).

Penderita gangguan ini menyenangi lingkungan yang penuh rutinitas dan terstruktur. Mereka suka dipuji, suka memperoleh kemenangan, dan mampu menjadi juara, akan tetapi sering mendapatkan kegagalan, ketidaksempurnaan dan kritik⁽¹⁴⁾.

Motorik

Anak dengan gangguan Asperger mempunyai riwayat kemahiran motorik yang tertunda^(1,29), seperti mengayuh sepeda, menangkap bola (tidak ada koordinasi antara kedua tangan)^(30,31). membuka botol dan panjat-memanjat^(1,10). Mereka sulit mengikat dasi atau tali sepatu. Mereka tampak kurang

koordinasi serta menunjukkan pola jalan yang resmi^(1,10). aneh dan sulit untuk berbaris⁽³¹⁾. Terdapat *motoric clumsiness*^(10,29,30). Menunjukkan kesulitan menulis dengan tangan, sehingga menjadi malu atau marah karena ketidakmampuan menulis rapi. Mereka mempunyai kemampuan menggunakan komputer dan *keyboard* sehingga lebih memilih komputer daripada menulis tangan⁽²²⁾. Tampak jelas terdapat gangguan ketrampilan motorik-visual dan visuospatial^(11,17,31,32). Mereka mengalami kesulitan menggunting bentuk dari kertas⁽³⁰⁾. Dalam hal psiko-motor mereka menunjukkan gerakan stereotipik^(9,10,31,32).

Kognitif

Kemampuan intelektual penderita menetap⁽¹⁰⁾. Tidak ada defisit kognitif^(3,8), namun beberapa penelitian menggambarkan adanya defisit daya ingat dalam beberapa aspek^(33,34). Kepustakaan lain mengatakan bahwa kemampuan daya ingat cukup baik dan mereka mengingat tanpa berpikir. Penderita Asperger dapat mengingat dengan seksama fakta, bentuk, data, waktu dan lain-lain. Mereka tertarik pada topik luar biasa yang mendominasi pembicaraan mereka⁽¹⁾. Mereka mengumpulkan banyak informasi tentang fakta di dunia⁽³⁾. Sejumlah besar topik dikumpulkan dengan semangat. Mereka mempelajari topik seperti ular, nama binatang, pemandu televisi, musim, data pribadi anggota kongres, jadwal kereta api dan astronomi, tanpa pengertian luas dari fenomena yang terlibat^(1,23). Mereka unggul dalam bidang matematika dan ilmu pengetahuan. Mereka dapat mengingat banyak frasa tapi tidak dapat menggunakannya dalam konteks yang benar⁽¹⁴⁾.

Pada umumnya IQ mereka normal sampai superior. Verbal IQ lebih tinggi dibandingkan dengan *performance IQ*^(29,35,36). Akan tetapi terdapat gangguan dalam konsep belajar⁽¹⁾.

Suatu penelitian melalui *story-telling* memperlihatkan adanya gangguan imajinasi⁽³⁷⁾. Penelitian lain juga mendapatkan gangguan kreativitas dan imajinasi⁽³⁸⁾.

Bahasa

Secara kasar perkembangan bahasa penderita gangguan Asperger nampak normal, tidak ada kesulitan menempatkan bahasa. Pasien berbicara agak formal dengan tata bahasa yang tinggi, sehingga pada awal perkembangan tidak dapat didiagnosis. Asperger menyebutkannya *little professor*. Ada tiga aspek pola komunikasi yang menarik secara klinik pada gangguan Asperger yaitu :⁽¹⁾

1. Pembicaraan ditandai dengan kurangnya prosodi, pola intonasi terbatas, walaupun nada suara dan intonasi tidak sekaku dan semonoton gangguan autistik^(1,3,9). Bicaranya terlalu cepat, tersentak-sentak, dengan volume yang kurang modulasi: misalnya suara keras walaupun lawan bicara berada dalam jarak dekat. Kurang pertimbangan untuk situasi sosial tertentu, misalnya di perpustakaan atau pada keadaan gaduh^(1,39).
2. Pembicaraan tangensial dan sirkumstansial, sehingga memberi kesan suatu asosiasi longgar dan inkoheren^(1,3). Sebagian pasien memberi kesan gangguan proses pikir. Gaya bicara egosentris dengan menggunakan kata-kata harfiah^(1,3,11), seperti monolog tentang nama, kode, atribut di televisi dari berbagai negara. Gagal memberi alasan atau komentar tentang suatu pembicaraan dan secara jelas

membatasi topik⁽¹⁾.

3. Gaya bicara bertele-tele tentang subyek favorit dan tidak peduli apakah pendengar tertarik, menolak atau mencoba menyelipkan kata-kata untuk mengganti subyek. Mereka tidak pernah sampai pada satu titik kesimpulan. Lawan bicara seringkali gagal mencoba menguraikan masalah atau logika, ataupun mengalihkan topik⁽¹⁾.

KRITERIA DIAGNOSTIK

Dahulu para peneliti membuat kriteria diagnosis gangguan Asperger sendiri yaitu: kriteria diagnostik Wing (1981), Gillberg and Gillberg (1989), Szatmari dkk (1989), kriteria diagnostik ICD 10 (1990), kriteria diagnostik DSM IV^(13,40). Sekarang ICD 10 dan DSM IV digunakan sebagai kriteria diagnosis.

Kriteria diagnosis Gangguan Asperger menurut DSM IV:

1. Gangguan kualitatif dalam interaksi sosial, seperti yang ditunjukkan oleh sekurangnya dua dari berikut :
 - Ditandai gangguan dalam penggunaan perilaku nonverbal multipel seperti tatapan mata, ekspresi wajah, postur tubuh, dan gerak-gerik untuk mengatur interaksi sosial.
 - Gagal mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sesuai menurut tingkat perkembangan.
 - Gangguan untuk secara spontan membagi kesenangan, perhatian atau prestasi dengan orang lain (seperti kurang memperlihatkan, membawa atau menunjukkan obyek yang menjadi perhatian orang lain).
 - Tidak adanya timbal balik sosial dan emosional.
2. Pola perilaku, minat dan aktivitas yang terbatas, berulang dan stereotipik, seperti yang ditunjukkan oleh sekurang-kurangnya satu dari berikut :
 - Preokupasi dengan satu atau lebih pola minat yang stereotipik, dan terbatas, yang abnormal baik dalam intensitas maupun fokusnya.
 - Ketaatan yang tampaknya tidak fleksibel terhadap rutinitas atau ritual yang spesifik dan nonfungsional.
 - Manerisme motorik stereotipik dan berulang (men-jentik dan mengepak-ngepak tangan atau jari, atau gerakan kompleks seluruh tubuh).
 - Preokupasi persisten dengan bagian-bagian obyek.
3. Gangguan ini menyebabkan gangguan yang bermakna secara klinis dalam fungsi sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya.
4. Tidak terdapat keterlambatan menyeluruh yang bermakna secara klinis dalam bahasa (misalnya, menggunakan kata tunggal pada usia 2 tahun, frasa komunikatif digunakan pada usia 3 tahun).
5. Tidak terdapat keterlambatan bermakna secara klinis dalam perkembangan kognitif atau dalam perkembangan ketrampilan menolong diri sendiri dan perilaku adaptif yang sesuai dengan usia (selain dalam interaksi sosial), dan keingintahuan tentang lingkungan pada masa kanak-kanak.
6. Tidak memenuhi kriteria untuk gangguan pervasif spesifik atau skizofrenia⁽⁶⁾.

Klasifikasi gangguan perkembangan pervasif yang ada

sekarang ini kurang memuaskan orang tua yang mempunyai anak dengan gangguan ini, klinikus dan peneliti akademik. Karena reliabilitas dan validitas dari data empirik gangguan ini, dianjurkan pendekatan baru untuk klasifikasinya⁽⁴⁰⁾.

DIAGNOSIS BANDING

1. Autisme infantil

Gangguan Asperger berbeda dengan autisme infantil dalam *onset* usia *onset* autisme infantil lebih awal^(2,41), juga berbeda dalam keparahan penyakit yaitu autisme infantil lebih parah dibandingkan gangguan Asperger^(2,42). Pasien autisme infantil menunjukkan penundaan dan penyimpangan dalam kemahiran berbahasa serta adanya gangguan kognitif^(2,17). *Oral vocabulary test* menunjukkan keadaan yang lebih baik pada gangguan Asperger. Defisit sosial dan komunikasi lebih berat pada autisme⁽¹⁷⁾. Selain itu ditemukan adanya manerisme motorik sedangkan pada gangguan Asperger yang menonjol adalah perhatian terbatas dan motorik yang canggung, serta gagal mengerti isyarat nonverbal. Lebih sulit membedakan gangguan Asperger dengan autisme infantil tanpa retardasi mental. Gangguan Asperger biasanya memperlihatkan gambaran IQ yang lebih baik daripada autisme infantil⁽²⁾, kecuali autisme infantil *high functioning*⁽⁴¹⁾. Batas antara gangguan Asperger dan *high functioning autism* untuk gangguan berbahasa dan gangguan belajar sangat kabur⁽⁸⁾. Gangguan Asperger mempunyai *verbal intelligence* yang normal sedangkan autisme infantil mempunyai *verbal intelligence* yang kurang⁽²⁾. Gangguan Asperger mempunyai empati yang lebih baik dibandingkan dengan autisme infantil, sekalipun keduanya mengalami kesulitan berempati^(2,11).

2. Gangguan perkembangan pervasif yang tidak ditentukan

Gangguan Asperger lebih berat dalam disfungsi sosial^(1,10).

3. Gangguan kepribadian skizoid

Gangguan kepribadian skizoid tidak memperlihatkan keparahan dalam gangguan sosial, juga tidak ada kelainan pada pola perkembangan awal seperti yang tampak pada gangguan Asperger^(1,43). Gillberg memberi gambaran anak dengan gangguan Asperger memenuhi kriteria gangguan kepribadian skizoid untuk orang dewasa⁽⁴⁴⁾ Wolf dan Cull (1986) mengatakan bahwa gangguan Asperger merupakan varian dari gangguan kepribadian skizoid⁽⁴⁵⁾ dan identik dengan gangguan kepribadian skizoid pada orang dewasa⁽¹⁴⁾. Sementara Tantam (1988,1991) mengatakan bahwa jelas berbeda antara gangguan Asperger dan gangguan kepribadian skizoid⁽⁴⁶⁾.

4. Skizofrenia

Gangguan Asperger didiagnosis banding dengan skizofrenia *onset* masa kanak-kanak⁽⁸⁾. Kombinasi dari bicara bertele-tele, bicara sendiri, pola pembicaraan inkoheren, gagal mengganti topik pembicaraan dan gagal memberi latar belakang suatu cerita, menyebabkan kekeliruan mendiagnosis Skizofrenia. Gangguan Asperger lebih menunjukkan disfungsi komunikasi daripada gangguan proses pikir^(1,10). Ekspresi wajah yang abnormal terdapat pada kedua gangguan ini⁽¹⁸⁾.

5. Gangguan Kepribadian Obsesi Kompulsi

Beberapa gejala gangguan Asperger bertumpang tindih

dengan gangguan kepribadian obsesi kompulsi seperti fungsi sosial yang terbatas. Keadaan ini menyebabkan gangguan Asperger didiagnosis banding dengan gangguan Kepribadian Obsesi Kompulsi^(8,9).

Tabel 1. Differential diagnostic features of autism and nonautistic pervasive developmental disorders⁽¹⁾

Feature	Autistic disorder	Asperger's disorder	Pervasive developmental disorder NOS
Age at recognition (month)	0-36	Usually > 36	Variable
Sex ratio	M>F	M>F	M>F
Loss of skills	Variable	Usually not	Usually not
Social skills	Very poor	Poor	Variable
Communication skills	Usually poor	Fair	Fair to good
Circumscribed - interests	Variable (mechanical)	Variable Marked (facts)	Variable Unknown
Family history of similar problems	Sometimes	Frequent	Frequent
Seizure disorder	Common	Uncommon	Uncommon
Head growth - deceleration	No	No	No
I.Q. range	Severe MR to normal	Mild MR to normal	Severe MR to normal
Outcome	Poor to fair	Fair to good	Fair to good

PROGNOSIS DAN PERJALANAN PENYAKIT

Perbedaan klinik antara gangguan autisme dan gangguan Asperger mempunyai nilai prognosis⁽²¹⁾. Gangguan Asperger mempunyai prognosis yang lebih baik^(12,22,29). Terdapat perbedaan rentang keparahan dari gangguan Asperger, sehingga beberapa kasus tidak terdiagnosis karena penderitanya hanya tampak aneh dan eksentrik⁽¹⁴⁾. Perempuan mempunyai prognosis yang lebih baik⁽⁴⁷⁾. Perjalanan penyakit dan akibatnya sangat bervariasi⁽¹⁾ karena IQ dan ketrampilan berbahasanya relatif baik⁽⁴¹⁾. Beberapa anak dapat mengikuti pendidikan secara teratur dengan mendapat dukungan sedangkan yang lain membutuhkan pendidikan khusus. Keadaan ini disebabkan karena gangguan dalam perilaku dan interaksi sosial, bukan karena defisit akademik⁽¹⁾.

Prediksi masa depan anak Asperger positif. Beberapa pasien menggunakan talenta khususnya untuk memperoleh pekerjaan yang dapat menunjang kehidupannya sendiri⁽¹⁾. Perilaku buruk seringkali didasari ketidakmampuan mengkomunikasikan frustrasi dan kecemasan⁽¹⁴⁾. Pada saat remaja, mereka tidak menyadari kalau berbeda dengan yang lain dan sering disingkirkan dalam hubungan interpersonal. Pada saat dewasa mereka beradaptasi sangat superfisial, egosentris dan terisolasi⁽³⁾. Gangguan bipolar dan gangguan cemas dapat menjadi komorbiditas untuk gangguan Asperger^(5,11,48). Frustrasi kronis akibat kegagalan berulang apabila berbicara dengan orang lain dan saat menjalin persahabatan menyebabkan penderita dengan gangguan Asperger dapat menderita juga

gangguan *mood*⁽¹⁾.

Beberapa penderita dapat mempunyai gambaran katonik⁽⁸⁾ gangguan obsesi kompulsi^(3,5,49) ide bunuh diri, *temper* dan gangguan menentang⁽⁴⁹⁾. Penderita gangguan Asperger mengalami penurunan berat badan dan gangguan makan⁽⁵⁰⁾. Pada beberapa populasi penelitian ditemukan adanya komorbiditas gangguan ini dengan gangguan tik^(2,5,40) dan sindrom Tourette^(3,8,22) Volkmar & Klin, 1997 mengatakan adanya komorbiditas antara gangguan Asperger dengan Attention Deficit Hiperactivity Disorder⁽³⁾.

Menurut Tantam (1980), penderita Asperger memperlihatkan perilaku antisosial pada saat dewasa⁽⁴⁵⁾. Gangguan Asperger akan berkembang pada kecenderungan paranoid⁽²²⁾. Mawson dan kawan-kawan (1985), menunjukkan adanya hubungan antara gangguan Asperger dengan perilaku kekerasan dan agresif serta membakar rumah⁽¹⁵⁾. Beberapa gangguan medis spesifik yang dapat bersamaan dengan gangguan Asperger yaitu *tuberous sclerosis*,^(17,26,39) *Marfan-like syndrome*, *Kleine-Levin syndrome*, *fragile X syndrome* dan sindrom kromosom lain termasuk translokasi kromosom 17-19⁽⁸⁾.

PENATALAKSANAAN

Pada dasarnya adalah suportif dan simtomatis; meliputi beberapa aspek antara lain ketrampilan sosial dan komunikasi, orangtua, pendidikan, pekerjaan dan terapi yang lain.¹

Ketrampilan sosial dan komunikasi

Penderita Asperger mempunyai kecenderungan mengangutungkan diri pada aturan yang kaku dan rutinitas. Keadaan ini dapat digunakan untuk mengembangkan kebiasaan yang positif dan meningkatkan kualitas hidup. Strategi menyelesaikan masalah diajarkan untuk menangani keadaan yang sering terjadi, situasi sulit seperti terlibat dengan hal baru, kebutuhan sosial dan frustrasi. Dibutuhkan latihan untuk mengenal situasi sulit dan memilih strategi yang pernah dipelajari untuk situasi seperti itu⁽¹⁾.

Program *Behavioral Modification* dilakukan untuk melatih anak agar bersikap lebih layak dan dapat diterima secara sosial. Dalam program ini yang diintervensi adalah⁽⁵¹⁾.

- Rutinitas harian.
- Pengendalian *temper tantrum*
- Komunikasi
- Aspek emosi

Ketrampilan sosial dan komunikasi sebaiknya diajarkan oleh ahli komunikasi untuk berbicara pragmatis. Keadaan ini dapat dilakukan dalam terapi dua orang atau terapi kelompok kecil. Terapi komunikasi meliputi:⁽¹⁾

1. perilaku nonverbal yang sesuai (cara memandang untuk interaksi sosial, *memonitor* dan mencontoh perubahan suara).
2. membaca kode verbal dari perilaku nonverbal orang lain
3. *social awareness*.
4. *perspective taking skill*
5. interpretasi yang benar untuk komunikasi yang berarti ganda.

Kelompok *self support* dapat membantu penderita Asperger. Pengalaman kecil pada kelompok *self-support* memberi kesan

bahwa individu dengan gangguan Asperger menikmati kesempatan tertentu dengan orang lain. Ia dapat mengembangkan hubungan di sekitar aktivitasnya dengan orang lain untuk membagi perhatian. Perhatian khusus dibuat untuk menciptakan kesempatan sosial melalui kelompok minat.

Mereka membutuhkan kasih sayang, kelembutan hati, kepedulian, kesabaran dan pengertian. Jika mereka mendapatkannya, sedikitnya dapat lebih terlibat dalam masyarakat⁽¹⁴⁾.

Orang tua

Orang tua berperan sangat besar dalam penatalaksanaan gangguan Asperger. Beberapa strategi yang menolong orangtua untuk menghadapi anaknya :

- Buatlah pembicaraan yang sederhana sesuai dengan tingkat pengertian mereka
- Buatlah instruksi yang sederhana untuk pekerjaan yang rumit dengan menggunakan daftar atau gambar.
- Mencoba mengkonfirmasi apakah mereka mengerti apa yang dibicarakan atau ditanyakan. Jangan membuat pertanyaan yang cukup dijawab *Yes/No*.
- Jelaskan bahwa mereka harus menatap saat berbicara dengan orang lain, beri semangat, pujian untuk prestasi, khususnya pada saat mereka menggunakan ketrampilan sosial tanpa disuruh.
- Untuk anak kecil yang tampaknya tidak mau mendengar, berbicara dengan dinyanyikan akan lebih bermanfaat.
- Berilah pilihan yang dibatasi dua atau tiga pilihan⁽¹⁴⁾.

Pendidikan

Sangat bermanfaat jika anak dimasukkan ke sekolah yang memahami kesulitan anak dan orangtuanya. Guru harus menyadari bahwa muridnya mempunyai gangguan perkembangan dan berbeda dari murid lain^(5,14). Ketrampilan, konsep, prosedur yang teratur, strategi kognitif dan norma-norma perilaku dapat diajarkan dengan efektif⁽¹⁾.

Beberapa prinsip umum sekolah agar dapat diaplikasikan pada anak dengan gangguan Asperger :⁽⁵⁾

- Rutinitas kelas harus konsisten, terstruktur, dan sebisa mungkin dapat diramalkan. Mereka harus dipersiapkan terlebih dahulu. Termasuk jadwal istirahat, hari libur dan sebagainya.
- Aturan diterapkan dengan seksama. Beberapa anak kaku dengan aturan. Pedoman dan aturan diterangkan dengan jelas, akan menolong jika melalui tulisan.
- Guru mengambil kesempatan pada bidang yang menjadi perhatian anak saat mengajar. Anak akan belajar dengan baik dan memperlihatkan motivasi dan perhatian yang besar bila sesuai dengan yang dijadualkan.
- Banyak anak gangguan Asperger berespons baik secara visual dengan alat seperti : jadwal, *chart*, *list*, gambar dsb.
- Secara umum mengajar dengan konkrit. Hindari gaya bahasa yang sulit dimengerti seperti sarkasme, idiom dan sebagainya.
- Strategi mengajar didaktik dan eksplisit dapat membantu anak memperoleh kecakapannya pada bidang fungsi eksekutif.
- Pastikan bahwa staf lain seperti guru olahraga, sopir bus, petugas perpustakaan dan kafeteria mengetahui keadaan anak. Lakukanlah pendekatan terhadap mereka.

Pekerjaan

Dalam pekerjaan, memanfaatkan kemampuan mereka untuk dapat mandiri. Kemandirian dalam berbagai bidang menjadi prioritas⁽¹⁾. Penderita gangguan Asperger dilatih dan ditempatkan pada pekerjaan yang mendapat dukungan dan perlindungan dengan demikian mereka tidak akan mengalami gangguan psikologik. Sebaiknya pekerjaan mereka tidak melibatkan tuntutan sosial yang intensif, tekanan waktu atau membutuhkan perubahan cepat. Jangan ditempatkan pada situasi baru yang membutuhkan pemecahan masalah⁽¹⁾.

Terapi lain

Diberikan psikoterapi dan terapi okupasi. Psikoterapi suportif dapat menolong penderita agar dapat beradaptasi dengan perasaan sedih, frustrasi dan ansietas. Keadaan yang langsung terfokus pada pemecahan masalah lebih berguna daripada pendekatan berorientasi tilikan (*insight*)⁽³²⁾. Terapi okupasi sangat dibutuhkan, diberikan oleh seorang terapis yang berpengalaman, untuk melatih koordinasi gerakan⁽³²⁾. Intervensi farmakologi tak kalah penting untuk menghilangkan gejala dan psikopatologi lain⁽³²⁾. Diutamakan jika ada gejala agresivitas dan *self injuries*. Golongan antagonis serotonin dopamin seperti risperidone, olanzapine, quetiapine^(52,53) dan *serotonin selective reuptake inhibitor* seperti fluoxetin menurut kepustakaan sangat baik untuk gangguan Asperger. Clomipramine efektif untuk terapi gejala obsesi kompulsi pada gangguan ini. Terapi stimulan bermanfaat untuk mengatasi gangguan atensi⁽⁸⁾.

Nutrisi dapat menolong anak dengan gangguan Asperger. Makanan bebas gluten dan kasein sangat dianjurkan. Hal ini berdasarkan pada hipotesis opioid pada autisme. Mega dosis vitamin dan mineral dianjurkan pada penatalaksanaan gangguan spektrum autisme. Diet bebas fenol dan salisilat, gula, zat aditif, jamur/fermentasi dianjurkan dengan menggunakan rotasi diet^(54,55). Integrasi sensorik dilakukan pada anak gangguan spektrum autisme dengan tujuan untuk memperbaiki sistem registrasi dan modulasi dari berbagai *input* sensorik, memfasilitasi fungsi regulasi, memfasilitasi proses dari berbagai *input* sensorik, dan membantu perkembangan praksis dan ketrampilan untuk memecahkan masalah⁽⁵⁶⁾.

ILUSTRASI KASUS

B, laki-laki, 7 tahun, datang dengan keluhan suka memukul dan berteriak jika keinginan tidak atau lama dipenuhi. Pasien lebih suka main sendiri dan sulit berteman, juga di sekolah. Pasien kelihatan aneh dan tidak bisa bergaul. Pasien suka bermain permainan aneh yang diciptakan sendiri. Ia tidak bisa mengerti dan peduli dengan perasaan orang lain. Ia sering melempar, menonjok tanpa memedulikan orang lain, tapi tidak boleh ditegur. Pasien juga suka membangkang.

Nilai pelajaran cukup bagus dengan rata-rata 7-9 untuk matematika dan pelajaran hafalan. Pasien kurang abstraksi, sulit mengerti bahasa. Pasien anak tunggal, kedua orang tua bekerja, riwayat prenatal tidak ada keluhan, proses persalinan dengan risiko ketuban pecah dini, berat badan lahir 3,5 kg, panjang badan 49 cm.

Pasien mengikuti aktivitas seperti taekwondo, piano dan komputer. Pasien bercita-cita ingin menjadi pilot karena ia

ingin naik pesawat yang ada baling-balingnya di hidung dan mesinnya jet. Pasien masuk TK pada usia 5 tahun, bisa membaca dan berhitung pada usia 4 tahun, tidak ada keterlambatan bicara dan berbahasa. Usia 6 tahun masuk SD. Di kelas II cawu II pasien pindah sekolah, karena murid di SD sebelumnya terlalu banyak.

Pada pemeriksaan pasien tampak bersikap kaku, berbicara dengan bahasa yang baku dan sangat formal tanpa memandang lawan bicaranya (menghindari kontak mata). Pasien bicara keras dan tidak bisa pelan. Pasien memperlihatkan gangguan interaksi sosial dalam kontak mata yang kurang adekuat. Memperlihatkan respons yang tertunda waktu disapa.

Pembicaraannya kurang modulasi dan nampak monoton. Ia tidak menunjukkan rasa sedih atau kecewa saat menceritakan tidak bisa makan McDonald, padahal ia menyukainya. Ia tidak berespons dengan ekspresi wajah dan sikap orang lain. Ia tidak membalas jika orang lain tersenyum kepadanya. Pasien menyebutkan tanda waktu secara detil misalnya waktu ditanyakan jam berapa pulang sekolah, ia menjawab jam dua belas lewat tiga puluh enam menit, sepuluh detik, demikian juga untuk pertanyaan lain mengenai waktu. Pada saat ditanya, pertanyaan harus diulang baru pasien menjawab. Terkadang jawaban tidak sesuai.

Saat ditegur karena melakukan kesalahan, pasien berkata: "mengapa marah-maraha, saya tidak salah", dengan wajah tak bersalah. Ia tidak bisa menulis rapi dan sering marah-maraha dan berteriak-teriak karena tidak bisa menulis rapi. Ia sering menghindari pekerjaan menulis. Pada saat menjiplak pasien tidak dapat melakukannya dengan rapi dan teratur, ia melakukannya berulang-ulang sampai bosan dan istirahat.

Demikian juga saat menggunting gambar di kertas terlihat sangat kaku dan hasilnya tidak rapi. Apabila pasien melakukan sesuatu yang sulit, kemudian gagal maka ia akan frustrasi dan berteriak-teriak. Setiap kali kunjungan pasien melakukan hal yang rutin yaitu menggambar, padahal tidak disuruh. Untuk mengubah kebiasaan pasien ke hal-hal yang baru harus melalui proses dan tidak boleh langsung karena pasien akan ngambek.

Di rumah pasien suka main *playstation*. Interaksi pasien dengan orangtuanya: pasien dapat ditinggal orang tuanya tanpa protes, tetap bisa bermain dengan baik (asyik sendiri). Orientasi dan persepsi baik, *Mood/afek inappropriate*, empati sulit dirabaraskan, proses pikir terhambat.

DISKUSI

Memahami gambaran klinis dan kriteria diagnostik adalah modal untuk mendiagnosis gangguan Asperger. Gambaran klinis yang mirip atau tampaknya bertumpang tindih dengan gangguan dalam spektrum autistik, dapat menyulitkan diagnosis.

Deteksi dini gangguan Asperger dapat dilakukan jika mampu melakukan anamnesis dan pemeriksaan dengan teliti untuk menegakkan diagnosis. Etiologi gangguan Asperger masih dalam perdebatan, sehingga sampai saat ini penatalaksanaan pada dasarnya adalah suportif dan simtomatis.

Terapi non farmakologis dan farmakologis diberikan sesuai kebutuhan pasien. Pendekatan multidisiplin bermanfaat untuk memberikan terapi yang holistik dan komprehensif.

**PUISI KARANGAN SEORANG ANAK
GANGGUAN ASPERGER**

Ironing Out the Wrinkles

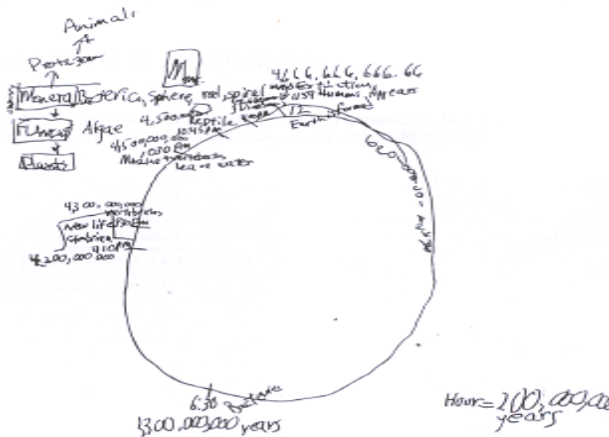
*Life was once a tangled mess.
Like missing pieces, in a game of chess.
Like only half a pattern for a dress.
Like saying no, but meaning yes.
Like wanting more, and getting less.
But I'm slowly straightening it out.*

*Life was once a tangled vine.
Like saying yours, and meaning mine.
Like feeling sick, but saying fine.
Like ordering milk, but saying wine.
Like seeing a tree, and saying vine.
But I'm slowly straightening it out.*

*Life is now a lot more clear.
The tangles are unraveling,
And hope is near.
Sure there are bumps ahead.
But no more do I look on with dread.*

After fourteen years the tangles have straightened.

(Vanessa Regal)³⁰



Gambar 1 : Dari seorang anak penderita gangguan Asperger

KEPUSTAKAAN

1. Volkmar FR, Klin A. Pervasive developmental disorder. Dalam : Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed, Baltimore, William & Wilkins;1999:2674-7.
2. Bowman EP. Asperger's syndrome and autism: the case for a connection. Br J Psychiatr. 1988; 152 : 377-82.
3. Rosen BS. Asperger's syndrome, high functioning autism, and disorder of autistic continuum. <http://www.aspergersyndrome.com>. Diakses 4 April

- 2001.
4. Levin K. Pervasive developmental disorder: PDD-NOS, Asperger disorder and autism parent information booklet. <http://www.childrenhospital.org/ici/publications>. Diakses 4 April 2001.
5. Bauer S. Asperger syndrome. <http://www.asperger.org/articles>. Diakses 4 April 2001.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th ed. American Psychiatric Association. Washington, DC:75-7.
7. Volkmar FR, Klin A, Siegel B, et al. Field trial for autistic disorder in DSM-IV. Am J Psychiatr. 1994;151:1361-7.
8. Gillberg C. Asperger syndrome and high functioning autism, Br J Psychiatr. 1998;172:200-9
9. Kerbeshian J, Burd L. Asperger's syndrome and Tourette syndrome: the case of the Pinball Wizard. Br J Psychiatr. 1986;148:731-6.
10. Volkmar FR, Klin A, Schultz RT et al. Clinical case conference : Asperger's disorder. Am J Psychiatr. 2000;157:262-7.
11. Cox AD. Is Asperger's syndrome a useful diagnosis ?. Arch. Dis. Childhood 1991;66: 259-62.
12. Kerbeshian J, Burd L, Fisher W. Asperger's syndrome: to be or not to be?. Br J Psychiatr. 1990;156:721-5.
13. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome : A total population study. Cambridge University Press, 1993.
14. Lord R. Asperger syndrome. <http://www.asperger.org/article>. Diakses 4 April 2001.
15. Scragg P, Shah A. Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. Br J Psychiatr. 1994;165:679-82
16. Editorial. By one name. J Pediatr. 2000;136:576-7.
17. Szatmari P et al. Two year outcome of preschool children with autism or Asperger's syndrome and high functioning autism. Br J Psychiatr. 1998;172:200-9.
18. Tantam D. Lifelong eccentricity and social isolation II: Asperger's syndrome or schizoid personality disorder?. Br J Psychiatr.1988;153: 783-91.
19. Editorial. Zebras in the livingroom : The changing faces of autism. J Pediatr.1999;135:533-5.
20. Connolly AM et al. Serum autoantibodies to brain in Landau-Kleffner variant, autism, and other neurologic disorder. J Pediatr. 1999;134:607-13.
21. Volkmar FR et al. Nosology and genetic aspect of Asperger syndrome. J Autism Dev Disord.1998;28(5):457-63.
22. Gillberg CL. Autism and autistic-like conditions : subclasses among disorder or empathy. Cambridge University Press. 1992.
23. Burguine E, Wing L. Identical triplets with Asperger's syndrome. Br J Psychiatr. 1983; 143:261-5.
24. Horvath K et al. Gastrointestinal abnormalities in children with autistic disorder. J. Pediatr. 1999;135:559-63.
25. Milles, Capelle. Asperger's syndrome and aminoaciduric : a case sample. Br J Psychiatr.1987;150:397-400.
26. Rinehart NJ et al. Atypical interference of local detail on global processing in high -functioning autism and Asperger's disorder. J Child Psychol Psychiatr. 2000; 41 (6) :769-78.
27. Schultz RT, Gauthier I et al. Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. Arch Gen Psychiatr. 2000;57:331-40.
28. Jones PB, Kerwin RW. Left temporal lobe damage in Asperger's syndrome. Br J Psychiatr.1987; 150:397-400.
29. Klin A, Volkmar FR et al. Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disability syndrome. Cambridge University Press.1995.
30. Attwood T. Motor Clumsiness. <http://www.Asperger.org/articles>. Diakses 4 April 2001.
31. Ringman JM, Jankovic J. Occurrence of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder. J Child Neurol. 2000;156:394-400.
32. Grossman JB, Klin A, Carter AS, Volkmar FR. Verbal bias in recognition of facial emotion in children with Aspreger syndrome. J Child Psychol Psychiatr. 2000;41(3):369-79.
33. Bowler DM, Gardiner JM, Grice S et al. Memory illusions: false recall and recognition in adults with Asperger's syndrome. Abnorm Psychol. 2000;109(4): 663-72.
34. Bowler DM, Gardiner JM, Grice SJ. Episodic memory and remembering in adults with Asperger syndrome. J Autism Dev Disord.2000; 30(4):295-304.

35. Miller JN, Ozonoff S. The external validity of Asperger disorder: lack of evidence from the domain of neuropsychiatry. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(2):227-38.
36. Bolton PF et al. Association of tuberous sclerosis of temporal lobes with autism and atypical autism. *Lancet.*1997;349:392-5.
37. Craig J, Baron-Cohen S. Story-telling ability in children with autism or Asperger syndrome: a window into the imagination. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2000;37(1): 64-70.
38. Craig J, Baron-Cohen S. Creativity and imagination in autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev. Disord.*1999;29(4):319-26.
39. Littlejohns CS, Clarke DJ, Corbett JA. Tourette-Like Disorder in Asperger syndrome. *Br J Psychiatr.*1990;156:430-3.
40. Szatmari P. The classification of autism, Asperger syndrome and pervasive developmental disorder. *Can J Psychiatr.* 2000;45(8):731-8.
41. Charman T, Skuze DH. Autism. *Psychiatr. Medicine Internat.* 2000; 3: 54-6.
42. Baron-Cohen S. Is Asperger syndrome/high-functioning autism necessarily a disability?. *Dev Psychopathol.*2000;12(3):489-500.
43. Prior M, Eisenmajer R, Leeham et al. Are there subgroup within the autistic spectrum?. A cluster analysis of groups of children with autistic spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatr.* 1998;39(6):893-902.
44. Wolff S. "Schizoid" personality in childhood and adulthood life. III : the childhood picture. *Br J Psychiatr.*1991;159:629-35.
45. Everall IA, Lecounter A. Firesetting in an adolescent boy with Asperger syndrome. *Br J Psychiatr.* 1990;157:284-7.
46. Walker A. Separate realities; a plain narrative of a-posteriori cognition: analogue for comparisons with and between Asperger's syndrome and other autistic spectrum condition. <http://www.shifh.mistral.co.uk/autism>. Diakses 4 April 2001.
47. Attmood T. Asperger syndrome: Some common question.: <http://www.asperger.org/article>. Diakses 4 April 2001.
48. Ghaziuddin M et al. Comorbidity of Asperger syndrome : a preliminary report. *J Intellect Disabil Res.* 1998;42:279-83.
49. Green J et al. Social and psychiatry functioning in adolescent with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *J Autism Dev Disord.*2000;30(4) :27993.
50. Sobanski E. Further evidence for a low body weight in male children and adolescent with Asperger's disorder. *Eur Child Adolesc Psy.*1999; 8(4):312-4.
51. Grossman R. Behavioral Modification Programme for PDD Children. Child Neurology and Developmental Centre. www.child-brain.com. Diakses 8 April 2003
52. Sadock BJ, Kaplan HI, Pervasive Developmental Disorder. *Synopsis of Psychiatry*, 9th ed, 2002 :1208-22.
53. Zepf B. Risperidone for aggressive behavior in autistic children. *Am. Family Physician* 2003:Feb.
54. Mehl-Madrona L. Effective Therapies for Autism and other Developmental Disorder. *Autism/Asperger's Digest Magazine*, 2000.
55. Susilo RPP. Pengalaman menjalankan diet pada anak Autistic Spectrum Disorder. *Konferensi Nasional Autisme I, Jakarta, 2003* :182-9.
56. Utama DK. Terapi sensori integrasi untuk anak-anak dengan gangguan spektrum autisme. *Konferensi Nasional Autisme I, Jakarta, 2003* : 73-9.

