

Fatmawati Fadli, dkk

Bunga Rampai

APA ITU PSIKOPATOLOGI?

"Rangkaian Catatan Ringkas Tentang Gangguan Jiwa"



Tim Penyunting:

Dr. Siti Maryam, M.Si

Fatmawati Fadli, S.Psi., B.Psych (Hons), M.Sc

UNIMAL PRESS

Bunga Rampai

APA ITU PSIKOPATOLOGI?

*“Rangkaian Catatan Ringkas Tentang
Gangguan Jiwa”*



universitas
MALIKUSSALEH

FATMAWATI FADLI, *et al.*

Bunga Rampai

APA ITU PSIKOPATOLOGI?

“Rangkaian Catatan Ringkas Tentang Gangguan Jiwa”

UNIMAL **PRESS**

Tim Penyusun

Fatmawati
Fadli A.Gani
Siti Maryam
Aimmatun Dzulfi Farhani
Alfa Aswira
Alvira Lia Hanum
Anisah Fitri Anisruddin
Athiyyah
Cut Meiliza Amal Alia
Cut Rahmi
Dara Maghfirah
Devi Ramadhani
Dina Tanzila
Dini Ulfa
Eka Themety Putri Irwandila
Ela Oktavia Silvani
ElvaWinda
Erlinda
Fairud Lana
Fajar Mukti
Farhah
Fatimah Zuhra
Hurun Ainin
Husnul Fitria
Wilda Nadhlia
Zhafiratul Lathifa
Zhariema

Iklima Ritmiani
Imarwani Alfa Annisa
Irmayanti
Layni Hayaton
Martin Nasa'i
Martina Lisa
Meli Ana Silfia
Melly Arryanti
Muhammad Amirulhaq
Muhammad Danilo
Muhammad Rasmi
Muhammad Syauqi Umardhian
Mujahidul Islah
Nana Mardiana
Rahmatillah
Ramadhani Lisyanti
Renaldy Saputra
Riazul Jannah
Rizqina
Ruwaida
Sarah Adelia
Setiye Fitri
Silvi Yana
Sri Wahyu Novida
Syarifah Ufayana
Teuku Raja Rachmatullah
Rahmaini Fahmi

Judul: **Bunga Rampai : APA ITU PSIKOPATOLOGI?**
"Rangkaian Catatan Ringkas Tentang Gangguan Jiwa"

viii + 148 hal., 15 cm x 23 cm

Cetakan Pertama: April, 2019

Hak Cipta © dilindungi Undang-undang. *All Rights Reserved*

Penulis:

FATMAWATI FADLI, dkk

Penata Letak: **Eriyanto**

Pracetak dan Produksi: **Unimal Press**

Penerbit:

UNIMAL PRESS

Unimal Press

Jl. Sulawesi No.1-2

Kampus Bukit Indah Lhokseumawe 24351

PO.Box. 141. Telp. 0645-41373. Fax. 0645-44450

Laman: www.unimal.ac.id/unimalpress.

Email: unimalpress@gmail.com

ISBN 978-602-464-072-9

ISBN:

978 – 602 –464- 072-9



Dilarang keras memfotocopy atau memperbanyak sebahagian atau seluruh buku ini tanpa seizin tertulis dari Penerbit

Kata Pengantar

Alhamdulillahirabbil'aalamin, segala puja dan puji syukur penulis panjatkan kepada Allah Yang Maha Penyayang. Tanpa karunia-Nya, mustahillah naskah buku ini terselesaikan tepat waktu mengingat tugas dan kewajiban lain yang bersamaan hadir. Penulis benar-benar merasa tertantang untuk mewujudkan naskah buku ini sebagai bagian untuk mempertahankan slogan pribadi "banyak memberi banyak menerima".

Buku ini ditulis berdasarkan keinginan penulis untuk menyuguhkan bacaan sederhana tentang berbagai jenis psikopatologi. Buku bunga rampai yang terdiri dari sejumlah penulis ini membahas mengenai definisi, penyebab, dan gejala-gejala dari sejumlah gangguan jiwa, seperti: gangguan kecemasan, gangguan depresi, gangguan kepribadian, hingga gangguan jiwa paling berat yaitu skizofrenia. Dengan adanya buku ini, penulis sangat berharap agar pembaca, baik dengan latar belakang psikologi ataupun ilmu lainnya, dapat memahami lebih baik mengenai psikopatologi.

Terselesainya penulisan buku ini juga tidak terlepas dari bantuan beberapa pihak. Karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada orang tua dan suami yang banyak memberikan sumbangsih ide, para mahasiswa yang memberi inspirasi lewat cara berpikir yang kritis, dan teman sejawat yang selalu mengobarkan motivasi. Semua bentuk kemudahan yang telah diberikan benar-benar bermanfaat bagi penulis untuk belajar menjadi pribadi yang lebih baik.

Meskipun telah berusaha untuk menghindarkan kesalahan, penulis menyadari juga bahwa buku ini masih mempunyai kelemahan sebagai kekurangannya. Karena itu, penulis berharap agar pembaca berkenan menyampaikan kritikan. Dengan segala pengharapan dan keterbukaan, penulis menyampaikan rasa terima kasih dengan setulus-tulusnya. Kritik merupakan perhatian agar dapat menuju kesempurnaan. Akhir kata, penulis berharap agar buku ini dapat membawa manfaat kepada pembaca. Secara khusus, penulis berharap semoga buku ini dapat menginspirasi generasi bangsa ini agar menjadi generasi yang tanggap dan tangguh. Jadilah generasi yang bermartabat, kreatif, dan mandiri.

Banda Aceh, 7 April 2019
Yang membuat,

Tim Penulis

Daftar Isi

KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	vii
APA ITU PSIKOPATOLOGI?	1
<i>Fatmawati</i>	1
GANGGUAN SOMATOFORM	7
<i>Muhammad Amirulhaq, Martin Nasa'i dan Ruwaida</i>	7
GANGGUAN DISMORFIK TUBUH	15
<i>Hurun Ainin, Layni Hayaton dan Renaldy Saputra</i>	15
GANGGUAN STRES PASCATRAUMA.....	22
<i>Eka Themety Putri Irwandila, Melly Arryanti, dan Teuku Raja Rachmatullah</i>	22
GANGGUAN KECEMASAN	28
<i>Muhammad Danilo, Devi Ramadhani dan Ramadhani Lisyanti</i>	28
GANGGUAN ANOREKSIA NERVOSA.....	33
<i>Muhammad Rasmi, Anisah Fitri Anisruddin dan Iklima Ritmiani</i>	33
GANGGUAN BULIMIA NERVOSA	40
<i>Husnul Fitria, Irmayanti dan Dina Tanzila</i>	40
GANGGUAN DEPRESI	45
<i>Farhah, Athiyyah dan Muhammad Syauqi Umardhian</i>	45
BUNUH DIRI.....	52
<i>Mujahidul Islah, Rizqina dan Setiye Fitri</i>	52
GANGGUAN SKIZOFRENIA	57
<i>Fairud Lana, Dini Ulfa, Riazul Jannah, Sri Wahyu Novida dan Fajar Mukti</i>	57

GANGGUAN TRANS DISOSIATIF	65
<i>Sarah Adelia, Ela Oktavia Silvani dan Nana Mardiana</i>	65
GANGGUAN PARAFILIA.....	70
<i>Zhariema, Meli Ana Silfia dan Cut Rahmi</i>	70
GANGGUAN AUTISME	75
<i>Rahmatillah dan Silvi Yana</i>	75
GANGGUAN STRES REMAJA.....	82
<i>Cut Meiliza Amal Alia, Fatimah Zuhra dan Dara Maghfirah</i>	82
GANGGUAN IDENTITAS DISOSIATIF	87
<i>Alfa Aswira dan Alvira Lia Hanum</i>	87
GANGGUAN PEDOFILIA	91
<i>Erlinda, Imarwani Alfa Annisa dan Syarifah Ufayana</i>	91
GANGGUAN DEPRESI PADA LANSIA	95
<i>Zhafiratul Lathifa, Aimmatun Dzulfi Farhani dan ElvaWinda</i>	95
GANGGUAN DISLEKSIA	101
<i>Wilda Nadhlia dan Martina Lisa</i>	101
STRATEGI <i>COPING</i> KELUARGA.....	108
<i>Siti Maryam</i>	108
GANGGUAN AILUROPHOBIA.....	120
<i>Fadli A.Gani</i>	120
GANGGUAN DEMENSIA.....	128
<i>Rahmaini Fahmi</i>	128
BIBLIOGRAFI	134
BIODATA TIM PENYUNTING.....	147



APA ITU PSIKOPATOLOGI?

Fatmawati

Cabang psikologi yang berkepentingan untuk menyelidiki penyakit atau gangguan mental dan gejala-gejala abnormal lainnya

APA ITU PSIKOPATOLOGI?

DEFINISI PSIKOPATOLOGI

Psikopatologi merupakan istilah yang mengacu pada studi tentang penyakit mental, tekanan mental, atau manifestasi perilaku dan pengalaman yang mungkin menunjukkan penyakit mental atau gangguan psikologis. Psikopatologi (*psychopathology*) adalah cabang psikologi yang berkepentingan untuk menyelidiki penyakit atau gangguan mental dan gejala-gejala abnormal lainnya. Psikopatologi atau sakit mental adalah sakit yang tampak dalam bentuk perilaku dan fungsi kejiwaan yang tidak stabil. Istilah psikopatologi mengacu pada sebuah sindrom yang luas, yang meliputi ketidaknormalan kondisi indera, kognisi, dan emosi. Lebih lanjut, psikopatologi juga dapat didefinisikan sebagai penyakit jiwa atau gangguan jiwa (*mental disorder*), dimana gangguan jiwa sendiri ialah ketidakmampuan berfungsinya seseorang sehingga ia tak dapat mencapai pemuasan yang cukup memadai terhadap kebutuhan-kebutuhan jasmaniah, perasaan, dan persyaratan-persyaratan tingkah laku yang dituntut oleh masyarakat dimana ia hidup.

SEJARAH PSIKOPATOLOGI

Penanganan gangguan mental berkembang mulai dari zaman kuno (Yunani) hingga zaman sekarang. Terdapat perbedaan penanganan gangguan abnormalitas jiwa karena perbedaan paradigma berpikir manusia dari zaman ke zaman. Berikut adalah sejarah psikopatologi dari masa awal hingga kini.

1. Demonologi Awal

Demonologi ditemukan dalam budaya Cina, Mesir, dan Yunani. Para pemuka agama pada masa itu melakukan suatu upacara untuk mengeluarkan pengaruh roh jahat dari tubuh seseorang. Mereka menggunakan nyanyian mantera atau siksaan terhadap objek

tertentu, baik binatang ataupun manusia. Metode tersebut dinamakan *exorcism*.

2. Penjelasan Fisiologis Awal Terhadap Gangguan Mental

Abad 5 SM, Hippocrates yang merupakan Bapak Kedokteran dan penemu ilmu kedokteran modern, memisahkan ilmu medis dari agama, *magic*, dan tahayul. Ia menolak keyakinan yang berkembang pada masa Yunani bahwa Tuhan (dewa) mengirimkan penyakit fisik dan gangguan mental sebagai bentuk hukuman. Hippocrates menjelaskan tentang pentingnya otak dalam mempengaruhi pikiran, perilaku, dan emosi manusia. Menurutnya, otak adalah pusat kesadaran, pusat intelektual, dan emosi, sehingga jika cara berpikir dan perilaku seseorang menyimpang atau terganggu berarti ada suatu masalah pada otaknya (otaknya terganggu). Selain Hippocrates, ada juga dokter dari Roma yang mencoba memberikan penjelasan naturalistik tentang gangguan psikotik. Mereka adalah Asclepiades dan Galen. Disamping itu, keduanya mendukung perlakuan yang lebih manusiawi dan perawatan di rumah sakit bagi para penderita gangguan mental.

3. Jaman Kegelapan (*The Dark Ages*) dan Kembalinya Demonologi

Kematian Galen (130-200 M) sebagai dokter terakhir pada masa Yunani klasik, menandai dimulainya Jaman Kegelapan bagi dunia medis, perawatan, serta studi tentang perilaku abnormal. Setelah runtuhnya Roma dan Yunani, peradaban manusia mengalami kemunduran. Pada Jaman Pertengahan dan *Renaissance* (400-1500 M), kalangan Gereja dan Kristen meluaskan pengaruhnya melalui dunia pendidikan dan misionaris agama menggantikan budaya klasik kala itu, termasuk dalam hal menangani penderita gangguan mental. Saat itu, gangguan mental kembali dihubungkan dengan pengaruh spiritual dan supranatural.

Para pastur menangani penderita gangguan mental dengan berdoa atau menyentuhnya dengan menggunakan benda-benda yang dianggap keramat atau juga memberinya ramuan yang harus

diminum pada saat fase bulan mulai mengecil. Sedangkan keluarga penderita percaya dan membawanya ke pastur karena takut dan mempunyai tahayul bahwa penderita terkena pengaruh setan. Penderita gangguan mental dianggap sebagai tukang sihir. Mereka dianggap bersekutu dengan setan dan menentang Tuhan.

Sampai akhir Jaman Pertengahan, semua penderita gangguan mental dianggap sebagai tukang sihir. Dalam pengakuannya, beberapa dari mereka mempunyai hubungan dengan setan, melakukan hubungan seksual, dan sering berkumpul dengan kelompok roh atau setan. Dalam pandangan abnormal, hal itu mungkin diinterpretasi bahwa para tukang sihir tersebut mengalami halusinasi atau delusi dan beberapa dari mereka didiagnosis mempunyai gangguan psikosis.

4. Pembangunan *Asylums* Selama *Renaissance* (Jaman Pencerahan)

Pada abad 15 dan 16, di Eropa mulai dilakukan pemisahan dengan serius antara penderita gangguan mental dari kehidupan sosialnya. Disana dibangun suatu tempat penampungan yang disebut *Asylums*. Di *asylums*, penderita gangguan mental dan para gelandangan ditampung dan dirawat. Mereka dibiarkan untuk tetap bekerja dan tidak diberi suatu aturan hidup yang jelas.

5. Gerakan Reformasi: *The Insane As Sick*

Konsep baru tentang gangguan dan penyakit mental muncul dalam Revolusi Amerika dan Perancis sebagai bagian dari proses pencerahan (*renaissance*) bidang rasionalisme, humanisme, dan demokrasi politik. Orang gila (*insane*) kemudian dianggap sebagai orang sakit. Banyak tokoh di Eropa kemudian ikut menyuarakan hal itu, misalnya Chiarugi di Italia dan Muller di Jerman menyuarakan tentang *treatment* rumah sakit yang lebih humanis. Tetapi perwujudan konsep baru dalam bidang ini dipelopori oleh Phillipe Pinel (1745-1826). Pinel kemudian memulai pekerjaannya dari *asylums* di Paris yang bernama La Bicetre. Pinel merupakan figur yang memelopori gerakan *treatment* yang lebih humanis

(manusiawi) terhadap penderita gangguan mental. Ia membebaskan pasien di La Bicetre dari ikatan rantai dan pasung, kemudian memperlakukannya sebagai seorang yang sakit dan tidak diperlakukan seperti seekor hewan sebagaimana dilakukan di La Bicetre.

MACAM-MACAM PSIKOPATOLOGI

Beberapa gangguan jiwa tergolong dalam psikosis dan sebagian lainnya dikategorikan ke dalam neurosis. Gangguan jiwa yang melibatkan penyakit syaraf disebut psikosis, ini telah menjurus pada penyakit jiwa yang berat, sedangkan bila masih dalam taraf yang ringan disebut psikoneurosis atau neorosis. Yang tergolong psikosis (penyakit jiwa berat), diantaranya adalah:

1. Skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit jiwa yang diderita oleh orang yang terpecah kepribadiannya. Orang yang menderita penyakit ini seolah-olah mati jiwanya, tidak mampu menanggapi segala sesuatu yang ada di lingkungan sekitar dirinya, dan terpisah dari dunia nyata. Hidup jiwanya kosong dari norma-norma sosial dan kebudayaan.

2. Manik-Depresif

Manik-depresif adalah orang yang jiwanya tidak stabil, kadang-kadang aktif dan kadang-kadang pasif.

3. Paranoid

Paranoid yaitu penyakit jiwa yang menampakkan gejala bahwa semua yang berada di lingkungan sekitarnya seolah-olah memusuhi dirinya.

Adapun macam-macam neurosis (penyakit jiwa ringan) dapat diterangkan sebagai berikut:

1. Psychasthenia

Psychasthenia yaitu suatu gangguan jiwa dimana penderitanya memiliki gejala seperti energinya lenyap meskipun kadang-kadang

kekuatan jasmaniahnya besar. Bentuk penyakit ini muncul dalam berbagai macam, yakni:

- a. Fobia, yaitu takut berbuat sesuatu tanpa alasan, misalnya: claustrophobia (takut ke kamar kecil), achlophobia (takut berada di keramaian), dan acrophobia (takut di tempat tinggi).
- b. Tidak dapat mengontrol diri, misalnya: pyromania (terus-menerus membakar sesuatu), dipsomania (terus-menerus minum), obsesi (terus-menerus terpaku memikirkan sesuatu objek), dan abulia (tak mampu melakukan pemilihan).
- c. Histeria, yaitu hilang tenaga dan semangat, misalnya: amnesia (ingatan hilang), anaesthesia (hilang perasaan), algesia (perasaan berlebih-lebihan), anorexia (lenyap nafsu makan), tremors (gemeteran), dan tics (gerakan badan yang otomatis tak dapat dikendalikan).

2. Neurasthenia

Neurasthenia adalah penyakit syaraf yang tergolong masih dalam stadium permulaan, sehingga masih mungkin disembuhkan melalui konseling atau terapi. Jenis penyakit ini menampilkan gejala-gejala, antara lain: tenaga berkurang dan menjelma dalam bentuk gangguan jiwa yang disebut insomania (susah tidur), kehilangan inisiatif, menjadi pemalas, mudah tersinggung perasaannya, merasa lelah terus-menerus, tidak dapat mengkonsentrasikan daya pikirnya, kecerdasannya makin mengurang, dan sebagainya. Menurut Freud, sumber penyakit jiwa tersebut adalah terletak pada dorongan nafsu atau motif libido (nafsu birahi) yang ditekan ke bawah sadar.



GANGGUAN SOMATOFORM

Muhammad Amirulhaq

Martin Nasa'i

Ruwaida

Kelompok gangguan psikologis dimana penderita mengeluhkan sakit fisik (misalnya nyeri, mual, dan pusing) yang tidak dapat ditemukan penjelasan secara medis

GANGGUAN SOMATOFORM

Muhammad Amirulhaq, Martin Nasa'i, dan Ruwaida

Kata somatoform diambil dari bahasa Yunani *soma*, yang berarti “tubuh”. Dalam gangguan somatoform (*somatoform disorder*), orang memiliki simptom fisik yang mengingatkan pada gangguan fisik, namun tidak ada abnormalitas organik yang dapat ditemukan sebagai penyebabnya. Lebih dari itu, ada bukti atau beberapa alasan yang dapat dipercaya bahwa simptom tersebut merefleksikan faktor atau konflik psikologis (Nevid, Rathus, & Greene, 2003).

Beberapa orang mengeluhkan masalah dalam bernafas, menelan, atau ada yang menekan di dalam tenggorokan. Masalah-masalah seperti ini dapat merefleksikan aktivitas yang berlebihan dari cabang simpatis syaraf otonomik yang dapat dihubungkan dengan kecemasan. Kadang kala, sejumlah simptom muncul dalam bentuk tidak biasa, seperti kelumpuhan pada tangan atau kaki yang tidak konsisten dengan kerja sistem syaraf. Dalam kasus-kasus lain, orang berfokus pada keyakinan bahwa mereka menderita penyakit yang serius, namun tidak ada bukti abnormalitas fisik yang dapat ditemukan (Nevid, *et al.*, 2003). Orang dengan gangguan somatoform mengalami simptom tubuh yang dapat menyebabkan mereka stres berat dan kerusakan secara psikologis yang signifikan (Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2018). Beberapa jenis gangguan somatoform diantaranya yaitu: gangguan konversi, hipokondriasis, dismorfik tubuh, dan gangguan somatisasi (Nevid, *et al.*, 2003).

Somatoform adalah kelompok gangguan yang meliputi simptom fisik (misalnya nyeri, mual, dan pening) dimana tidak dapat ditemukan penjelasan secara medis (Fausiah & Widury, 2005). Lebih lanjut, Ardan (2011) mengatakan bahwa individu dengan somatoform mengeluhkan gejala-gejala gangguan fisik yang terkadang berlebihan, tetapi pada dasarnya tidak terdapat gangguan fisiologis. Somatoform juga dapat diartikan sebagai keluhan gejala

fisik yang berulang yang disertai dengan permintaan pemeriksaan medis, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif dan juga sudah dijelaskan oleh dokter bahwa tidak ditemukan kelainan fisik yang menjadi dasar keluhannya (Departemen Kesehatan, 1993). Somatoform (terutama gangguan konversi atau disebut juga reaksi-reaksi konversi) adalah gangguan-gangguan neurotik yang khas bercirikan emosionalitas yang ekstrim, dan berubah menjadi simptom-simptom fisik. Simptom-simptom fisik itu mungkin berupa kelumpuhan-kelumpuhan anggota tubuh, rasa sakit dan nyeri luar biasa, buta, tuli, tidak bisa bicara, muntah terus-menerus, sakit kepala, atau gemetar (Semiun, 2006).

Angka yang dilaporkan untuk gangguan konversi pada populasi umum berkisar paling sedikit 1,1 dalam 10.000 orang hingga paling banyak 1 dalam 200 orang (*American Psychiatric Association [APA]*, 2000). Pada gangguan hipokondriasis prevalensinya masih tidak diketahui, gangguan ini tampak sama umumnya diantara pria maupun wanita, paling sering bermula antara usia 20 dan 30 tahun, meski dapat muncul di usia berapapun (Nevid, *et al.*, 2003). Hipokondriasis secara umum dianggap paling biasa terjadi di antara orang lanjut usia. Meskipun demikian, seperti diungkapkan oleh Costa dan McCrae (1985) dari *National Institute on Aging* bahwa perubahan kesehatan yang terkait dengan usia sebenarnya memang terjadi dan kebanyakan keluhan “hipokondriakal” mungkin merefleksikan perubahan-perubahan ini. Angka penderita gangguan dismorfik tubuh (*Body Dismorphic Disorder*) tidak diketahui secara jelas karena banyak orang dengan gangguan ini gagal mencari bantuan atau mencoba untuk merahasiakan simptom mereka (Cororve & Gleaves, 2001). Gangguan somatisasi bermula sebelum usia 30 tahun namun biasanya terjadi pada usia remaja. Perkiraannya adalah 1 dari 1.000 orang di Amerika Serikat menderita gangguan somatisasi, dengan 10 kali lipat kasus ditemukan pada wanita dibandingkan pria. Gangguan ini juga 4 kali lipat lebih mungkin muncul di antara orang-orang Afrika Amerika daripada kelompok etnik atau ras lain (Schwarz, 1991).

Gangguan somatoform memiliki kerugian bagi penderitanya yaitu peningkatan biaya kesehatan yang harus dikeluarkan. Hal ini dapat terjadi karena jumlah kunjungan pasien kepada dokter dan perawatan kesehatan meningkat. Selain itu, pasien dengan keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan seperti somatoform juga memiliki kualitas hidup yang rendah (Steinbrecher, Koerber, Frieser, & Hiller, 2011).

GANGGUAN SOMATOFORM DARI SUDUT PANDANG PSIKOANALISA

Menurut teori Psikoanalisa Klasik, gangguan somatoform merupakan manifestasi dari kecemasan yang bersifat neurotik. Kecemasan ini bersumber dari konflik internal di dalam diri seseorang, yaitu antara id (dorongan-dorongan dari dalam diri) dan superego (norma masyarakat yang sudah diinternalisasikan). Ketika ego seseorang tidak mampu mengatasi konflik tersebut, maka dorongan-dorongan tersebut akan ditekan ke dalam ketidaksadaran. Hanya ego yang dapat menghasilkan kecemasan. Namun, id, superego, dan dunia luar masing-masing terkait dengan salah satu dari tiga jenis kecemasan yaitu neurosis, moral, dan realistik (Van Der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996).

Ketergantungan ego pada id menyebabkan munculnya kecemasan neurosis, sedangkan ketergantungan ego pada superego menghasilkan kecemasan moral, dan ketergantungan ego pada dunia luar membawa pada kecemasan realistik (Feist, Feist, & Robert, 2017). Kecemasan akan ditransformasikan dalam bentuk gejala somatik supaya tidak muncul ke kesadaran (Van Der Kolk, *et al.*, 1996). Freud meyakini bahwa ego berfungsi untuk mengontrol impuls seksual dan agresif yang mengancam atau tidak dapat diterima yang timbul dari id melalui mekanisme pertahanan diri seperti represi. Kontrol seperti ini menghambat timbulnya kecemasan yang akan terjadi bila orang tersebut menjadi sadar adanya impuls-impuls itu. Pada sejumlah kasus, emosi atau energi sisa yang tertahan atau dipotong dari impuls yang mengancam

dikonversikan ke dalam simptom fisik, seperti kelumpuhan dan kebutaan histerikal. Satu masalah dari pandangan Freud adalah tidak menjelaskan bagaimana energi sisa dari konflik yang tidak disadari ditransformasikan ke dalam simptom fisik (Miller, 1987).

GANGGUAN SOMATOFORM DARI SUDUT PANDANG PSIKOLOGI SOSIAL

Sumber gangguan somatoform adalah kecemasan yang dimanifestasikan dalam keluhan fisik, sehingga orang lain tidak akan mengerti jika individu tidak mengeluh (Davidson & Neale, 1986). Timbulnya gangguan somatoform ini dapat terjadi karena adanya konflik intrapsikis, masalah hubungan intrapersonal, masalah lingkungan dan sosial, serta bentuk kecenderungan pada individu untuk mengkomunikasikan pengalaman psikologis yang tidak mengenakan ke dalam gejala-gejala fisik guna menyakinkan orang lain bahwa dirinya sakit dengan jalan mencari bantuan medis untuk dirinya (Ford, 1986).

Bentuk lain dari tujuan somatoform adalah untuk tujuan pribadi dengan jalan memanipulasi hubungan antar pribadi, untuk menghindari tugas dan tanggung jawab sosial, dan untuk mendapatkan keuntungan materi setelah terjadi kecelakaan, seperti untuk mendapatkan asuransi, dan yang tidak kalah penting adalah untuk mendapatkan simpati atau perhatian dari orang lain (Ford, 1983). Temuan lain dalam sebuah penelitian menyebutkan bahwa harga diri terbukti berperan terhadap somatoform dimana individu yang mengalami gangguan somatoform mempunyai harga diri dan citra diri yang negatif atau rendah (Oxman, Harrigan, & Kues, 1983). Individu dengan harga diri yang rendah mempunyai karakter sebagai berikut, yaitu: 1) mempunyai perasaan bersalah dan menganggap bahwa penyakit yang dialami sebagai bentuk hukuman, 2) perasaan dibenci sebagai akibat kesalahan yang diperbuat, dan 3) ketergantungan dan tuntutan yang besar terhadap orang lain, dimana individu ini tidak memiliki pertahanan terhadap permasalahan yang dia hadapi.

Salah satu penyebab bentuk keterkaitan antara harga diri dan somatoform terlihat pada paparan Coopersmith (dalam Gergen, 1970) yang mengemukakan bahwa individu yang mempunyai harga diri yang rendah menunjukkan perasaan tersisih, merasa tidak mampu, takut ditolak dan peka terhadap kritik, mengalami hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, malu untuk menempatkan dirinya, dan kurang menunjukkan afeksinya. Dari temuan penelitian ini dapat diambil informasi penting yaitu harga diri merupakan salah satu sikap mental dalam menilai diri atau objek di sekitarnya.

Selain itu, kemandirian juga merupakan salah satu unsur kepribadian yang dianggap penting bagi kehidupan manusia dalam menentukan sikap dan perbuatan terhadap lingkungannya (Soetjiingsih, 1992). Kemandirian akan menyebabkan individu lebih menyukai permasalahan yang dihadapi tanpa bantuan orang lain, sehingga ketika menghadapi situasi yang menekan individu yang mandiri tidak menampakkan kelemahannya pada orang lain. Mereka tidak akan mengekspresikannya dalam bentuk somatoform yang merupakan bentuk pengalihan pertahanan diri atau keinginan untuk mendapatkan perhatian, dukungan, dan pelepasan tanggung jawab. Somatoform merupakan proses psikologis yang terjadi karena individuasi yang ada pada dirinya tidak terwujud (Rodin, 1984).

GANGGUAN SOMATOFORM DARI SUDUT PANDANG PSIKOLOGI ISLAM

Seseorang harus mampu menerima kenyataan dengan jujur dan ikhlas. Dalam hal ini, kecemasan dapat timbul karena seseorang tidak mampu menerima kebenaran atau kenyataan. Menurut ajaran Islam, kejujuran kepada Allah merupakan sesuatu yang paling penting dilakukan. Seperti yang tercantum dalam Q.S. Al-Ahqaaf (13) yang berbunyi:

إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفَ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ

Artinya: *“Sesungguhnya orang-orang yang mengatakan Tuhan kami ialah Allah, kemudian mereka tetap istiqamah. Maka tidak ada*

kekhawatiran terhadap mereka dan mereka tiada (pula) berduka cita”.

Ayat ini menjelaskan bahwa ketidakjujuran dapat membuat konflik dalam diri seseorang, yaitu antara pikiran dan perasaan. Kebohongan dan konflik dapat mempengaruhi kerja hormon yang menyebabkan perubahan detak jantung, pernapasan, dan membuat tubuh gemetar (Hasan, 2008). Keadaan yang dapat menimbulkan gejala pada fisik dan psikis sesungguhnya telah ditegaskan Allah, sebagaimana disebutkan dalam Q.S. Al-Baqarah (155) yang berbunyi:

مِنَ بَشِيئِ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصِ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِيرِ الصَّابِرِينَ
وَأَنْبِئُوكُمْ

Artinya: *“Dan sesungguhnya Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan.*

Ayat ini menerangkan bahwa dalam menghadapi berbagai cobaan ada orang yang kuat dan tabah sehingga dapat mengatasi masalahnya, tapi tidak sedikit yang tidak tabah dan kuat. Hal ini sesuai dengan sifat dasar manusia yang selalu berkeluh-kesah dan lemah sehingga membutuhkan bantuan orang lain.

Syarif (2002) menyebutkan bahwa kemunculan penyakit ketakutan dan kecemasan psikologis adalah sama yakni ketakutan terhadap sesuatu yang tidak diketahui sebab-sebab lahiriahnya secara logis dan rasional. Batasan dan pengertian tentang ketenangan atau ketakutan psikologis adalah sebagaimana diisyaratkan dalam Q.S. Al-Anam (125) yang berbunyi:

فَمَنْ يُرِدِ اللَّهُ أَنْ يَهْدِيَهُ يَشْرَحْ صَدْرَهُ لِلْإِسْلَامِ وَمَنْ يُرِدْ أَنْ يُضِلَّهُ يَجْعَلْ صَدْرَهُ ضَيِّقًا
حَرَجًا كَأْتَمَا يَصْعَدُ فِي السَّمَاءِ كَذَلِكَ يَجْعَلُ اللَّهُ
الرَّجْسَ عَلَى الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ (الأنعام: ١٢٥)

Artinya: “Barangsiapa yang Allah menghendaki akan memberikan kepadanya petunjuk, niscaya Dia melapangkan dadanya untuk (memeluk agama) Islam. Dan barangsiapa yang dikehendaki Allah kesesatannya, niscaya Allah menjadikan dadanya sesak lagi sempit, seolah-olah ia sedang mendaki langit. Begitulah Allah menimpakan siksa kepada orang-orang yang tidak beriman”.

Emosi juga menyebabkan aktivitas berfikir terhenti, orang tidak bisa berfikir dengan jernih dalam menghadapi permasalahan. Al-Qur’an menyebutkan terhentinya aktivitas berfikir ketika emosi pada Q.S. Ibrahim (43) yang berbunyi:

مُهْطِعِينَ مُقْنِعِي رُءُوسِهِمْ لَا يَرْتَدُّ إِلَيْهِمْ طَرْفُهُمْ وَأَفْئِدَتُهُمْ هَوَاءٌ ط

Artinya: “Firman menunjukkan terhentinya aktivitas berfikir ketika takut. Orang yang zhalim seolah kosong dari akal dan pikiran”.

Berdasarkan paparan di atas, kecemasan menjadi faktor utama yang menyebabkan gangguan somatoform. Islam menjelaskan kecemasan dapat timbul karena seseorang tidak mampu menerima kebenaran atau kenyataan.



GANGGUAN DISMORFIK TUBUH

Hurun Ainin

Layni Hayaton

Renaldy Saputra

Sebuah gangguan dimana seseorang terus-menerus merasa cemas dengan kekurangan fisik yang minor atau bahkan permasalahan pada citra tubuh dirinya

GANGGUAN DISMORFIK TUBUH

Hurun Ainin, Layni Hayaton, dan Renaldy Saputra

Orang dengan gangguan dismorfik tubuh (*Body Dismorphich Disorder/BDD*) terpaku pada kerusakan fisik yang dibayangkan atau dibesar-besarkan dalam hal penampilan mereka (*American Psychiatric Association [APA], 2000*). Mereka dapat menghabiskan waktu berjam-jam untuk memeriksakan diri di depan cermin dan mengambil tindakan yang ekstrim untuk mencoba memperbaiki kerusakan yang dipersepsikan, bahkan menjalani operasi plastik yang tidak dibutuhkan. Sedangkan yang lainnya dapat membuang setiap cermin dari rumah mereka agar tidak diingatkan akan cacat yang mencolok dari penampilan mereka.

Orang dengan BDD dapat percaya bahwa orang lain memandang diri mereka tidak sempurna, berubah bentuk menjadi rusak, atau penampilan fisik mereka yang tidak menarik mendorong orang lain untuk berfikir negatif tentang karakter atau harga diri mereka sebagai seorang manusia (Rosen, dalam Nevid, 2005). Angka BDD tidak diketahui secara jelas, karena tidak banyak orang dengan gangguan ini yang mencari bantuan atau mencoba untuk membuka rahasia tentang simptom mereka (Cororve & Gleaves, dalam Nevid, 2005).

Orang dengan gangguan BDD sering menunjukkan pola berdandan, mencuci, atau menata rambut secara kompulsif pada kerusakan yang dipersepsikan. Dalam suatu survei didapatkan data bahwa sebagian besar pengidap gangguan ini adalah perempuan. *Body image* dan ketidakpuasan tubuh pada individu yang berlebihan dapat berkembang hingga menjadi suatu gangguan BDD. Gangguan psikologis ini didefinisikan sebagai preokupasi mengenai kerusakan dalam penampilan fisik dan menyebabkan distress serta penurunan fungsi sosial (APA, 2000). Sebanyak 1-1,5 % dari populasi dunia memiliki kecenderungan BDD dan kecenderungan ini lebih tinggi

pada budaya yang sangat mementingkan penampilan (Veale & Neziroglu, 2010).

Sebuah penelitian yang dilakukan di Wesleyan University kepada 1000 wanita yang berusia antara 18-60 tahun menyebutkan bahwa 91% dari mereka ingin mengubah tubuhnya (Kusuma, 1999). Lebih lanjut, penelitian ini juga dilakukan pada 265 dokter bedah plastik dan hasilnya ditemukan sebanyak 178 diantaranya merawat pasien dengan gangguan BDD. Pada semua kasus, hanya 1% saja pasien yang mengaku persoalan BDD mereka berkurang setelah dioperasi.

BDD mempengaruhi 2,4% dari populasi umum dan dilaporkan mempengaruhi sebanyak 7-15% dari mereka yang menjalani operasi guna kepentingan kosmetik. Prevalensi BDD tampaknya secara signifikan lebih tinggi di antara orang yang menerima perawatan dermatologi yaitu setinggi 11,9%. Orang dengan BDD yang memilih untuk menjalani operasi plastik pada umumnya senang dengan hasil operasi kemudian mengalami permasalahan dengan bagian tubuh yang lain. Mereka sering dihantui oleh pikiran tentang hal lain pasca operasi. Ahli bedah dan ahli kulit kadang-kadang menjadi korban kekerasan, bahkan pembunuhan oleh pasien BDD yang putus asa atas hasil prosedural mereka (Koran, Abujaoude, Larg, & Serpe, 2008).

Kemudian, penelitian lain juga menjelaskan bahwa sebagian individu yang cenderung memiliki gejala BDD cenderung mengurung diri di rumah untuk menghindari orang lain melihat kekurangan yang dibayangkannya. Hal ini sangat mengganggu dan terkadang dapat mengarah pada bunuh diri. Mereka sering kali berkonsultasi pada dokter bedah plastik, bahkan beberapa individu yang mengalami gangguan ini melakukan operasi sendiri pada tubuhnya. Namun sayangnya, operasi plastik berperan kecil dalam menghilangkan kekhawatiran mereka (Castle, Rossell, & Kyrios, 2006).

DEFINISI GANGGUAN DISMORFIK TUBUH

Gangguan dismorfik tubuh (*Body Dysmorphic Disorder/BDD*) adalah preokupasi mengenai kerusakan atau kecacatan dalam penampilan fisik dan menyebabkan distress serta penurunan fungsi sosial. Penyakit ini tergolong sebagai suatu penyakit yang agak jarang ditemukan dan diteliti dibandingkan dengan masalah kesehatan mental lainnya. Pada keadaan ini, pasien mengalami ketidakpuasan yang ekstrim terhadap penampilan. Gangguan ini menjelaskan kondisi seseorang yang terus-menerus merasa cemas dengan kekurangan fisik yang minor atau bahkan permasalahan pada citra tubuh dirinya. Orang yang mengalami BDD tidak hanya merasa tertekan tetapi bahkan bisa gagal dalam menjalankan aktifitas sehari-hari, baik itu bekerja, belajar, maupun aktifitas lainnya. Preokupasi ini paling sering melibatkan hidung, telinga, wajah, rambut, atau fitur yang berhubungan dengan seksualitas (misalnya payudara pada wanita atau otot dan ukuran penis pada pria). Namun demikian, bagian tubuh manapun dapat menempati fokus pasien dengan gangguan BDD (Katharine, Phillips, William, Christina, & Maria, 2005).

Istilah BDD awalnya dikategorikan sebagai *dysmorphophobia* yang berarti “menjadi jelek”. Istilah tersebut pertama kali dicetuskan oleh dokter dari Italia yang bernama Enrico Morselli pada abad ke-19. *Dysmorphophobia* digunakan untuk menyebutkan sebuah perilaku yang menganggap suatu bagian tubuh tertentu pada dirinya merupakan hal yang buruk. Namun *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 4th edition (DSM-IV)* menyatakan bahwa istilah *dysmorphophobia* dapat menimbulkan kekeliruan persepsi terhadap *phobia* tertentu. Sehingga istilah *dysmorphophobia* berganti nama menjadi *Body Dysmorphic Disorder* untuk mencegah adanya kekeliruan istilah klinis (Kindes, 2006). Istilah lain yang juga digunakan untuk menggambarkan BDD selama bertahun-tahun meliputi *hypochondriasis dermatologis* dan *beauty hyponchondria* (Philips, 2004).

BDD cenderung berkembang saat memasuki usia remaja sekitar 16-17 tahun, dengan onset rata-rata pada usia 15 tahun. Seorang individu mulai memperhatikan penampilannya pada usia 12 atau 13 tahun, dan sikapnya yang demikian akan terus berkembang untuk menentukan kriteria diagnostik. Beberapa individu memungkinkan mengalami onset mendadak dari BDD. Kondisi demikian dapat juga terjadi pada orang dewasa yang lebih tua yang terlalu peduli dengan penampilan penuaan mereka. BDD biasanya berlangsung secara terus-menerus. Kelainan ini sedikit lebih banyak dialami oleh perempuan (2,4%) dibandingkan laki-laki (2,2%) dari jumlah pasien dewasa di Amerika Serikat (Gray & Zide, 2015).

Dalam APA, para ahli memberikan beberapa pengertian untuk istilah BDD, diantaranya adalah keasyikan dengan kekurangan fisik yang imajiner pada penampilan atau perhatian yang sangat berlebihan terhadap kekurangan yang sebenarnya tidak begitu berarti (Davison, 2010). Dalam pandangan psikodinamika, gangguan BDD dapat diklasifikasikan ke dalam empat aspek, yang pertama yaitu aspek kognitif dimana individu akan berfikir negatif terhadap tubuh mereka. Yang kedua yaitu aspek afektif dimana individu merasa tidak puas dengan bagian tubuhnya dan akan memiliki perasaan negatif terhadap tubuhnya. Yang ketiga yaitu aspek perilaku, dalam aspek ini individu akan merasakan perilaku obsesif terhadap tubuhnya. Dan yang keempat yaitu aspek hubungan sosial, yang mana individu tersebut tidak menyukai hubungan sosial (Rosen, dalam Nevid, 2005).

Berdasarkan DSM-IV, gangguan BDD ditandai oleh perilaku obsesi terhadap satu atau lebih cacat yang dirasakan sebagai kekurangan dalam penampilan fisiknya dengan perilaku berulang (seperti memeriksa cermin, perawatan yang berlebihan, memegang area yang cacat, atau menutupi kecacatannya saat bersama orang lain) atau tindakan mental (perilaku membandingkan penampilan seseorang dengan orang lain) dalam menanggapi keprihatinan penampilan (APA, 2000). Gangguan BDD dapat diartikan sebagai kebiasaan yang terobsesi pada kekurangan yang ada di tubuhnya, sehingga selalu terpikirkan akan penampilannya seperti ketika ada

sedikit keanehan fisik, ataupun pada saat orang lain memperhatikan penampilannya secara berlebihan (Phillips, 2009). Kebiasaan terobsesi pada cacat fisik tersebut menyebabkan individu mengalami ketidakpercayaan diri pada saat individu berada di kehidupan sosialnya, pekerjaan, atau pada kondisi tertentu.

PENGOBATAN GANGGUAN DISMORFIK TUBUH

Tahap awal untuk mengobati pasien dengan BDD yaitu dengan terapi nonfarmakologis. Terapi yang dikenal dalam menangani pasien tersebut yaitu *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT). Penelitian yang ada menunjukkan bahwa CBT berpengaruh untuk BDD. Kebanyakan studi telah meneliti kombinasi komponen kognitif (misalnya, restrukturisasi kognitif yang berfokus pada perubahan asumsi terkait penampilan dan kepercayaan) dengan komponen perilaku, terutama terdiri dari paparan dan pencegahan respon untuk mengurangi penghindaran terhadap sosial dan perilaku kompulsif. Temuan dari penelitian neuropsikologis mendukung penggunaan strategi kognitif perilaku untuk membantu pasien mengurangi fokusnya pada detail kecil dari penampilan mereka dan justru membantu pasien agar melihat tubuh mereka lebih “holistik” (Williams, 2004).

Salah satu tantangan ketika merawat pasien dengan CBT adalah bahwa banyak dari mereka yang kurang termotivasi untuk pengobatan, karena wawasan yang buruk (misalnya, tidak menerima bahwa mereka memiliki penyakit jiwa yang perlu diobati atau percaya bahwa mereka perlu perawatan kosmetik daripada pengobatan kesehatan mental). Kesan klinis menunjukkan bahwa penggunaan teknik wawancara motivasi dapat sangat berguna. Selain itu, gejala BDD mungkin memerlukan teknik khusus, seperti penggunaan pelatihan kebiasaan reversal untuk perilaku kompulsif (Veale, 2001).

Saat ini, CBT adalah satu-satunya pengobatan psikososial dengan dukungan empiris awal. Ditemukan beberapa pasien menolak CBT atau menghentikan terapi secara prematur. Oleh

karena itu, pengobatan alternatif diperlukan. Psikoterapi interpersonal dapat menawarkan alternatif yang menjanjikan. Individu dengan BDD sering memiliki riwayat pelecehan emosional, konflik antarpribadi yang lama, dan mungkin menderita akibat kecemasan sosial dan masalah intrapersonal. Psikoterapi interpersonal memungkinkan pasien untuk mengembangkan strategi yang lebih efektif untuk mengurangi tekanan interpersonal, rendahnya kepercayaan diri, dan perasaan depresi yang dihipotesiskan untuk menjaga kekhawatiran citra tubuh (Bjornsson, Didie, & Phillips, 2010).

Terapi CBT akan berkesinambungan dengan terapi farmakologis yang diberikan. Tujuan dari farmakoterapi pada pasien BDD adalah untuk mengurangi gejala dan mencegah komplikasi. *Inhibitor reuptake serotonin* (SSRI) berguna dalam pengobatan kondisi ini. Selain itu, obat jenis lain juga dapat diberikan termasuk *antidepresan trisiklik* (TCA), *benzodiazepin*, *neuroleptik*, dan antikonvulsan. Secara umum, penggunaan obat dianjurkan dalam hubungannya dengan intervensi psikososial (Wilhelm, Phillips, & Steketee, 2012).



GANGGUAN STRES PASCATRAUMA

Eka Themety Putri Irwandila

Melly Arryanti

Teuku Raja Rachmatullah

Reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis

GANGGUAN STRESS PASCATRAUMA

*Eka Themety Putri Irwandila, Melly Arryanti, dan Teuku Raja
Rachmatullah*

Gangguan stress pascatrauma (*Postrumatic Stress Disorder/PTSD*) adalah reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis. PTSD dimasukkan sebagai diagnosis dalam *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 3rd edition* (DSM-III), mencakup respons ekstrim terhadap suatu stressor berat, termasuk meningkatnya kecemasan, penghindaran stimulus yang diasosiasikan dengan trauma, dan tumpulnya respon emosional.

Seperti halnya gangguan lain dalam DSM, PTSD ditentukan oleh sekelompok simptom. Namun, tidak seperti definisi gangguan psikologis lain, definisi PTSD mencakup bagian dari asumsi etiologisnya, yaitu suatu kejadian atau beberapa kejadian traumatis yang dialami atau disaksikan secara langsung oleh seseorang, berupa kematian, ancaman kematian, cedera serius, dan ancaman terhadap integritas fisik atau diri seseorang. Kejadian tersebut harus menciptakan ketakutan ekstrim, horor, atau rasa tidak berdaya.

Dalam edisi-edisi DSM sebelumnya, kejadian traumatis didefinisikan sebagai “di luar rentang pengalaman manusia.” Definisi ini sangat terbatas karena akan menggugurkan diagnosis PTSD setelah kejadian, seperti kecelakaan mobil atau kematian orang yang dicintai. Definisi lebih luas yang digunakan saat ini mungkin juga sangat terbatas karena difokuskan pada karakteristik objektif peristiwa dan bukan pada makna subjektifnya.

Terdapat perbedaan antara gangguan stress pascatrauma dan gangguan stress akut, suatu diagnosis yang pertama kali muncul dalam DSM-IV. Hampir semua orang yang trauma mengalami stress, kadangkala hingga tingkat yang sangat berat. Jika stressor

menyebabkan kerusakan signifikan dalam keberfungsian sosial dan pekerjaan selama kurang dari satu bulan, diagnosis yang ditegakkan adalah gangguan stres akut. Jumlah orang yang mengalami gangguan stres akut berbeda sesuai dengan tipe trauma yang mereka alami. Dalam peristiwa pemerkosaan, angka penderitanya sangat tinggi kira-kira lebih dari 90%. Trauma yang tidak seberat itu, seperti berada di tengah penembakan massal atau mengalami kecelakaan kendaraan bermotor, angka penderitanya jauh lebih rendah. Walaupun beberapa orang dapat mengatasi gangguan stres akut yang mereka alami, jumlah yang signifikan kemudian penderita PTSD. Dengan demikian, PTSD dapat dipertimbangkan sebagai reaksi negatif terberat terhadap stres.

Dimasukkannya stres berat dalam DSM sebagai faktor penyebab signifikasi PTSD dimaksudkan untuk menunjukkan perlakuan resmi bahwa penyebab PTSD yang utama adalah peristiwa yang terjadi, bukan orang yang bersangkutan. Terlepas dari penyimpulan secara implisit bahwa seseorang akan baik-baik saja seandainya ia terbuat dari material yang lebih keras, dalam definisi ini pentingnya situasi yang menyebabkan trauma secara resmi diakui. Namun, banyak orang yang mengalami kejadian traumatis, tapi tidak menderita PTSD.

Masalah lain yang sering dihubungkan dengan PTSD adalah gangguan kecemasan lainnya, depresi, kemarahan, rasa bersalah, penyalahgunaan zat (mengobati diri sendiri untuk meringankan distres), masalah perkawinan, kesehatan fisik yang rendah, disfungsi seksual, dan masalah dalam pekerjaan. Pikiran dan rencana untuk bunuh diri umum terjadi, seperti juga insiden ledakan kekerasan dan masalah psikofisiologis yang berhubungan dengan stres, seperti sakit punggung bawah, sakit kepala, dan gangguan sistem pencernaan.

Menurut DSM, anak-anak yang menderita PTSD sering kali merupakan respons karena menyaksikan kekerasan dalam rumah tangga atau mengalami penyiksaan fisik. Gambaran klinis PTSD pada anak-anak tampaknya berbeda dengan orang dewasa. Gangguan tidur dengan mimpi buruk tentang monster umum terjadi,

sebagaimana juga perubahan perilaku. Sebagai contoh, seorang anak yang semula pendiam menjadi kasar dan agresif. Beberapa anak yang semula periang menjadi pendiam dan menarik diri atau seorang anak yang semula pendiam menjadi kasar dan agresif.

DEFINISI GANGGUAN STRES PASCATRAUMA

Davison, Neale, dan Kring (1986) mendefinisikan *Postrumatic Stress Disorder* sebagai gangguan kecemasan akibat kejadian traumatis, seperti perang, pemerkosaan, dan bencana alam. Kejadian traumatis itu menyebabkan individu yang mengalami kejadian traumatisnya, menunjukkan simptom-simptom, seperti: (1) Merasa terus-menerus mengalami kejadian traumatisnya atau tidak bisa menghilangkan kejadian traumatis meskipun peristiwanya sudah lampau; (2) Berkurangnya respon terhadap dunia luar; (3) Merasa asing terhadap orang lain; dan (4) Mimpi buruk, mimpi kejadian traumatis secara terus-menerus, atau mengalami gangguan tidur. PTSD pada anak-anak dalam DSM-IV akan menampilkan gejala-gejala sebagai berikut, yaitu: (1) Menunjukkan perilaku disorganisasi atau agitasi; (2) Kesulitan untuk menghilangkan imajinasi, pikiran, dan persepsi dari kejadian traumatis sehingga memunculkan permainan repetitif yaitu tema atau aspek dari trauma selalu tampak; (3) Sering mengalami mimpi buruk atau mengerikan tanpa disadari maksudnya; (4) Kesulitan memulai dan bertahan untuk tidur; (5) Mudah marah; (5) Kesulitan konsentrasi; (6) Merasa waspada yang berlebihan; dan (7) Mudah terkejut.

FAKTOR RESIKO GANGGUAN STRES PASCATRAUMA

Terdapat beberapa faktor risiko PTSD. Menilik kejadian traumatis yang dialami, prediktor PTSD mencakup ancaman yang dirasakan terhadap nyawa, berjenis kelamin perempuan, pemisahan dari orangtua di masa kecil, riwayat gangguan dalam keluarga, berbagai pengalaman traumatis sebelumnya, dan gangguan yang dialami sebelumnya. Memiliki inteligensi tinggi tampaknya menjadi

faktor protektif, mungkin karena hal itu diasosiasikan dengan keterampilan *coping* yang lebih baik. Prevalensi juga meningkat sejalan dengan parahnya kejadian traumatik. Sebagai contoh, semakin tinggi pengalaman dalam pertempuran, semakin besar risikonya.

Simptom-simptom disosiatif (termasuk depersonalisasi, derealisasi, dan amnesia) pada saat trauma juga meningkatkan kemungkinan terjadinya PTSD, seperti juga upaya menghapus ingatan tentang trauma tersebut dari pikiran seseorang. Disosiasi dapat memiliki peran dalam menetapnya gangguan karena mencegah pasien menghadapi ingatan tentang trauma tersebut. Sebuah studi yang meyakinkan mengenai disosiasi mengukur orang-orang yang pernah diperkosa dua minggu setelah kejadian tersebut. Ketika para wanita tersebut berbicara tentang pemerkosaan atau topik netral, dilakukan pengukuran psikososologis dan penuturan diri tentang stres. Para wanita tersebut dibagi dalam dua kelompok berdasarkan skor mereka dalam pengukuran disosiasi selama pemerkosaan terjadi (a.l., "apakah anda merasa mati rasa?" apakah anda mengalami saat-saat dimana anda mengalami kehilangan ingatan tentang apa yang sedang terjadi?). Ditemukan bahwa para wanita yang memiliki skor disosiasi tinggi memiliki kemungkinan jauh lebih besar untuk mengalami simtom-simptom PTSD dibanding mereka yang skornya lebih rendah.

FAKTOR PENYEBAB GANGGUAN STRES PASCATRAUMA

Para teoritikus belajar berasumsi bahwa PTSD terjadi karena pengondisian klasik terhadap rasa takut. Misalnya, seorang wanita yang pernah diperkosa, dapat merasa takut untuk berjalan di lingkungan tertentu (*Conditional Situation/CS*) karena diperkosa disana (*Unconditional Situation/UCS*). Berdasarkan rasa takut yang dikondisikan secara klasik tersebut, terjadi penghindaran yang secara negatif dikuatkan oleh berkurangnya rasa takut yang dihasilkan oleh ketidakberadaan dalam CS. PTSD merupakan contoh utama dalam teori dua faktor mengenai *avoidance learning* yang

diajukan bertahun-tahun lalu oleh Maurer (dalam Nevid, Ratus, & Greene, 2005). Terdapat sekumpulan bukti yang mendukung pandangan ini dan yang berkaitan dengan teori-teori kognitif *behavioral* yang menekankan hilangnya kendali dan prediktabilitas yang dirasakan orang-orang yang menderita PTSD.

Suatu teori psikodinamika yang diajukan oleh Horowitz (dalam Nevid *et al.*, 2005) menyatakan bahwa ingatan tentang kejadian traumatik muncul secara konstan dalam pikiran seseorang dan sangat menyakitkan sehingga secara sadar mereka mensubpresinya atau merepresinya. Orang yang bersangkutan diyakini mengalami semacam perjuangan internal untuk mengintergrasikan trauma ke dalam keyakinannya tentang dirinya dan dunia agar dapat menerimanya secara masuk akal.

Selanjutnya, penelitian pada orang kembar dan keluarga menunjukkan kemungkinan *diathesis genetic* dalam PTSD. Terlebih lagi, trauma dapat mengaktivasi sistem *noradrenergic*, meningkatkan level *noradrenalin* sehingga membuat orang yang bersangkutan lebih mudah terkejut dan lebih cepat bereaksi dibanding kondisi normal. Konsisten dengan pandangan ini adalah sebuah penemuan bahwa level *noradrenalin* lebih tinggi pada pasien penderita PTSD dibanding pada kelompok kontrol. Terakhir, terdapat bukti mengenai meningkatnya sensitivitas reseptor-reseptor *noradrenergic* pada penderita PTSD.



GANGGUAN KECEMASAN

Muhammad Danilo

Devi Ramadhani

Ramadhani Lisyanti

Situasi afektif yang dirasa tidak menyenangkan yang diikuti oleh sensasi fisik yang memperingatkan seseorang akan adanya bahaya yang mengancam

GANGGUAN KECEMASAN

Muhammad Danilo, Devi Ramadhani, dan Ramadhani Lisyanti

Kecemasan berasal dari kata Latin *anxious*, yang berarti penyempitan atau pengecilan. Kecemasan mirip dengan rasa takut tapi dengan fokus kurang spesifik. Kecemasan ditandai oleh kekhawatiran tentang bahaya tidak terduga di masa depan. Kecemasan merupakan keadaan emosional negatif yang ditandai dengan adanya firasat dan somatik ketegangan, seperti jantung berdetak kencang, berkeringat, dan kesulitan bernapas, sedangkan ketakutan biasanya respon terhadap beberapa ancaman langsung (Steven, 2000).

Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari karena kecemasan adalah suatu perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas baik asal maupun wujudnya (Sutardjo, 2005). Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri, 2003).

Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan merupakan reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya (Fauziah & Widuri, 2007).

Dilaporkan bahwa perkiraan gangguan kecemasan pada dewasa muda di Amerika adalah sekitar 18.1% atau sekitar 42 juta orang dengan gangguan beragam, seperti gangguan panik, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan stres pascatrauma, gangguan

kecemasan umum, dan fobia (Duckworth, Peterson, Matthews, & Kelly, 2013). Di Indonesia prevalensi terkait gangguan kecemasan menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 menunjukkan bahwa sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta penduduk di Indonesia mengalami gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala kecemasan dan depresi. Terkait dengan mahasiswa dilaporkan bahwa 25% mahasiswa mengalami cemas ringan, 60% mengalami cemas sedang, dan 15% mengalami cemas berat. Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa setiap orang dapat mengalami kecemasan baik cemas ringan, sedang, atau berat (Suyanto & Salamah, 2009).

GANGGUAN KECEMASAN MENURUT TEORI PSIKOANALISIS

Dalam mendefinisikan kecemasan, Freud (dalam Feist & Feist, 2014) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan situasi afektif yang dirasa tidak menyenangkan yang diikuti oleh sensasi fisik yang memperingatkan seseorang akan bahaya yang mengancam. Perasaan tidak menyenangkan ini biasanya samar-samar dan sulit dipastikan, tetapi selalu terasa. Freud melihat kecemasan sebagai bagian penting dari sistem kepribadian, hal yang merupakan suatu landasan dan pusat dari perkembangan perilaku neurosis dan psikosis. Freud mengatakan bahwa prototipe dari semua kecemasan adalah trauma masa lahir.

Janin saat dalam masa kandungan merasa dalam dunia yang nyaman, stabil, dan aman dengan setiap kebutuhan dapat dipuaskan tanpa ada penundaan. Tiba-tiba saat lahir individu dihadapkan pada lingkungan yang bermusuhan. Individu kemudian harus beradaptasi dengan realitas, yaitu kebutuhan instinktual yang tidak selalu dapat ditemukan. Sistem syaraf bayi yang baru lahir masih mentah dan belum tersiapkan, tiba-tiba dibombardir dengan stimulus sensorik yang keras dan terus-menerus (Schultz, dalam Andri & Yenny, 2007).

Trauma lahir dengan peningkatan kecemasan dan ketakutan bahwa id (aspek dari kepribadian yang berhubungan dengan

dorongan insting yang merupakan sumber energi psikis yang bekerja berdasarkan prinsip kepuasan/*pleasure principle* dan selalu ingin dipuaskan) tidak dapat terpuaskan merupakan pengalaman pertama individu dengan ketakutan dan kecemasan. Dari pengalaman ini diciptakan pola teladan dari reaksi dan tingkat perasaan yang akan terjadi kapan saja pada individu yang ditunjukkan bila berhadapan dengan bahaya di masa depan. Ketika individu tidak mampu melakukan *coping* terhadap kecemasannya pada waktu dalam bahaya, maka kecemasan itu disebut sebagai traumatik (Schultz, dalam Andri & Yenny, 2007).

Freud (dalam Brennan, 2006) menggambarkan tiga bentuk umum kecemasan, yaitu kecemasan realitas atau objektif, kecemasan neurotik, dan kecemasan moral. Kecemasan realitas atau objektif adalah kecemasan yang berupa rasa takut terhadap bahaya lingkungan yang nyata dengan sebab yang jelas, rasa takut semacam itu merupakan hal yang wajar dan memiliki nilai keberlangsungan hidup bagi organisme. Kecemasan neurotik adalah kecemasan yang berasal dari rasa takut akan hukuman potensial yang melekat dalam tujuan pemuasan instinktual. Ini merupakan rasa takut akan hukuman karena menunjukkan hasrat-hasrat impulsif. Dan kecemasan moral sebagai rasa takut akan nurani melalui rasa bersalah atau rasa malu. Ketiga kecemasan ini, umumnya sulit dipisahkan satu dari lainnya dan tidak tergambar dengan jelas. Kecemasan berfungsi sebagai mekanisme yang mengamankan ego karena memberi sinyal bahwa ada bahaya di depan mata.

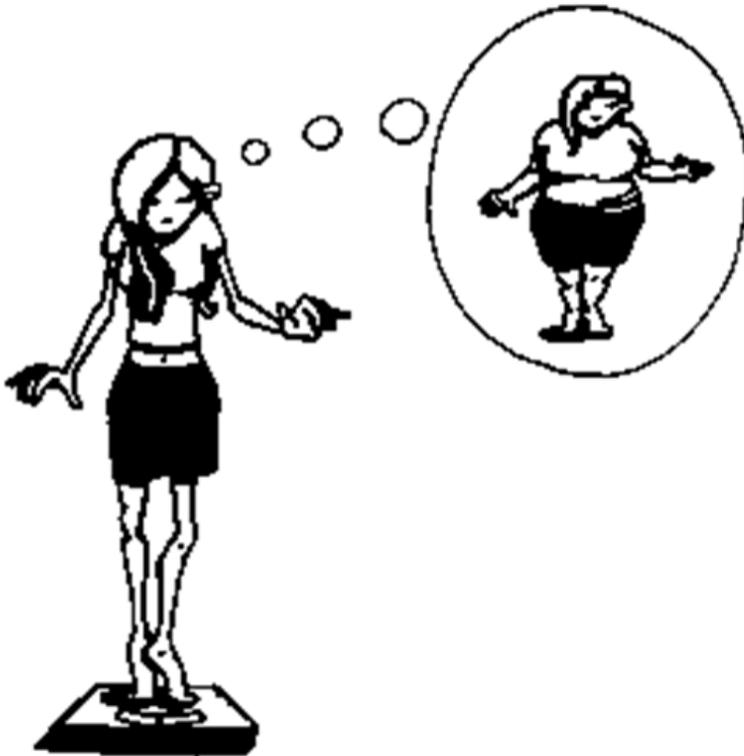
UPAYA UNTUK MENGURANGI KECEMASAN

Sebagai upaya mengatasi kecemasan, ego mengembangkan mekanisme pertahanan yang merupakan proses-proses rinci dan sebagian besar tanpa sadar yang memungkinkan seseorang menghindari ketidaknyamanan dan berbagai peristiwa yang memicu kecemasan. Contohnya, seseorang dapat menghindar untuk menghadapi kecemasan dengan penyangkalan diri, konversi atau proyeksi, atau merepresi pemikiran-pemikiran yang menjadi sumber

kecemasan ke dalam ketidaksadaran. Banyak mekanisme pertahanan diri yang dijelaskan dalam literatur psikoanalisis, yang secara umum sepakat bahwa meskipun mekanisme pertahanan merupakan cara biasa untuk mengatasi kecemasan, tetapi harus diketahui dan dikendalikan oleh individu dari kesehatan psikologisnya (Brennan, 2006).

Konflik akan selalu ada dalam kehidupan manusia karena menurut Freud, insting akan selalu mencari pemuasan sedangkan lingkungan sosial dan moral membatasi pemuasan tersebut. Sehingga menurut Freud suatu pertahanan akan selalu beroperasi secara luas dalam segi kehidupan manusia. Layaknya semua perilaku dimotivasi oleh insting, begitu juga semua perilaku mempunyai pertahanan secara alami dalam hal untuk melawan kecemasan (Andri & Yenny, 2007).

Kecemasan berfungsi sebagai mekanisme yang mengamankan ego karena memberi sinyal bahwa ada bahaya di depan mata. Misalnya, mimpi akan kecemasan memberi sinyal pada sensor kita tentang adanya bahaya yang mengintai, yang memungkinkan kita untuk menyamakan gambaran mimpi. Kecemasan memungkinkan ego yang selalu siaga ini tetap waspada terhadap tanda-tanda ancaman dan bahaya. Sinyal adanya bahaya yang selalu mengintai membuat kita bersiaga untuk melawan atau melindungi diri. Kecemasan juga mengatur dirinya sendiri (*self-regulating*) karena bisa memicu represi yang kemudian mengurangi rasa sakit akibat kecemasan tadi. Apabila ego tidak punya pilihan untuk melindungi diri, maka kecemasan tak akan bisa ditoleransi. Oleh karena itu, perilaku melindungi diri ini bermanfaat melindungi ego dari rasa sakit akibat kecemasan (Feist & Feist, 2014).



GANGGUAN ANOREKSIA NERVOSA

Muhammad Rasmi

Anisah Fitri Anisruddin

Iklima Ritmiani

Suatu gangguan makan yang melibatkan usaha seseorang yang terus-menerus ingin menjadi kurus dengan cara menahan rasa lapar

GANGGUAN ANOREKSIA NERVOSA

Muhammad Rasmi, Anisah Fitri Anisruddin, dan Iklima Ritmiani

DEFINISI DAN PREVALENSI ANOREKSIA NERVOSA

Anoreksia nervosa adalah suatu gangguan makan yang melibatkan usaha seseorang yang terus-menerus ingin menjadi kurus dengan cara menahan rasa lapar (King, 2017). Anoreksia nervosa juga diartikan sebagai gangguan pola makan dengan cara membuat dirinya merasa tetap lapar. Selanjutnya, anoreksia nervosa juga bermakna sebuah gangguan makan yang ditandai dengan penolakan untuk mempertahankan berat badan yang sehat dan rasa takut yang berlebihan terhadap peningkatan berat badan akibat pencitraan yang menyimpang. Pencitraan diri pada penderita anoreksia nervosa dipengaruhi oleh bias kognitif (pola penyimpangan dalam menilai suatu situasi) dan mempengaruhi cara seseorang dalam berfikir serta mengevaluasi tubuh dan makanannya.

Diketahui jumlah pasien dengan gangguan makan telah meningkat secara global sejak 50 tahun yang lalu. Di Amerika Serikat, dilaporkan 500,000 wanita memenuhi kriteria diagnostik untuk anoreksia nervosa (Academy for Eating Disorder, 2006). Penelitian internasional tentang gangguan makan menunjukkan 1% dari remaja wanita di Amerika Serikat menderita anoreksia nervosa. Di Norwegia sebanyak 2.6% mahasiswa perempuan dan 1.3% mahasiswa Italia menderita anoreksia nervosa (Makino, Tsuboi, & Dennerstein, 2004). Buhrich (1981) melaporkan bahwa 0.05% sampel pasien psikiatrik di Malaysia telah terdiagnosis mengalami anoreksia nervosa dan angka ini tidak meningkat selama 15 tahun.

Sedangkan sumber lain menyebutkan, sekitar 0.5% remaja perempuan di Amerika Serikat menderita anoreksia nervosa (Commitee of Adolescence, 2003). Studi lain juga mengatakan bahwa sekitar 1% perempuan dewasa menderita anoreksia nervosa (Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders [ANRED], 2005).

Selain itu, sebuah riset di Amerika pada tahun 2000 mengestimasi bahwa 0.5 sampai dengan 3.7% wanita menderita anoreksia nervosa (NIMH, 2006). Treasure dan Murphy (dalam Gibney, 2005) menyatakan bahwa insiden anoreksia nervosa sebesar 7 kasus per 100.000 populasi di negara-negara barat dan diperkirakan 4,000 kasus baru muncul di Inggris dengan prevalensi berkisar antara 0.1 sampai dengan 1%. Herzog dan Bradburn (dalam Cooper, & Stein, 1992) menyebutkan bahwa prevalensi perilaku makan menyimpang pada remaja perempuan di sekolah ballet di Kanada dan Inggris sebesar 6.5% dan 7%. Beliau juga menyebutkan sebuah penelitian kohort di sebuah rumah sakit selama 10 tahun menunjukkan bahwa angka kematian akibat anoreksia nervosa mencapai 6.6%. Jika waktu penelitian diperpanjang menjadi 20 tahun, angka kematian meningkat menjadi 16% dan jika diperpanjang menjadi 33 tahun angka kematian mencapai 18%. Selanjutnya, penderita anoreksia nervosa juga memiliki resiko 12 kali lebih besar untuk mengalami kematian dibandingkan teman sebayanya yang tidak menderita anoreksia nervosa (Kurnia, 2008). Sementara itu, di Asia prevalensi anoreksia nervosa berbeda-beda, di Jepang sebesar 0.025% sampai dengan 0.030% dan di China 0.01% (Lee, Pathy, & Chan, 2005).

FAKTOR PENYEBAB ANOREKSIA NERVOSA

Selama bertahun-tahun, para peneliti berfikir bahwa faktor-faktor sosial budaya, seperti gambaran dari media tentang para wanita yang sangat kurus dan tekanan dari keluarga, adalah penentu utama dari gangguan ini (Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010). Gambaran dari media yang memuja tubuh yang sangat kurus dapat memengaruhi gambaran tubuh wanita dan penekanan bahwa tubuh kurus adalah tubuh ideal (Carr & Peebles, 2012).

Meskipun demikian, dengan kuatnya pesan yang disampaikan oleh media, relatif hanya sedikit perempuan yang mengalami gangguan makan di antara sekian banyak wanita yang melihat pesan dari media tersebut. Banyak wanita muda berdiet, namun hanya sedikit di antara mereka yang pada akhirnya mengalami gangguan

makan. Terlebih lagi, gangguan makan terjadi dalam kultur yang tidak menekankan kekurusan sebagai suatu kondisi ideal, meskipun gangguan ini dapat berbeda dari deskripsi bangsa Barat (Carr & Peebles, 2012). Sebagai contoh, di kultur Timur para individu dapat memperlihatkan gejala anoreksia nervosa, namun mereka tidak merasa khawatir akan penambahan lemak yang umumnya dialami oleh para penduduk Amerika Utara yang menderita gangguan ini (Pike, Yamamia, & Konishi, 2011).

Sejak tahun 1980-an, para peneliti telah beralih dari hanya berfokus pada faktor sosiokultural, dan telah semakin menarik untuk menggali faktor biologis yang berpotensi menjadi dasar kemunculan ini. Gen memainkan suatu peran penting pada anoreksia nervosa (Lock, 2012; Mas, 2013). Pada kenyataannya, gen memengaruhi berbagai karakteristik psikologis (misalnya, perfeksionisme, impulsivitas, tendensi obsesif-kompulsif, dan dorongan untuk menjadi kurus) serta perilaku (menahan keinginan untuk makan atau makan berlebihan) (Slof-Op't Landt, Bartels, Middeldorp, van Beijsterveldt, Slagboom, Boomsma, van Furth, & Meulenbelt, 2013; Schur, Hebert, & Goldberg, 2010). Gen-gen ini juga menjadi faktor dalam pengaturan serotonin, dan masalah dalam regulasi serotonin terkait dengan anoreksia nervosa (Capasso, Putrella, & Milano, 2009).

Perlu diingat bahwa meskipun faktor biologis memainkan peran dalam kemunculan gangguan makan, gangguan makan itu sendiri memengaruhi tubuh, termasuk otak (Kaye, Wierenga, Bailer, Simmons, & Bischoff-Grethe, 2013). Mayoritas psikolog percaya bahwa meskipun faktor-faktor sosial dan pengalaman dapat memainkan peran untuk memicu perilaku diet, efek fisik dari diet tersebut dapat mengubah jaringan neural yang pada akhirnya menyebabkan pola yang terganggu dalam siklus yang tidak terputus (Lock, 2012). Terkait dengan faktor sosial, permasalahan dalam fungsi keluarga belakangan ini dipandang menjadi penyebab munculnya gangguan makan pada remaja (Stiles-Shields, Hoste, Doyle, & Le Grange, 2012).

Meskipun anoreksia nervosa merupakan gangguan yang serius, kesembuhan gangguan ini masih mungkin terjadi (Fitzpatrick, 2012; Treasure, Claudino, & Zucker, 2010). Anoreksia nervosa mungkin memerlukan perawatan di rumah sakit. Target intervensi pertama untuk gangguan ini adalah menaikkan berat badan, sedangkan dalam kasus-kasus yang ekstrim melibatkan penggunaan infus makanan. Masalah yang umum dalam penanganan anoreksia nervosa adalah individu dengan gangguan ini menyangkal bahwa mereka mengalami gangguan (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Psikoterapi, terapi keluarga, dan penanganan dengan menggunakan obat-obatan telah terbukti efektif untuk menangani anoreksia nervosa (Couturier, Kimber, & Szatmari, 2013; Hagman & Frank, 2012; Wilson & Zandberg, 2012).

Anoreksia nervosa tidak terjadi begitu saja seperti gangguan psikologis lainnya, anoreksia melibatkan interaksi yang kompleks dari berbagai faktor. Namun demikian, faktor yang paling signifikan adalah tekanan sosial yang dirasakan oleh wanita muda yang menyebabkan mereka mendasarkan *self-worth* pada penampilan fisik, terutama berat badan. Faktor biologis kelaparan juga menyebabkan banyak perubahan biokimia, beberapa diantaranya juga ditemukan pada depresi. Para ilmuwan menduga bahwa terdapat ketidaknormalan dalam mekanisme otak yang mengatur rasa lapar dan kenyang pada penderita anoreksia nervosa, kemungkinan terbesar berkaitan dengan serotonin kimiawi otak (Goode, 2000).

Beberapa pasien anoreksia nervosa menderita amenore sebelum kehilangan berat badan yang signifikan. Pembatasan makanan terlalu banyak mengaktifkan syaraf yang berhubungan dengan *reward* (contoh dopamin dan sistem opioid endogen), khususnya saat syaraf tersebut berasosiasi dengan latihan fisik yang meningkat (Heubner, 1993; Bergh & Sodersten, 1996). Farmakologi dan bukti genetik memperlihatkan bahwa dopamin dan sistem opioid berkontribusi terhadap pengurangan keinginan makan pada anoreksia nervosa. Interpretasi tentatif yang berhubungan dengan simptom anoreksia nervosa terhadap ketakutan irasional pada

asupan makanan atau penambahan berat badan berasal dari hiperaktifasi amigdala yang dapat mempengaruhi penilaian negatif terhadap makanan.

Faktor psikologis dan psikodinamis anoreksia nervosa tampaknya merupakan suatu reaksi terhadap kebutuhan pada remaja untuk menjadi lebih mandiri dan meningkatkan fungsi sosial dan seksual. Biasanya mereka tidak mempunyai rasa otonomi dan kemandirian, dan biasanya tumbuh di bawah kendali orang tua. Kelaparan yang diciptakan sendiri (*self-starvation*) mungkin merupakan usaha untuk meraih pengakuan sebagai orang yang unik dan khusus. Hanya melalui tindakan disiplin diri yang tidak lazim, pasien anoreksia nervosa dapat mengembangkan rasa otonomi dan kemandirian. Faktor sosiokultural berupa tekanan untuk mencapai standar kurus yang tidak realistis, dikombinasikan dengan faktor penampilan sehubungan dengan peran wanita dalam masyarakat, dapat menyebabkan wanita muda menjadi tidak puas dengan tubuh mereka sendiri (Stice, 2001).

Ketidakpuasan terhadap tubuh dapat menghasilkan usaha-usaha maladaptif dengan melupakan diri untuk mencapai berat badan atau bentuk tubuh yang diinginkan. Wanita pengidap anoreksia nervosa cenderung menjadi sangat peduli pada berat dan bentuk tubuh mereka (Fairbun, Cooper, Doll, & Welch, 1997). Wanita muda dengan anoreksia nervosa sering kali memiliki sikap perfeksionis dan berjuang mencapai prestasi yang tinggi (Halimi, Sunday, Strober, Kaplan, & Woodside, 2000). Mereka sering kali kecewa pada diri mereka ketika gagal mencapai standar tinggi yang hampir tidak mungkin dicapai. Diet yang ekstrim dapat memberikan perasaan bisa mengontrol kebebasan yang lebih besar daripada yang didapat dari aspek kehidupan lainnya (Shafran & Mansell, 2001).

Pada faktor keluarga, anoreksia nervosa seringkali berkembang dari adanya konflik dalam keluarga (Fairbun & Wonderlich, 1997). Beberapa remaja menggunakan penolakan untuk makan sebagai cara menghukum orang tua mereka karena perasaan kesepian dan keterasingan yang mereka rasakan di rumah. Ibu dari remaja yang

memiliki gangguan makan juga memiliki masalah makan dan diet, lalu percaya bahwa putrinya harus menurunkan berat badan serta memandang putrinya sebagai orang yang tidak menarik (Pike & Rodin, 1991). Keluarga dari wanita anoreksia nervosa cenderung lebih sering mengalami konflik, kurang memiliki kedekatan, dan kurang saling memberi dukungan, namun lebih bersikap overprotektif dan kritis. Konflik dengan orang tua mengenai isu otonomi sering kali mengakibatkan munculnya anoreksia nervosa (Ratti, Humphrey, & Lyons, 1996).

GANGGUAN BULIMIA NERVOSA

Husnul Fitria, Irmayanti, dan Dina Tanzila

Bulimia nervosa adalah salah satu jenis gangguan makan yang ditandai dengan usaha untuk memuntahkan kembali secara terus-menerus apa yang telah dimakan sebelumnya. Bulimia nervosa merupakan sebuah kelainan cara makan yang terlihat dari kebiasaan makan berlebihan secara terus-menerus dan sering terjadi pada wanita. Kelainan tersebut biasanya merupakan suatu bentuk penyiksaan terhadap diri sendiri. Yang paling sering dilakukan oleh lebih dari 75% orang dengan bulimia nervosa adalah membuat dirinya muntah, puasa, serta penggunaan laksatif, enema, diuretik, atau obat pencahar sehingga dapat merangsang seorang penderita bulimia untuk memuntahkan makanan yang telah dimakan.

Diketahui jumlah pasien dengan gangguan makan telah meningkat secara global sejak 50 tahun yang lalu. Di Amerika Serikat, dilaporkan satu hingga dua juta wanita memenuhi kriteria diagnostik untuk bulimia nervosa (Academy for Eating Disorder, 2006). Peningkatan ini berkaitan dengan kesadaran ekstrim tentang berat badan dan tampilan fisik pada kebanyakan kalangan generasi muda. Penelitian internasional tentang gangguan makan menunjukkan 4% penduduk dunia menderita bulimia nervosa. Sebuah studi menunjukkan bahwa sebanyak 1.2% anak sekolah di Cairo dan 3.2% anak sekolah di Iran menderita bulimia nervosa. Jika dibandingkan dengan prevalensi di negara Barat dan di negara non-Barat, prevalensi di negara non-Barat menunjukkan jumlah yang lebih rendah daripada di negara Barat, tetapi prevalensi tersebut terus menunjukkan adanya peningkatan. Prevalensi di negara Barat untuk bulimia nervosa ialah 0.2-1% pada laki-laki dan 0.3-7.3% pada wanita. Prevalensi di negara non-Barat untuk bulimia nervosa ialah 0.46-3.2% pada wanita (Tsuboi, 2005).

Fairburn (dalam Ho, 2006) mengatakan bahwa sejak 1980-an terjadi peningkatan prevalensi gangguan makan dalam populasi Asia. Sejak belakangan ini, terdapat peningkatan fenomena tersebut di kalangan wanita muda di Singapura dimana prevalensi wanita muda yang beresiko untuk mengalami gangguan makan ialah sebanyak 7.4% (Ho, 2006). Salah satu media di Singapura pada tahun 2007 melaporkan bahwa jumlah remaja dengan gangguan makan semakin meningkat sebanyak enam kali lipat sejak tahun 2002. *Singapore General Hospital* menyatakan sebanyak 140 kasus gangguan makan dilaporkan setiap tahun, tetapi hanya 10 hingga 20% yang datang berobat. Di Indonesia, 12-22% wanita berusia 15-29 tahun menderita defisiensi energi kronis (IMT<18,5) di beberapa kawasan. Apakah defisiensi ini disebabkan oleh gangguan makan atau hal lain tidaklah dijelaskan secara rinci sehingga prevalensinya tidak diketahui secara pasti.

Akibat dari gangguan makan yang berkepanjangan, bisa terjadi hipotensi kronis, bradikardia, hipotermia, pembengkakan kelenjar liur, anemia, dehidrasi, alkalosis, dan hipokloremia. Pengurangan densitas tulang merupakan masalah yang serius karena sukar diobati, dan keadaan ini meningkatkan resiko fraktur tulang. Gangguan makan juga dapat menyebabkan gangguan pada jantung. Resiko tertinggi pada penderita dengan gangguan makan adalah gagal jantung (Tsuboi, 2005).

PENGERTIAN BULIMIA NERVOSA

Bulimia nervosa adalah suatu gangguan makan yang memiliki karakteristik makan berlebihan yang berulang diikuti oleh pembangkitan keinginan untuk memuntahkannya, dan perhatian yang berlebihan terhadap berat badan serta bentuk tubuh. Sebagian besar penderitanya adalah wanita yang sangat peduli akan bentuk tubuh dan berat badan serta termasuk golongan sosial ekonomi menengah ke atas. Mengeluarkan makanan yang dimakan bisa melalui muntah yang biasanya diinduksi dengan obat pencahar,

selain itu juga dengan mengeluarkannya lewat kencing dengan menggunakan obat diuretik.

Bulimia nervosa ditandai dengan makan dan upaya makan yang tidak terkendali untuk mencegah kenaikan berat badan dengan menggunakan perilaku yang tidak tepat seperti muntah yang disebabkan sendiri dan olahraga yang berlebihan. Bulimia nervosa diakui sebagai sindrom psikiatri yang relatif baru. Psikiater Inggris bernama Russell mengusulkan istilah tersebut pada 1987, dan diapdosi ke dalam DSM pada 1997. Kata bulimia berasal dari bahasa Yunani *bous* (yang berarti "ox/lembu"), dan *limus* ("hunger/kelaparan"). Hal ini dimaksudkan untuk menunjukkan kelaparan dengan proporsi seperti itu bahwa orang tersebut "bisa makan lembu".

AKIBAT BULIMIA NERVOSA

Akibat dari bulimia nervosa antara lain ialah:

- 1) Pembengkakan kelenjar ludah di pipi,
- 2) Jaringan parut di buku jari tangan yang digunakan untuk merangsang muntah,
- 3) Pengikisan email gigi akibat bulimia yang sering muntah dan mengeluarkan asam lambung,
- 4) Kadar kalium yang rendah dalam darah,
- 5) Gigi sensitif terhadap panas atau dingin,
- 6) Masalah pada kelenjar ludah yang berupa rasa nyeri atau pembengkakan,
- 7) Paparan asam lambung berlebih pada kerongkongan bisa menyebabkan borok, pecah, atau penyempitan,
- 8) Terganggunya proses pencernaan akibat pencahar yang bisa mengakibatkan disfungsi organ pencernaan, dan
- 9) Ketidakseimbangan cairan tubuh akibat stimulus zat diuretik secara berlebih.

TERAPI BULIMIA NERVOSA

Untuk mengurangi dan mengeliminasi bulimia nervosa, individu perlu menjalani konseling gizi dan psikoterapi, terutama terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behavioral Therapy/CBT*) atau diberi pengobatan seperti anti depresan seperti fluoksetin, yang merupakan satu-satunya obat yang dibenarkan oleh *Food and Drug Administration* untuk mengobati bulimia nervosa. CBT merupakan pengobatan psikologis jangka pendek (4-6 bulan) yang berfokus pada perhatian berlebihan pada bentuk dan berat badan, diet yang persisten, dan perilaku makan yang menggambarkan gangguan ini.



GANGGUAN DEPRESI

Farhah

Athiyah

Muhammad Syauqi Umardhian

Perasaan melankolis yang disebabkan oleh sebuah kejadian yang tragis

GANGGUAN DEPRESI

Farhah, Athiyah, dan Muhammad Syauqi Umardhian

Menurut World Health Organization (WHO), depresi adalah salah satu gangguan mental yang sering terjadi di seluruh dunia dengan lebih dari 300 juta orang dari segala usia dan persentasenya meningkat 18% antara 2005 hingga 2015 (**Sudarminta, 2017**). Prevalensi gangguan depresi pada populasi dunia adalah 3-8% dengan 50% kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20-50 tahun. Selain itu, WHO juga menyatakan bahwa gangguan depresi berada pada urutan keempat penyakit di dunia.

Di Indonesia sendiri, depresi bukanlah penyakit mental yang langka. Menurut Ketua Perhimpunan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa Indonesia (PDSKJI) Eka Viora, prevalensi penderita depresi di Indonesia adalah 3,7 persen dari populasi, jadi sekitar 9 juta orang mengalami depresi pada tahun 2017 (**Sudarminta, 2017**). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar ([Risikesdas], 2013), angka prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6 persen untuk usia 15 tahun ke atas, atau sekitar 14 juta orang.

Menurut catatan *National Institute of Health* di Amerika Serikat pada tahun 2012, sejumlah 80% orang yang mengalami depresi bisa sembuh dalam beberapa minggu dan bulan setelah menjalani pengobatan. Sayangnya, di Indonesia sendiri kesadaran untuk mengenali gejala depresi dan pergi ke dokter spesialis kejiwaan atau psikolog masih sangat minim. Akibatnya, banyak orang mengabaikan depresi begitu saja tanpa berobat atau berkonsultasi dengan tenaga ahli sehingga menimbulkan dampak yang lebih buruk terutama penyakit fisik.

DEPRESI DARI TINJAUAN PSIKOPATOLOGI

Dalam psikopatologi, depresi adalah salah satu bentuk gangguan *mood* yang disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor neurobiologis. Fungsi primer serotonin adalah mengatur reaksi-reaksi emosional pada manusia. Dalam hipotesis “permisif” penelitian ini mengatakan bahwa ketika tingkat serotonin rendah, maka seseorang rentan mengalami depresi. Selain itu, peristiwa kehidupan yang dipenuhi stres dan pikiran yang negatif serta faktor sosiokultural seperti hubungan perkawinan dan perbedaan gender merupakan beberapa contoh dari faktor psikologis yang dapat menyebabkan depresi. Depresi terbagi menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Depresi Ringan

Depresi ringan ini identik dengan depresi minor yang merupakan perasaan melankolis yang berlangsung sebentar dan disebabkan oleh sebuah kejadian yang tragis, mengandung ancaman, atau kehilangan sesuatu yang penting dalam kehidupan si penderita (Meier, 2000). Orang dengan depresi ringan ini setidaknya memiliki 2 dari gejala lainnya dan 2-3 dari gejala utama depresi (Maslim, 2003).

2. Depresi Sedang

Depresi sedang ini dialami oleh penderita selama kurang dari 2 minggu, dan orang dengan depresi sedang ini mengalami kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga. Orang dengan depresi sedang ini setidaknya memiliki 2-3 dari gejala utama dan 3-4 dari gejala lainnya (Maslim, 2003).

3. Depresi Mayor

Depresi mayor merupakan salah satu gangguan yang prevalensinya paling tinggi di antara berbagai gangguan (Davidson, 2006). Depresi mayor adalah kemurungan yang dalam dan menyebar

luas. Perasaan murung ini mampu menyedot semangat dan energi serta menyelubungi kehidupan si penderita seperti asap yang tebal dan menyesakkan dada. Depresi mayor ini dapat berlangsung cukup lama mulai dari empat belas hari sampai beberapa tahun. Hal ini menyebabkan penderita akan sangat sulit untuk berfungsi dengan baik di lingkungannya. Orang dengan depresi mayor ini juga terkadang disertai dengan keinginan untuk bunuh diri atau bahkan keinginan untuk mati. Mereka sangat tertekan dan mengalami hal-hal yang mengganggu kejiwaan mereka seperti gila, paranoid, atau halusinasi pendengaran (Meier, 2000).

DEPRESI DARI TINJAUAN PSIKOLOGI KOGNITIF

Seorang teoritikus kognitif yang paling berpengaruh, psikiater Aaron Beck, menghubungkan perkembangan depresi dengan adopsi dari cara berpikir yang bias atau terdistorsi secara negatif di awal kehidupan (Nevid, 2003). Beck berpendapat bahwa adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung menyalahkan diri sendiri (Lubis, 2009). Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia, dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif.

Cognitive triad merupakan tiga serangkai pola kognitif yang membuat individu memandang dirinya, pengalamannya, dan masa depannya secara idiosinkritik, yaitu memandang diri secara negatif, menginterpretasi pengalaman secara negatif, serta memandang masa depan secara negatif. Gangguan-gangguan dalam depresi dapat dipandang sebagai pengaktifan tiga pola kognitif utama ini. Dengan demikian, model kognitif beranggapan bahwa tanda-tanda dan simptom-simptom lain dari depresi merupakan konsekuensi aktifnya pola-pola kognitif tadi. Berikut adalah penjelasan lebih lanjut mengenai *cognitive triad*.

1. Memandang Diri Secara Negatif

Disini individu menganggap dirinya sebagai tidak berharga, serba kekurangan, dan cenderung memberi atribut pengalaman yang tidak menyenangkan pada diri sendiri. Lebih lanjut, ia memandang dirinya tidak menyenangkan dan cenderung menolak diri sendiri. Ia akan mengkritik dan menyalahkan dirinya atas kesalahan dan kelemahan yang diperbuatnya.

2. Menginterpretasikan Pengalaman Secara Negatif

Individu melihat dunia sebagai penyaji tuntutan-tuntutan di luar batas kemampuan dan menghadirkan halangan-halangan yang merintanginya mencapai tujuan. Ia keliru menafsirkan interaksinya dengan lingkungan. Kognisinya juga menampilkan berbagai penyimpangan dari berpikir logis, termasuk kesimpulan yang dipaksakan, abstraksi selektif, terlalu menggeneralisasi, dan membesar-besarkan masalah. Individu tersebut akan merangkai fakta-fakta agar sesuai dengan pikiran negatifnya. Ia akan membesar-besarkan arti setiap kehilangan, hambatan, dan rintangan. Orang yang depresi biasanya demikian sensitif pada setiap hambatan terhadap kegiatannya dalam mencapai tujuan. Dalam suatu situasi dimana prestasi diutamakan, orang depresi cenderung bereaksi disertai dengan perasaan gagal. Mereka cenderung meremehkan kemampuan yang sebenarnya. Lebih lanjut lagi bila tampilan kerja yang diperlihatkan jauh di bawah standar tinggi yang telah ditetapkan, mereka sering menganggapnya sebagai gagal total. Orang yang depresi sering menginterpretasikan ucapan-ucapan netral diarahkan untuk menentang dirinya. Bahkan memutarbalikkan komentar yang menyenangkan menjadi kurang menyenangkan.

3. Memandang Masa Depan Secara Negatif

Pandangan individu yang depresi mengenai masa depan diwarnai oleh antisipasinya bahwa kesulitan-kesulitan saat ini akan terus berlanjut di masa depan. Para klien yang depresi

umumnya menampilkan keterpakuan pada ide-ide mengenai masa depan. Harapan-harapannya selalu diiringi pandangan negatif. Antisipasinya mengenai masa depan biasanya merupakan perpanjangan dari pandangannya mengenai keadaan saat ini. Bila individu yang depresi ini menganggap dirinya sebagai orang yang ditolak dan lemah, maka ia akan menggambarkan masa depan sebagai orang yang ditolak atau lemah.

TINJAUAN DEPRESI DARI PSIKOLOGI ISLAM

Dalam kajian Psikologi Islam, depresi merupakan salah satu dampak dari adanya berbagai permasalahan hidup yang tidak dapat dihindari oleh setiap manusia. Seperti tidak jelasnya tujuan hidup, keserakahan, kurangnya pengetahuan tentang agama, kurang mendekatkan diri kepada Allah SWT, dan hidup berorientasi pada dunia. Dengan semakin berkembangnya tuntutan kebutuhan hidup sekarang ini membuat masyarakat lebih berorientasi pada masalah dunia, padahal masalah dunia akan justru lebih berisiko memunculkan stres yang berakibat pada depresi. Untuk itulah diperlukan pemahaman lebih mendalam tentang makna hidup yang bersumber dari agama. William James menyatakan pentingnya agama dalam kesehatan jiwa dan terapi penyakit jiwa. Ia berpendapat bahwa keimanan pada Tuhan merupakan kekuatan religius yang luar biasa yang membekali manusia dengan kekuatan rohaniah dalam menanggung beratnya kehidupan dan menghindari dari keresahan yang menimpa manusia di zaman modern ini.

Islam mencoba memberikan alternatif baru dan menambah wacana dalam dunia psikologi khususnya dalam bidang psikoterapi, yang dalam hal ini adalah dengan membaca dan mengkaji isi dari kitab Al-Qur'an. Al Qur'an merupakan kitab suci umat Islam yang universal dan sesuai dengan tuntutan zaman. Di dalamnya banyak mengandung berbagai macam petunjuk untuk menjadi tuntunan hidup seluruh umat manusia termasuk juga tentang kesehatan jiwa manusia. Najati (2005) berpendapat bahwa Al-Quran diturunkan untuk mengubah pikiran manusia, kecenderungannya dan tingkah

lakunya, memberi petunjuk pada mereka, mengarahkan mereka kepada sesuatu yang baik untuknya, dan membekali mereka dengan pikiran-pikiran baru tentang tabiat manusia. Dalam Q.S Al-Baqarah (155), Allah berfirman:

وَيَتَّبِعُ ۖ مَرَاتِبًا وَالْأَنْفُسَ الْأَمْوَالِ مِنَ وَنَقْصِ وَالْجُوعِ الْخَوْفِ مِنْ بِشَىءٍ وَأَنْتَبِئُوكُمْ
الصُّبْرِينَ

"Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar".

Ringkasnya Al-Quran telah berhasil membentuk kepribadian manusia yang utuh dan seimbang, sehingga manusia terhindar dari gejala-gejala terganggunya jiwa yang mengakibatkan terganggunya perilaku manusia tersebut. Kemudian dalam QS. Ar-Rad (28), Allah berfirman:

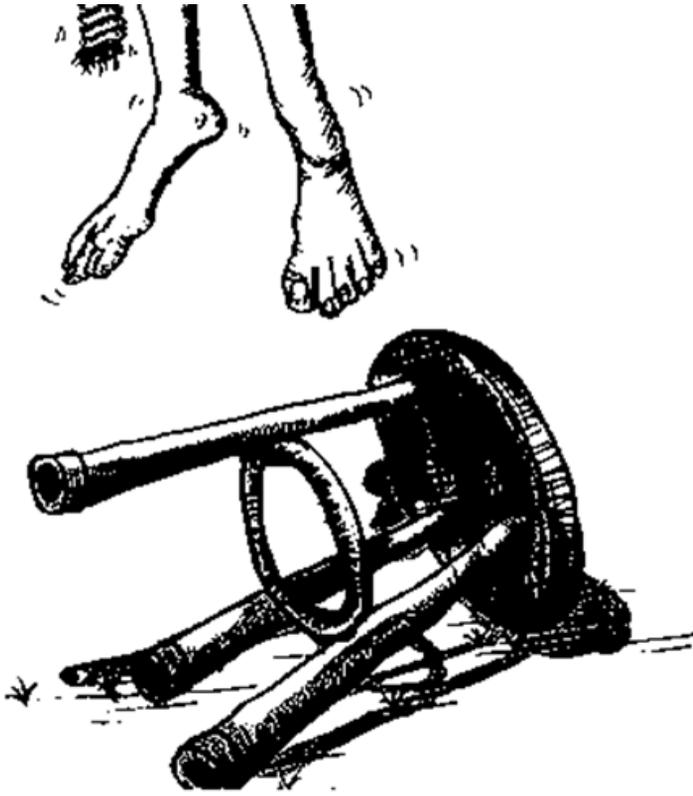
الْقُلُوبُ تَطْمَئِنُّ لِلَّهِ بِذِكْرِ ۖ أَلَا ۗ لِلَّهِ بِذِكْرِ قُلُوبُهُمْ مَزِينٌ وَمَنْ تَطَّءَامَنُوا الَّذِينَ

"(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram".

Selanjutnya dalam QS. Al-Israa (82):

خَسَارًا إِلَّا الظَّالِمِينَ يَزِيدُ وَلَا ۖ لِلْمُؤْمِنِينَ وَرَحْمَةً شِفَاءً هُوَ مَا الْفَرَّانِ مِنْ وَنُنَزَّلُ

"Dan Kami turunkan dari Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian".



BUNUH DIRI

Mujahidul Islah

Rizqina

Setiye Fitri

Suatu perbuatan yang disengaja dengan maksud menghilangkan nyawanya sendiri

BUNUH DIRI

Mujahidul Islah, Rizqina, dan Setiye Fitri

Pikiran untuk bunuh diri cukup umum ditemukan. Ketika mengalami stres berat, banyak orang yang terfikir untuk bunuh diri. Survei berskala nasional menemukan bahwa 13% dari orang dewasa AS melaporkan pernah memiliki pikiran untuk bunuh diri dan 4,6% melaporkan telah berusaha bunuh. Secara klinis resiko bunuh diri jauh lebih tinggi diantara para penderita depresi dibandingkan dalam populasi secara umum. Studi tidak lanjut secara konsisten menunjukkan bahwa 15 sampai 20 persen dari semua pasien dengan gangguan suasana perasaan pada akhirnya akan bunuh diri. Meskipun demikian, sejumlah besar orang yang tidak menderita depresi juga melakukan upaya bunuh diri, beberapa diantaranya berhasil, terutama orang yang mengalami gangguan kepribadian ambang.

Angka bunuh diri meningkat di kalangan remaja dari 1970-an sampai pertengahan 1990-an, yang berkaitan dengan meningkatnya prevalensi depresi dan penurunan umur onset untuk depresi. Bunuh diri telah menjadi penyebab kematian utama ketiga bagi orang antara usia 15-24 tahun, dan penyebab utama kematian ke delapan dalam populasi secara umum. Setengah lebih (54%) dari suatu sampel yang merupakan 694 mahasiswa tahun pertama dilaporkan telah memikirkan bunuh diri paling tidak dalam satu kesempatan. Dalam sampel yang besar dari remaja di Oregon, hampir 1 dari 5 orang (19%) dilaporkan memiliki pikiran-pikiran bunuh diri pada suatu titik dalam kehidupan mereka.

Berdasarkan data yang dilansir World Health Organization ([WHO], 2005), Indonesia masuk dalam kategori negara dengan tingkat bunuh diri yang tinggi, bahkan peringkat Indonesia nyaris mendekati “negara-negara bunuh diri Asia” layaknya Jepang dan Cina. Tercatat, setidaknya 50.000 orang Indonesia melakukan aksi bunuh diri setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa

setidaknya terjadi 150 kasus bunuh diri per hari di tanah air. Perihal yang lebih memperhatikan lagi adalah turut meningkatnya kecenderungan angka bunuh diri pada penduduk usia muda yaitu usia 16-30 tahun.

Gejala bunuh diri di kalangan anak dan remaja di Indonesia nampaknya dari tahun ke tahun semakin meningkat. Fenomena ini baru menjadi perhatian publik sejak 1998. Ketua umum Komnas Perlindungan Anak, Arist Merdeka Sirait, menyebutkan penyebab bunuh diri terbanyak adalah urusan putus cinta remaja (delapan kasus), frustasi akibat ekonomi (tujuh kasus), anak yang berasal dari keluarga yang tidak harmonis (empat kasus), dan masalah sekolah (satu kasus). Kasus anak bunuh diri termuda adalah berusia 13 tahun. Tingginya angka bunuh diri anak dan remaja ini tentu sangat memprihatinkan.

Sebagaimana sudah dicatat banyak media, fenomena bunuh diri remaja tidak saja karena faktor tekanan ekonomi. Latar belakang pelakunya juga tidak mesti berasal dari keluarga kurang mampu secara ekonomi, tingkat pendidikan yang rendah, dan hidup di pedesaan. Fenomena bunuh diri remaja juga mulai marak di perkotaan dan itu terjadi pula dari kalangan keluarga kaya yang berpendidikan tinggi. Kondisi perekonomian seseorang dan tingkat pendidikannya tidak menjamin seseorang bebas dari stres dan mampu mengatasi persoalan hidupnya secara rasional.

DEFINISI BUNUH DIRI

Pengertian bunuh diri yaitu berkaitan erat dengan: 1) Kegawatdaruratan dalam bidang psikiatri, 2) Tindakan pengakhiran hidup yang dilakukan secara sengaja dan sadar, 3) Bukan merupakan tindakan yang acak maupun tidak bertujuan, dan 4) Erat kaitannya dengan keinginan yang dihalangi ataupun tidak terpenuhi, rasa tidak berdaya dan tidak berguna, adanya konflik ambivalensi, dihadapkan pada pilihan yang semakin sempit, dan adanya keinginan untuk lari dari masalah.

Secara etimologis, kata “perilaku” sering disejajarkan dengan kata *performance* yang memiliki arti “setiap kejadian yang menghasilkan sesuatu akibat”. Perilaku bunuh diri dapat diartikan sebagai suatu perbuatan yang disengaja dengan maksud menghilangkan nyawanya sendiri yang disebabkan oleh sejumlah faktor dan untuk mencapai tujuan tertentu. Perilaku bunuh diri dapat diartikan juga sebagai suatu perbuatan yang disengaja dengan maksud menghilangkan nyawanya sendiri yang disebabkan oleh sejumlah faktor dan untuk mencapai tujuan tertentu. Secara naluriah, setiap manusia memiliki libido yang disebut dengan insting kematian atau *death instinct*. Itu artinya, setiap orang memiliki potensi untuk menghilangkan nyawanya sendiri. Kata “bunuh” dalam bunuh diri berarti menghilangkan atau menghabisi nyawa. Itu berarti pula, bunuh diri sama saja dengan menghilangkan nyawa sendiri. Kecenderungan orang melakukan perbuatan bunuh diri sangat tergantung pada tipe orang tersebut.

Carl Yung membedakan tipe manusia menjadi dua, yakni tipe *introvert* dan tipe *extrovert*. Yang disebut dengan tipe *introvert* adalah mereka yang dalam tindakannya sering menunjukkan keraguan atau bimbang, pemalu, dan lebih senang menyembunyikan diri dan bersifat egoistis. Sedangkan tipe *extrovert* adalah mereka yang mudah bergaul, tulus hati, dan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya. Apabila dikaitkan dengan tipe manusia yang dikemukakan Yung, maka besar kemungkinannya orang yang bertipe *introvert*-lah yang lebih berpotensi untuk melakukan bunuh diri.

Para Psikiater dan Psikolog pada umumnya mengemukakan bahwa kasus bunuh diri dapat menimpa sembarang usia, mulai dari anak-anak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia (lansia). Kemudian dilihat dari latar belakang pendidikan, sebagian dari mereka tercatat sebagai pelajar jenjang Pendidikan Dasar (SD-SMP), sebagian dari jenjang Pendidikan Menengah (SMA & SMK), bahkan ada pula dari kalangan mahasiswa perguruan tinggi, baik negeri maupun swasta. Kasus bunuh diri disebabkan oleh banyak faktor.

Faktor yang amat kompleks dan terkadang penyebabnya itu tampak sepele seperti ditegur tidak menyabit rumput lalu yang bersangkutan tiba-tiba gantung diri. Wahyu (2012) memandang bahwa gejala stres individu berkaitan dengan beberapa kasus dan pekerjaan, yaitu meliputi: 1) Gejala psikologis, 2) Gejala fisiologis, dan 3) Gejala perilaku. Salah satu jenis gejala perilaku tersebut adalah kecenderungan untuk melakukan bunuh diri. Jadi, kesimpulan tentang sebab-sebab orang melakukan perbuatan bunuh diri ternyata bersumber pada dua faktor yaitu faktor dalam diri individu (faktor internal) dan faktor luar diri individu (faktor eksternal).

Oltmans, Thomas, Emery, dan Robert (2013) mengatakan bahwa bunuh diri dapat dicegah dan semua anggota masyarakat dapat melakukan tindakan mencegah bunuh diri. Oleh karena itu, sangat dibutuhkan kerjasama yang erat antara individu, keluarga, masyarakat, dan kalangan profesi. Upaya pencegahan yang seharusnya dilakukan oleh individu jika menemukan orang dengan ciri risiko tinggi bunuh diri adalah mencoba menjalin kontak dan mengenali pelaku tindakan bunuh diri beserta latar belakangnya. Dengarkan dengan penuh perhatian dan biarkan yang bersangkutan berbicara tentang perasaannya.

Rozaki (2012) mengemukakan lima metode bunuh diri, yang terbanyak menyangkut metode gantung diri, disusul dengan cara minum racun, menusuk diri, menceburkan diri, dan yang terakhir adalah dengan jalan membakar diri. Perilaku bunuh diri di kalangan pelajar dengan berbagai macam penyebab tidak bisa dibiarkan berlanjut terus, karena hal itu akan sangat merugikan banyak pihak, baik itu orangtua/keluarga, para pelaku, maupun masyarakat. Pelajar tergolong insan-insan muda, penuh potensi, penuh harapan, dan berusia produktif. Apabila secara dini telah dikenali faktor-faktor penyebab bunuh diri tersebut dan telah pula disiapkan langkah-langkah pencegahan serta pemecahan masalahnya, maka niscaya perilaku bunuh diri di kalangan pelajar dapat lebih diminimalisasi.



GANGGUAN SKIZOFRENIA

Fairud Lana

Dini Ulfa

Riazul Jannah

Sri Wahyu Novida

Fajar Mukti

Gangguan psikotik yang ditandai oleh adanya halusinasi (persepsi yang salah pada rangsangan panca indera) dan delusi (keyakinan yang salah)

GANGGUAN SKIZOFRENIA

Fairud Lana, Dini Ulfa, Riazul Jannah, Sri Wahyu Novida, dan Fajar Mukti

Skizofrenia adalah gangguan fungsi otak yang menyebabkan tidak adanya keseimbangan dopamin (salah satu zat kimia pada otak). Skizofrenia ialah gangguan psikotik yang ditandai oleh adanya halusinasi (persepsi yang salah pada rangsangan panca indera) dan delusi (keyakinan yang salah) (Agus, 2009). Skizofrenia dicirikan dengan kekacauan mendasar pada kognisi dan emosi, yang mempengaruhi atribut paling fundamental manusia seperti bahasa, pikiran, persepsi, afeksi, dan pemahaman akan diri. Walaupun mencakup banyak sisi, rentetan gejala itu tak jarang disertai gejala kegilaan, seperti mendengar suara-suara dari dalam atau mengalami sensasi-sensasi lainnya yang tidak terkait dengan sumber nyata dan memberi nilai penting atau makna yang tidak biasa pada kejadian-kejadian normal atau memegang teguh keyakinan personal yang keliru (George & Gareth, 2016).

Karakteristik simptom skizofrenia dapat digolongkan dalam dua kelompok yaitu simptom positif dan simptom negatif. Simptom positif adalah tanda-tanda yang berlebihan, yang biasanya tidak ada pada kebanyakan orang, namun pada individu dengan skizofrenia justru muncul. Delusi dan halusinasi merupakan bagian dalam simptom positif. Simptom negatif adalah simptom yang defisit, yaitu perilaku yang seharusnya dimiliki orang normal, namun tidak dimunculkan oleh pasien skizofrenia, seperti *avolition* (menurunnya minat dan dorongan), berkurangnya keinginan berbicara, afek datar, juga terganggunya relasi sosial (Hawari, 2011)

Menurut data World Health Organization ([WHO], 2016) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas

manusia untuk jangka panjang. Hasil analisis dari WHO (2016) sekitar 450 juta orang menderita gangguan jiwa termasuk skizofrenia. Skizofrenia menjadi gangguan jiwa paling dominan dibanding gangguan jiwa lainnya. Penderita gangguan jiwa sepertiga tinggal di negara berkembang dan 8 dari 10 orang tidak mendapatkan penanganan medis. Prevalensi penderita gangguan jiwa di Indonesia adalah sekitar 0,3-1% dan biasanya timbul pada usia sekitar 18-45 tahun, namun juga ada yang baru berusia 11-12 tahun sudah menderita skizofrenia. Apabila penduduk Indonesia sekitar 100 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 1 juta jiwa menderita skizofrenia (Arif, 2006). Pada tahun 2013, hasil Riset Kesehatan Dasar menyatakan bahwa penderita gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai angka 1,7 per mil (Riskesdas, 2013). Sedangkan pada populasi dunia, gangguan skizofrenia memiliki angka prevalensi 1% (rata-rata 0,85%) dengan angka insidens skizofrenia 1 per 10.000 orang per tahun (Rudyanto, 2007).

Berdasarkan penjelasan di atas dan beberapa masalah yang ada, peran keluarga sangat dibutuhkan untuk perawatan pengidap skizofrenia. Taraf kesembuhan juga tergantung dari kondisi dan situasi lingkungan tempat tinggal pasien. Lingkungan yang kondusif membantu mencapai taraf kesembuhan lebih baik dan mengurangi kemungkinan pasien kambuh. Hasil penelitian yang dilakukan Amelia dan Anwar (2013) menunjukkan bahwa 80% pasien skizofrenia mengalami kambuh berulang kali. Kambuh terjadi pada pasien yang cenderung tidak mendapatkan dukungan langsung dari keluarga, dan hanya menyerahkan pasien pada rumah sakit dengan pemberian obat-obatan anti psikotik. Penyebab pasien kambuh disebabkan oleh faktor keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Kritzinger, Swarts, Mall, dan Asmal (2001) di Afrika juga mendukung pernyataan tersebut. Hasil penelitiannya menyatakan bahwa dukungan keluarga (terapi keluarga) dapat berdampak positif guna mencegah kekambuhan gejala pada pasien

DUKUNGAN KELUARGA BAGI PENDERITA SKIZOFRENIA

Berdasarkan kajian teoritis sebelumnya, ada keterkaitan antara dukungan sosial yang diberikan keluarga atau dukungan keluarga terhadap keberfungsian individu dalam menjalankan peran kehidupan sosial. Terdapat sebuah proses yang berlangsung ketika individu mendapatkan dukungan keluarga sebelum akhirnya individu mampu berfungsi secara sosial di masyarakat. Pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan pasca perawatan rumah sakit memiliki kemampuan yang terbatas dalam menjalankan segala aktivitas. Berbagai masalah psikososial menjadi stimulus timbulnya stressor pada individu, sehingga sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan.

Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2018), dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien mencakup 4 aspek, yaitu: dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian. Dari keempat aspek tersebut dapat saling berkesinambungan dalam praktiknya. Ketika individu mendapatkan dukungan tersebut secara maksimal, maka individu akan belajar menggunakan *coping* yang positif terhadap tekanan yang ada dalam diri maupun dari luar. Berikut adalah penjelasan dari keempat aspek tersebut.

1. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian stres dengan baik, sumber stres, dan strategi *coping* yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor.

2. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah, seperti pelayanan, bantuan finansial, dan material.

3. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasihat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan.

4. Dukungan Emosional

Selama stres berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman dan merasa dicintai. Bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, dan perhatian sangat dibutuhkan sehingga individu yang menerimanya merasa berharga.

FUNGSI KELUARGA BAGI PENDERITA SKIZOFRENIA

Fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dan masyarakat yang lebih luas. Fungsi keluarga akan menjadi suatu perhatian ketika salah seorang anggota keluarga adalah individu dengan gangguan skizofrenia. Adapun fungsi keluarga meliputi:

- a. Fungsi afektif. Kebahagiaan keluarga diukur dengan kekuatan saling mengasihi antar anggota keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang yang diberikan antar anggota satu dengan yang lainnya akan memberikan penghargaan terhadap kehidupan dalam suatu keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang telah diberikan keluarga pada anggota keluarga untuk mendidik pasien skizofrenia tentang cara menjalankan fungsi sosial yang seharusnya dalam lingkungan masyarakat, sehingga anggota keluarga dengan skizofrenia mampu merasa diterima oleh lingkungan sosial.

- c. Fungsi reproduksi. Merupakan salah satu fungsi dasar bagi keluarga untuk menjaga adanya generasi baru dan menyediakan anggota baru bagi masyarakat.
- d. Fungsi ekonomi. Melibatkan penyediaan keluarga akan kebutuhan yang cukup, seperti mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam keluarga, pengaturan dalam penggunaan pendapatan sebagai pemenuhan kebutuhan, serta menabung untuk persediaan pemenuhan kebutuhan di masa mendatang.
- e. Fungsi perawatan kesehatan. Upaya untuk meningkatkan taraf kesembuhan pada pasien skizofrenia dengan salah satu cara yang diberikan oleh anggota keluarga yaitu dengan menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap munculnya bahaya.

Keluarga dan teman-teman dapat membantu orang yang mereka cintai yang mengalami skizofrenia dengan mendukung keterlibatan mereka dalam perawatan dan mengejar tujuan pemulihan mereka. Keluarga yang berhasil adalah keluarga yang dapat berfungsi dengan baik, bahagia, dan kuat tidak hanya seimbang dalam memberikan perhatian terhadap anggota keluarga yang lain, namun juga menghabiskan waktu bersama-sama, memiliki hubungan komunikasi yang baik, memiliki tingkat orientasi yang tinggi terhadap agama, dan menghadapi suatu permasalahan yang ada dengan pemikiran yang positif.

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, dukungan yang diberikan pada setiap siklus perkembangan kehidupan juga berbeda. Dengan adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga membuat anggota keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga. Keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

- a. Dukungan informasional. Adalah nasihat, saran, dan petunjuk sebagai informasi. Sebagian besar keluarga selalu memberikan

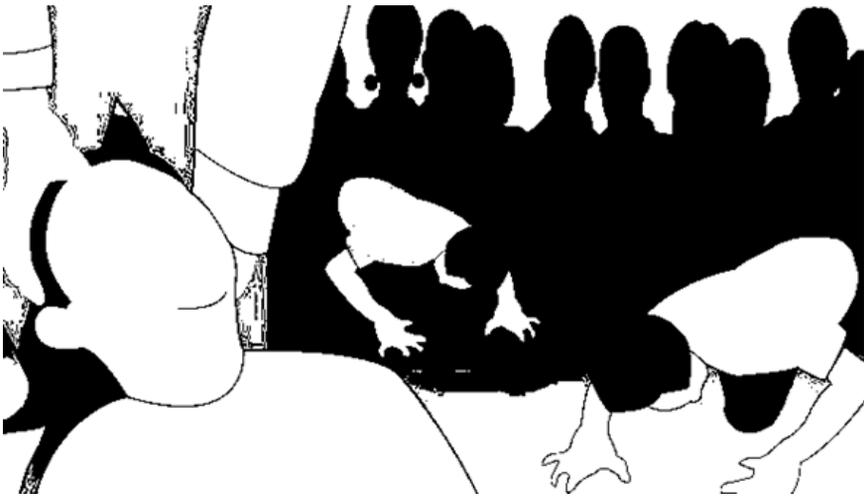
nasihat kepada anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berupa memberikan nasihat, mengatakan sabar, dan banyak berdoa. Dukungan informasional yang diberikan kepada penderita skizofrenia adalah mengenai perkembangan kesehatan pasien, cara merawat, serta minum obat dengan benar.

- b. Dukungan emosional. Bentuk atau jenis dukungan yang dapat diberikan kepada penderita skizofrenia diantaranya tentang pemberian kasih sayang, rasa aman, semangat, mengantarkan berobat, memperhatikan setiap perkembangan pasien, sehingga dapat membangkitkan semangat dan mengurangi putus asa.
- c. Dukungan instrumental. Merupakan dukungan dimana keluarga diharapkan mampu memfasilitasi semua kebutuhan anggota keluarga, baik itu kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Kebutuhan biologis adalah kebutuhan dasar maupun kebutuhan materi yang harus dipenuhi keluarga (Friedman *et al.*, 2010). Dukungan instrumental yang dapat diberikan kepada penderita skizofrenia diantaranya dapat berupa biaya pengobatan, kebutuhan sandang dan pangan, dan juga meluangkan waktu untuk mendengarkan keluh kesah dalam penyampaian perasaannya.
- d. Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik, penghargaan kepada anggota keluarga, dan menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, juga perasaan seseorang. Dengan adanya dukungan ini maka anggota keluarga akan mendapatkan pengakuan atas kemampuan dan usaha yang telah dilakukannya.

Fungsi ikatan keluarga sangat penting dilakukan untuk meningkatkan semangat, motivasi, dan meningkatkan harga diri pasien sehingga dapat mempengaruhi pembentukan perilaku yang adaptif dari pasien dalam upaya meningkatkan kesehatannya. Selain itu, adanya ikatan keluarga yang kuat dapat menjadikan hidup pasien

lebih berharga dan berarti bagi keluarganya karena pasien merasakan masih dibutuhkan oleh orang lain khususnya keluarga.

Seiring dengan berlalunya waktu dan perkembangan selanjutnya, klien perlahan-lahan akan dapat hidup sesuai dengan kondisi semula sebelum klien sakit karena proses interaksi itu pastinya berjalan secara bertahap mulai dari tidak bisa menjadi bisa meskipun membutuhkan waktu yang lama.



GANGGUAN TRANS DISOSIATIF

Sarah Adelia

Ela Oktavia Silvani

Nana Mardiana

Keadaan psikologis yang terjadi karena suatu perubahan dalam fungsi *self* (identitas, memori, atau kesadaran)

GANGGUAN TRANS DISOSIATIF

Sarah Adelia, Ela Oktavia Silvani, dan Nana Mardiana

Kesehatan mental merupakan modal utama kehidupan seorang manusia. Tanpa mental yang sehat, seorang manusia tidak dapat melaksanakan tugas kemanusiaannya dengan baik. Seseorang dalam keadaan sehat mental, memiliki perasaan diri (*sense of self*) yang utuh sebagai manusia dengan kepribadian dasar yang tunggal. Manusia yang sehat tidak hanya sehat secara fisik, tetapi juga sehat secara psikis. Bebas dari gangguan adalah indikasi manusia yang bermental sehat. Ada berbagai macam gangguan mental (*mental disorder*), salah satunya adalah gangguan trans disosiatif (*dissociative trans disorder*) (Harsono, 2012).

Fenomena disosiatif dikenal dengan istilah kesurupan. Kesurupan dipercaya oleh masyarakat sebagai suatu keadaan yang terjadi bila roh yang lain memasuki seseorang dan menguasainya sehingga orang tersebut menjadi lain dalam hal bicara, perilaku, dan sifatnya. Perilakunya menjadi seperti ada kepribadian lain yang memasukinya. Kaplan dan Sadock (1997) menyatakan bahwa disfungsi utama pada disosiatif adalah kehilangan keutuhan keadaan kesadaran sehingga orang merasa tidak memiliki identitas atau mengalami kebingungan terhadap identitasnya sendiri atau memiliki identitas berganda. Kepercayaan sebagian besar manusia akan keberadaan alam ghaib dan roh telah berlangsung sejak lama, keyakinan ini juga dikuatkan lagi oleh berbagai budaya serta agama yang ada dan diwariskan secara turun temurun.

Masyarakat memandang bahwa kesurupan itu terjadi karena seseorang telah kemasukan jin atau roh halus sehingga membuat perilakunya aneh di luar kesadarannya. Dan pengobatan menurut masyarakat umum biasanya adalah dengan meminta pertolongan pada orang pintar, paranormal, ahli agama, dan orang-orang yang

dianggap ahli menanganinya. Jarang sekali penderita disosiasi dibawa ke dokter (Maramis, 1998).

Kesurupan dalam psikologi dikenal dengan istilah fenomena disosiatif yang diartikan sebagai keadaan psikologis yang terjadi karena suatu perubahan dalam fungsi *self* (identitas, memori, atau kesadaran) (Nevid, Rathus, & Greene, 2005). Kondisi ini bisa terjadi secara tiba-tiba, bertahap, bersifat sementara, atau kronis. Fenomena disosiasi ini mengacu pada kondisi trans disosiatif. Trans disosiatif merupakan gangguan yang menunjukkan adanya kehilangan sementara aspek penghayatan akan identitas diri dan kesadaran terhadap lingkungannya. Dalam beberapa kejadian, individu tersebut berperilaku seakan-akan dikuasai oleh kepribadian lain, kekuatan ghaib, malaikat, atau “kekuatan lain”.

KARAKTERISTIK DIAGNOSA TRANS DISOSIATIF

Kriteria diagnostik untuk gangguan trans disosiatif, yaitu: a) Salah satu (1) atau (2): 1) Trans, yaitu perubahan keadaan kesadaran atau hilangnya rasa identitas pribadi yang biasanya terjadi secara sementara dan jelas tanpa penggantian oleh identitas pengganti, disertai dengan sekurangnya satu dari berikut: (a) Penyempitan kesadaran tentang sekeliling, atau penyempitan dan pemusatan perhatian selektif yang tidak biasanya terhadap stimuli lingkungan, (b) Perilaku atau gerakan stereotipik yang dirasakan di luar kendali orang tersebut. 2) Trans kesurupan (*possession trance*), suatu perubahan tunggal atau episodik dalam keadaan kesadaran yang ditandai oleh penggantian rasa identitas pribadi yang lain dengan identitas pribadi. Hal ini dipengaruhi oleh suatu roh, kekuatan, dewa, atau orang lain, seperti yang dibuktikan oleh satu (atau lebih) berikut ini: (a) Perilaku atau gerakan stereotipik dan ditentukan secara kultural yang dirasakan sebagai pengendalian oleh makhluk lain yang memasuki (*possessing agen*), (b) Amnesia penuh atau sebagian terhadap kejadian, (c) Keadaan trans atau trans kesurupan adalah tidak diterima sebagai bagian normal dari praktek kultural atau religius kolektif, (d) Keadaan trans atau trans kesurupan

menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lain.

PENYEBAB TRANS DISOSIATIF

Kartono (1981) menyebutkan penyebab trans disosiatif adalah faktor psikologis dan kultural yang menimbulkan munculnya stres dan ketegangan kuat yang kronis pada seseorang. Selain itu, faktor-faktor penyebab lainnya adalah: (a) Predisposisi pembawaan berupa sistem syaraf yang lemah, (b) Tekanan-tekanan mental (stres) yang disebabkan oleh kesusahan, kekecewaan, dan pengalaman-pengalaman pahit yang menjadi trauma, (c) Disiplin dan kebiasaan hidup yang salah. Hal ini mengakibatkan kontrol pribadi yang kurang baik, atau memunculkan integrasi kepribadian yang sangat rapuh, (d) Mempergunakan *defence mechanism* yang negatif/keliru dan *maladjustment*, sehingga menimbulkan semakin banyak kesulitan, dan (e) Kondisi fisik/organik yang tidak menguntungkan; misalnya sakit, lemah, lelah, fungsi-fungsi organik yang lemah, gangguan pikiran, dan badan.

GEJALA TRANS DISOSIATIF

Menurut Daradjat (1983) gejala-gejala yang sering muncul saat orang mengalami trans disosiatif adalah badan seluruhnya menjadi kaku, tidak sadar akan diri, kadang-kadang sangat keras, disertai dengan teriakan-teriakan dan keluhan-keluhan, tapi air mata tidak keluar. Kejang-kejang ini biasanya terjadi pada siang hari selama beberapa menit saja, tapi mungkin pula sampai beberapa hari lamanya. Diantara tanda-tanda kejang histeria adalah dalam pandangan matanya terlihat kebingungan. Setelah kejadian itu, biasanya penderita mengalami kebingungan, tidak mau bicara, atau menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan kepadanya. Orang yang terserang biasanya berusaha memegang atau menarik apa saja yang dapat dicapainya.

KECENDERUNGAN KEPERIBADIAN PENDERITA TRANS DISOSIATIF

Menurut Kartono (1981) kepribadian penderita trans disosiatif antara lain: (a) Umumnya mereka itu sangat egoistis dan *selfish*, (b) Sangat *suggestible*, mudah terpengaruh, sangat sensitif terhadap pendapat orang lain, (c) Memiliki emosi-emosi yang kuat, mereka mempunyai rasa suka dan tidak suka yang sangat kuat, dan penilaiannya sangat dipengaruhi oleh perasaan suka dan tidak suka tersebut, (d) Ada kecenderungan yang sangat kuat sekali untuk melarikan diri dari situasi-situasi yang dianggap sebagai suatu hal yang tidak menyenangkan, dan (e) Simptom-simptom fisiknya dibuat-buat, ditiru dengan sengaja, atau dengan sengaja diperkuat, agar bisa memperpanjang waktu melarikan diri dengan cara menjadi sakit.



GANGGUAN PARAFILIA

Zhariema

Meli Ana Silfia

Cut Rahmi

Mengacu pada sekelompok gangguan yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak pada umumnya

GANGGUAN PARAFILIA

Zhariema, Meli Ana Silfia, dan Cut Rahmi

DEFINISI PARAFILIA

Parafilia berasal dari kata “para” yaitu penyimpangan pada apa yang membuat orang tertarik (“*philia*”). Parafilia mengacu pada sekelompok gangguan yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak pada umumnya. Seseorang mungkin akan menampilkan satu atau lebih parafilia dan pola ini mungkin merupakan aspek dari gangguan mental lain, seperti: skizofrenia, depresi, atau salah satu gangguan kepribadian.

JENIS-JENIS PARAFILIA

1. Fetisisme

Yaitu ketergantungan seseorang pada objek yang tidak hidup untuk memperoleh rangsangan seksual. Penderitanya kebanyakan laki-laki dan memiliki dorongan seksual yang berulang dan mendalam terhadap objek yang tidak hidup yang dibutuhkan untuk merangsang kepuasan seksual. Perilaku yang ditampakan pelaku memiliki kualitas kompulsif, yaitu suatu perilaku yang tidak bisa dibuat dan tidak bisa ditahan. Gangguan ini biasanya muncul pada masa remaja, meskipun fetisisme sudah dianggap signifikan pada masa yang lebih awal. Kebanyakan penderita fetisisme menampilkan pula jenis parafilia lainnya, seperti: pedofilia, sadisme, dan masokhisme seksual.

2. Pedofilia

Pedofilia berasal dari kata “*pedos*” yang mempunyai arti “anak yunani”. Pedofilia merupakan orang dewasa yang mempunyai kepuasan seksual melalui kontak fisik dan seksual dengan anak-anak

di bawah umur yang tidak memiliki hubungan darah dengannya. Pedofilia lebih banyak diderita oleh laki-laki daripada perempuan. Meskipun sebagian besar pedofilia tidak menyakiti korbannya secara fisik, beberapa di antaranya sengaja menakut-nakuti anak kecil dengan membunuh hewan peliharaan anak tersebut dan mengancam akan lebih menyakitinya jika anak melaporkan pada orang tua.

3. Incest

Mengacu pada hubungan seksual antara keluarga dekat dimana pernikahan tidak diperbolehkan antara mereka. Biasanya adalah pada kakak dan adik kandung, dan bentuk lain yang umum dan dianggap lebih patologis adalah ayah dengan anak perempuan. Bukti menunjukkan struktur keluarga dimana incest terjadi adalah patriarkal yang tidak biasa dan tradisional, terutama dengan memandang posisi perempuan yang lebih rendah daripada laki-laki.

4. Voyeurisme

Adalah preferensi yang nyata untuk memperoleh kepuasan seksual dengan melihat orang lain dalam keadaan tanpa busana atau sedang melakukan hubungan seksual. Orang yang mengalami gangguan ini akan mengalami kepuasan seksual dengan melakukan masturbasi, baik saat melihat kejadian atau sesudahnya. Terkadang mereka berfantasi melakukan kontak seksual dengan orang yang dilihat, namun hal ini tetap menjadi fantasi. Jarang sekali pelaku melakukan kontak seksual dengan orang yang diobservasinya. Biasanya gangguan ini muncul pada masa remaja.

5. Eksibisionisme

Memperoleh kepuasan seksual dengan menunjukkan alat kelaminnya pada orang lain yang tidak menghendakinya, terkadang pada anak-anak. Biasanya mulai pada masa remaja. Rangsangan seksual diperoleh pada saat pelaku membayangkan dirinya memamerkan alat kelamin dan ia masturbasi pada saat

memamerkan alat kelaminnya. Pada banyak kasus terdapat keinginan untuk mengagetkan atau mempermalukan orang yang melihatnya.

6. Froteurisme

Yaitu orientasi seksual dengan menyentuh orang lain yang tidak disangka-sangka. Pelaku mungkin menggosokkan alat kelaminnya pada paha atau pantat seorang perempuan, atau memegang payudara atau alat kelamin perempuan. Serangan ini biasanya dilakukan pada tempat-tempat yang memungkinkan pelaku melarikan diri, misalnya di bus yang ramai atau jalanan. Gangguan ini biasanya sudah muncul pada masa remaja dan berkembang sejalan dengan parafilia yang lain.

7. Sadisme dan Masokhisme Seksual

Sadisme adalah kegemaran untuk memperoleh atau meningkatkan kepuasan seksual dengan menimbulkan kesakitan, baik fisik maupun psikologis. Misalnya mempermalukan orang lain. Sedangkan masokhisme adalah kegemaran seseorang untuk memperoleh atau meningkatkan kepuasan seksual dengan menjadikan dirinya sebagai objek untuk disakiti dan dipermalukan. Kedua gangguan ini dapat ditemukan pada hubungan heteroseksual maupun homoseksual. Banyak penderita sadisme yang menjalin hubungan dengan orang masokhisme untuk memperoleh kepuasan seksual. Sekitar 5-10% populasi di Amerika Serikat terlibat dalam hubungan seperti ini.

SUDUT PANDANG PSIKOLOGI MENGENAI GANGGUAN SEKSUAL

1. Sudut Pandang Psikodinamik

Parafilia dipandang sebagai reaksi defensif, melindungi ego dari ketakutan dan ingatan yang ditekan, dan mempresentasikan fiksasi pada tahap pragenital dalam perkembangan psikoseksual. Orang yang mengidap parafilia dipandang sebagai seorang yang

takut pada hubungan heteroseksual yang konvensional, bahkan hubungan yang tidak berkaitan dengan seks. Perkembangan sosial dan seksualnya tidak matang dan tidak kuat untuk menjalin hubungan sosial maupun seksual dalam dunia orang dewasa (normal).

2. Sudut Pandang *Cognitive-Behavioral*

Beberapa ahli berpandangan bahwa parafilia berasal dari kondisi klasik yang kebetulan berhubungan dengan rangsangan seksual dengan kelompok stimulus yang secara budaya dianggap tidak sesuai untuk menimbulkan rangsangan seksual. Namun pandangan *cognitive-behavioral* tentang parafilia saat ini multidimensional dan menyatakan bahwa parafilia adalah hasil dari berbagai faktor yang berpengaruh pada individu. Sejarah masa kanak-kanak dari orang yang mengidap parafilia menunjukkan seringkali mereka merupakan korban penyiksaan fisik dan seksual, dan tumbuh dalam keluarga dimana hubungan orang tua terganggu. Pengalaman ini dapat berkontribusi terhadap rendahnya tingkat keterampilan sosial, rendahnya kepercayaan diri, kesepian, dan tidak adanya hubungan yang intim.



GANGGUAN AUTISME

Rahmatillah

Silvi Yana

Gangguan perkembangan pervasif yang ditandai dengan kegagalan untuk berhubungan dengan orang lain, terbatasnya kemampuan bahasa, perilaku motorik yang terganggu, gangguan intelektual, dan tidak menyukai perubahan dalam lingkungan

GANGGUAN AUTISME

Rahmatillah dan Silvi Yana

Autisme adalah gangguan perkembangan pervasif yang ditandai dengan kegagalan untuk berhubungan dengan orang lain, terbatasnya kemampuan bahasa, perilaku motorik yang terganggu, gangguan intelektual, dan tidak menyukai perubahan dalam lingkungan. Gangguan ini merupakan salah satu gangguan terparah di masa kanak-kanak, bersifat kronis, dan berlangsung sepanjang hidup.

FAKTOR PEMICU AUTISME

Faktor pemicu yang berperan dalam timbulnya gejala autisme adalah:

1. Kelainan Otak Organik

Bagian otak yang mengalami kelainan adalah:

- a. Lobus parietalis otak yang menyebabkan anak tidak peduli terhadap lingkungannya.
- b. Otak kecil yang bertanggung jawab pada proses sensoris, daya ingat, berpikir, belajar berbahasa, dan proses atensi (perhatian). Didapatkan pula jumlah sel purkinje di otak kecil yang sangat sedikit, sehingga terjadi gangguan keseimbangan serotonin dan dopamin yang menyebabkan kekacauan impuls di otak.
- c. Sistem limbik yang terdiri dari hipokampus dan amigdala, yang mengganggu fungsi kontrol terhadap agresi dan emosi. Amigdala bertanggung jawab terhadap berbagai rangsang sensoris, sedangkan hipokampus bertanggung jawab terhadap fungsi belajar dan daya ingat, sehingga terjadilah kesulitan menyimpan informasi baru.

2. Faktor Genetis atau Keturunan

Gen menjadi faktor kuat yang menyebabkan anak autis. Jika dalam satu keluarga memiliki riwayat penderita autis, maka keturunan selanjutnya memiliki peluang besar untuk menderita autis. Hal ini disebabkan karena terjadi gangguan gen yang memengaruhi perkembangan, pertumbuhan, dan pembentukan sel-sel otak. Kondisi genetis pemicu autis ini bisa disebabkan karena usia ibu saat mengandung sudah tua atau usia ayah yang sudah tua. Diketahui bahwa sperma laki-laki berusia tua cenderung mudah bermutasi dan memicu timbulnya autisme. Selain itu, ibu yang mengidap diabetes juga ditengarai sebagai pemicu autisme pada bayi.

3. Faktor Kandungan atau Pranatal

Kondisi kandungan juga dapat menyebabkan gejala autisme. Ini disebabkan oleh virus yang menyerang pada trimester pertama, yaitu virus rubella. Selain itu, kesehatan lingkungan juga mempengaruhi kesehatan otak janin dalam kandungan. Polusi udara berdampak negatif pada perkembangan otak dan fisik janin, sehingga meningkatkan kemungkinan bayi lahir dengan resiko autis. Bahkan bayi lahir prematur dan berat bayi kurang juga merupakan resiko terjadinya autis.

4. Faktor Kelahiran

Bayi yang lahir dengan berat rendah, prematur, dan lama dalam kandungan (lebih dari 9 bulan) beresiko mengidap autisme. Selain itu, bayi yang mengalami gagal nafas (hipoksa) saat lahir juga beresiko mengalami autis.

5. Faktor Lingkungan

Bayi yang lahir sehat belum tentu tidak mengalami autisme. Faktor lingkungan (eksternal) juga dapat menyebabkan bayi menderita autisme, seperti lingkungan yang penuh tekanan dan tidak

bersih. Lingkungan yang tidak bersih dapat menyebabkan bayi alergi melalui ibu. Karena itu, hindari paparan sumber alergi, berupa asap rokok, debu, atau makanan yang menyebabkan alergi.

6. Faktor Obat

Obat untuk mengatasi rasa mual, muntah, ataupun penenang yang dikonsumsi ibu hamil beresiko menyebabkan anak autisme. Karena itu, ibu hamil harus berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter sebelum mengonsumsi obat jenis apapun.

7. Faktor Makanan

Zat kimia yang terkandung dalam makanan sangat berbahaya untuk kandungan. Salah satunya adalah pestisida yang terpapar pada sayuran. Diketahui bahwa pestisida mengganggu fungsi gen pada saraf pusat yang menyebabkan anak autisme.

CIRI-CIRI AUTISME

Anak yang mengalami autisme sedikitnya memiliki enam karakter atau ciri-ciri sebagai berikut.

1. Masalah di Bidang Komunikasi

- a. Kata yang digunakan terkadang tidak sesuai artinya.
- b. Mengoceh tanpa arti secara berulang-ulang.
- c. Bicara tidak dipakai untuk alat komunikasi.
- d. Senang meniru kata-kata atau lagu tanpa mengetahui apa artinya.
- e. Senang menarik-narik tangan orang lain untuk melakukan apa yang dia inginkan.

2. Masalah di Bidang Interaksi Sosial

- a. Suka menyendiri.
- b. Menghindari kontak mata.
- c. Tidak tertarik untuk bermain bersama.
- d. Menolak atau menjauh bila diajak untuk bermain.

3. Masalah di Bidang Sensoris

- a. Tidak peka terhadap sentuhan.
- b. Tidak peka terhadap rasa sakit.
- c. Langsung menutup telinga bila mendengar suara yang keras.
- d. Senang mencium atau menjilat benda yang ada di sekitarnya.

4. Masalah di Bidang Pola Bermain

- a. Tidak bermain seperti anak lain pada umumnya.
- b. Tidak bermain sesuai dengan fungsi mainannya.
- c. Sangat lekat dengan benda-benda tertentu.
- d. Senang terhadap benda-benda berputar.
- e. Tidak memiliki kreativitas dan imajinasi.
- f. Tidak suka bermain dengan teman sebayanya.

5. Masalah di Bidang Perilaku

- a. Dapat berperilaku berlebihan atau terlalu aktif dan sebaliknya.
- b. Melakukan gerakan yang berulang-ulang.
- c. Tidak suka pada perubahan.
- d. Merangsang diri.
- e. Duduk bengong dengan tatapan kosong.

6. Masalah di Bidang Emosi

- a. Sering marah, menangis, dan tertawa tanpa alasan yang jelas.
- b. Kadang-kadang agresif dan merusak.
- c. Kadang-kadang menyakiti diri sendiri.

MACAM-MACAM TERAPI AUTIS

1. Metode ABA (*Applied Behavioral Analysis*)

Kelebihan metode ini dari metode lain adalah sifatnya yang sangat terstruktur, kurikulumnya jelas, dan keberhasilannya bisa dinilai secara objektif. Penatalaksanaannya dilakukan selama 4-8 jam sehari. Di metode ini, anak dilatih berbagai macam keterampilan yang berguna dalam hidup bermasyarakat, misalnya berkomunikasi, berinteraksi, berbicara, dan berbahasa. Di Indonesia metode ini lebih dikenal dengan metode Lovaas (nama orang yang mengembangkannya) di Yayasan Autis Indonesia (YAI).

2. Masuk Kelompok Khusus

Di kelompok ini mereka mendapatkan kurikulum yang khusus dirancang secara individual. Mereka yang belum siap masuk ke kelompok bermain, bisa diikutsertakan ke dalam kelompok khusus. Disini anak akan mendapatkan penanganan terpadu yang melibatkan berbagai tenaga ahli, seperti psikiater, psikolog, dan terapis bicara. Sayangnya tidak semua penyandang autis bisa mengikuti pendidikan formal meskipun tingkat kecerdasannya masih bisa masuk ke sekolah luar biasa atau SLB dikarenakan perilaku si anak tidak bisa diperbaiki, seperti: semaunya sendiri, agresif, hiperaktif, dan tidak bisa berkonsentrasi. Perilaku anak tersebut harus diperbaiki dengan bantuan obat agar dapat mengikuti proses belajar.

3. Pemberian Obat

Banyak orangtua takut memberikan obat pada penderita autis karena penyandang tidak boleh diberikan sembarang obat. Obat yang diberikan harus sesuai gejala dan gejala yang sebaiknya dihilangkan dengan obat adalah hiperaktif yang hebat, menyakiti diri sendiri, menyakiti orang lain, dan gangguan tidur. Tidak ada satupun obat yang dibuat khusus untuk menyembuhkan autisme. Beberapa produk yang direkomendasikan untuk menanggulangi anak autis

adalah *Children Nutrient High Calcium Powder, Zinc*, atau *Pine Pollen Powder Capsules*.

4. Penggunaan Alat Bantu

Banyak anak autisme belajar lebih baik dengan menggunakan penglihatannya. Media visual dianggap efektif karena dapat membantu anak untuk berkonsentrasi. Alat bantu visual dapat dibuat dengan menggunakan benda konkret, foto berwarna, atau gambar.

5. Terapi-Terapi Lainnya

- a. Terapi akupunktur. Metode tusuk jarum ini diharapkan bisa menstimulasi sistem syaraf pada otak hingga dapat bekerja kembali.
- b. Terapi Musik. Musik diharapkan memberikan getaran gelombang yang akan berpengaruh terhadap permukaan membran otak.
- c. Terapi Balur. Terapi ini bertujuan untuk mengurangi kadar merkuri dalam tubuh penyandang autis. Caranya adalah dengan menggunakan cuka aren dan bawang yang dibulurkan pada kulit.
- d. Terapi Perilaku. Tujuannya agar sang anak memfokuskan perhatian untuk bersosialisasi dengan lingkungannya, untuk meningkatkan pemahaman, dan kepatuhan anak terhadap aturan. Terapi ini umumnya mendapatkan hasil yang signifikan bila dilakukan secara intensif, teratur, dan konsisten pada usia dini.
- e. Terapi Anggota Keluarga. Orang tua yang memiliki anak autis harus mendampingi dan memberi perhatian penuh pada sang anak hingga terbentuk ikatan emosional yang kuat.



GANGGUAN STRES REMAJA

Cut Meiliza Amal Alia

Fatimah Zuhra

Dara Maghfirah

Keadaan internal yang dapat diakibatkan oleh tuntutan fisik dari tubuh atau oleh kondisi lingkungan dan sosial yang dinilai berpotensi membahayakan, tidak terkendali, atau melebihi kemampuan individu

GANGGUAN STRES REMAJA

Cut Meiliza Amal Alia, Fatimah Zuhra, dan Dara Maghfirah

Menurut Lazarus dan Folkman (dalam Morgan, King, Weisz, & Schopler, 1986), stres adalah keadaan internal yang dapat diakibatkan oleh tuntutan fisik dari tubuh atau oleh kondisi lingkungan dan sosial yang dinilai berpotensi membahayakan, tidak terkendali, atau melebihi kemampuan individu untuk melakukan *coping*. Lazarus (1984) menjelaskan bahwa stres juga dapat diartikan sebagai stimulus, yaitu kondisi atau kejadian tertentu yang dapat menimbulkan stres atau disebut juga dengan stresor. Lalu respon, merupakan reaksi individu yang muncul karena adanya situasi tertentu yang menimbulkan stres. Respon yang muncul dapat secara fisiologis, seperti: jantung berdebar, gemetar, dan pusing; ataupun respon psikologis, seperti: takut, cemas, sulit berkonsentrasi, dan mudah tersinggung. Serta proses, dimana individu secara aktif dapat mempengaruhi dampak stres melalui strategi tingkah laku, kognisi, maupun afeksi.

Masa remaja ditandai oleh perubahan yang besar, diantaranya adalah kebutuhan untuk beradaptasi dengan perubahan fisik dan psikologis, pencarian identitas, dan membentuk hubungan baru, termasuk mengekspresikan perasaan seksual (Santrock, 2003). Hall (dalam Papalia, Olds, & Feldman, 1998) menyebut masa ini sebagai periode “badai dan tekanan” yaitu suatu masa dimana ketegangan emosi meningkat sebagai akibat dari perubahan fisik dan kelenjar. Pada sebagian besar remaja, hambatan-hambatan dalam kehidupan mereka akan sangat mengganggu kesehatan fisik dan emosi, menghancurkan motivasi, kemampuan menuju sukses di sekolah, dan merusak hubungan pribadi mereka. Banyak dari para remaja yang mencapai masa dewasa dengan penderitaan yang pedih.

Sumber stres pada remaja laki-laki dan perempuan pada umumnya sama, namun dampak beban ini berbeda pada remaja perempuan dan laki-laki. Remaja perempuan lebih peka terhadap

lingkungannya. Menurut penelitian, prestasi remaja perempuan lebih baik dibanding remaja laki-laki. Nilai mereka di sekolah lebih baik dan mereka juga lebih menonjol. Akibat tuntutan dan motivasi mereka yang lebih tinggi, remaja perempuan menderita beban psikis lebih tinggi, seperti: cemas, tidak senang, sakit punggung, dan sakit kepala. Sedangkan remaja laki-laki yang mengalami stres akan lebih sering merokok dan minum alkohol.

SUMBER STRES PADA REMAJA

Terdapat empat faktor yang dapat membuat remaja menjadi stres, yaitu penggunaan obat-obat terlarang, kenakalan remaja, pengaruh negatif, dan masalah akademis. Garfinkel (dalam Dariyo, 2003) mengatakan secara umum penyebab stres pada remaja adalah putus dengan pacar, perbedaan pendapat dengan orang tua, bertengkar dengan saudara perempuan dan laki-laki, perbedaan pendapat antara orang tua, perubahan status ekonomi pada orang tua, sakit yang diderita oleh anggota keluarga, masalah dengan teman sebaya, dan masalah dengan orang tua.

Selanjutnya menurut Dariyo (2003), terdapat tiga faktor yang dapat menyebabkan remaja menjadi stres, yaitu: faktor biologis, faktor kepribadian, dan faktor psikososial. Faktor biologis, mencakup sejarah depresi dan bunuh diri di dalam keluarga, penggunaan alkohol dan obat-obatan di dalam keluarga, siksaan secara seksual dan fisik di dalam keluarga, penyakit yang serius yang diderita remaja atau anggota keluarga, sejarah keluarga atau individu dari kelainan psikiatris seperti kelainan makanan, skizoprenia, manik depresif, gangguan perilaku dan kejahatan, kematian salah satu anggota keluarga, ketidakmampuan belajar atau ketidakmampuan mental atau fisik, perceraian orang tua, serta konflik dalam keluarga. Lalu, faktor kepribadian meliputi tingkah laku impulsif, obsesif dan ketakutan yang tidak nyata, tingkah laku agresif dan antisosial, penggunaan dan ketergantungan obat terlarang, tertutup, hubungan sosial yang buruk dengan orang lain, menyalahkan diri sendiri dan merasa bersalah, dan masalah dengan tidur atau makan. Selanjutnya,

faktor psikologis dan sosial, diantaranya: kehilangan orang yang dicintai, seperti kematian teman atau anggota keluarga, putus cinta, kepindahan teman dekat atau keluarga, tidak dapat memenuhi harapan orang tua seperti kegagalan dalam mencapai tujuan, tinggal kelas dan penolakan sosial, tidak dapat menyelesaikan konflik dengan anggota keluarga, teman sebaya, guru, pelatih, yang dapat mengakibatkan kemarahan, frustrasi dan penolakan, pengalaman yang dapat membuatnya merasa rendah diri dapat mengakibatkan remaja kehilangan harga diri atau penolakan, dan pengalaman buruk seperti hamil atau masalah keuangan.

Selanjutnya, Cavanaugh dan Kail (2000) mengatakan bahwa stres dapat disebabkan oleh faktor-faktor pribadi yang terdiri dari masalah ekonomi pribadi hingga masalah keluarga, serta kepribadian dan karakter yang melekat pada diri seseorang. Selain itu, terdapat pula sumber stres yang diungkapkan oleh Girdano (2005), yaitu:

1. *Biological Stress*

Remaja mengalami masa-masa perkembangan dan pertumbuhan fisik yang sangat cepat, yaitu pada remaja laki-laki biasanya ketika berusia 13 hingga 15 tahun, bagi remaja perempuan dimulai sekitar 12 hingga 14 tahun. Dalam proses menerima perubahan fisik pada tubuh mereka, seringkali mereka merasa menjadi pusat perhatian orang-orang jika terdapat sedikit keganjalan pada tubuh, seperti jerawat atau tumbuh kumis. Selain itu, memasuki masa remaja, mereka juga sudah mulai disibukkan dengan tanggungjawab yang lebih banyak baik di sekolah atau di rumah, sehingga mengurangi waktu tidur remaja dan dapat menyebabkan stres.

2. *Family Stress*

Salah satu sumber utama stres pada remaja adalah hubungan dengan orang tua. Pada fase ini remaja bersikap memberontak, menginginkan kebebasan, dan menjadi mandiri. Sedangkan di sisi lain remaja juga memerlukan perhatian dan kasih sayang.

3. Academic Stress

Stres akademik adalah stres yang berhubungan dengan kegiatan pendidikan yang terjadi dalam masa pendidikan yang disebabkan oleh tuntutan yang timbul saat seseorang dalam masa pendidikan. Ketegangan emosi akan terjadi saat remaja gagal mengatasi tuntutan tersebut.

4. Peers Stress

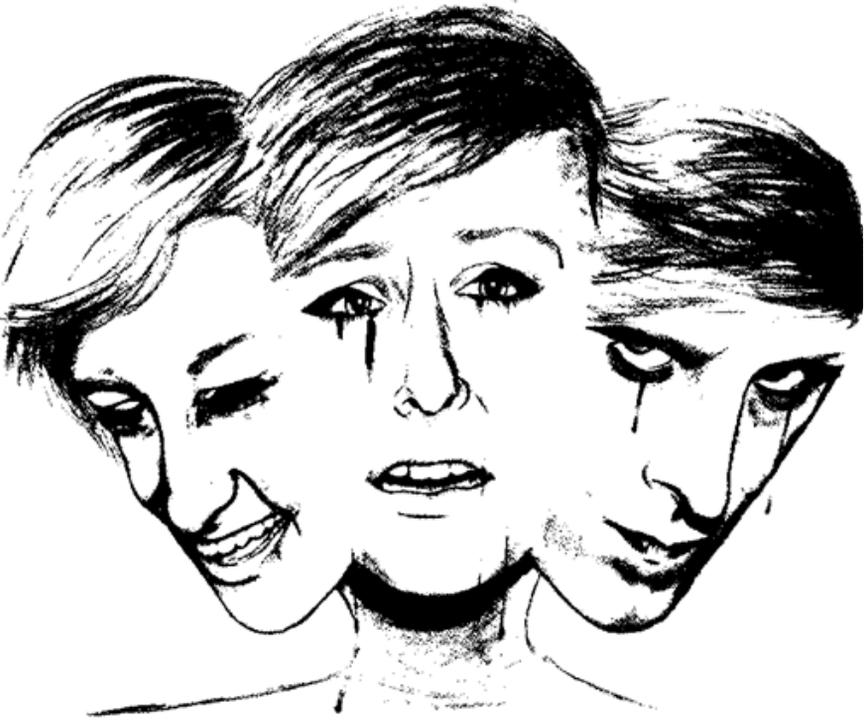
Ketika remaja tidak diterima atau disisihkan dari sekumpulan teman yang lain atau grup, maka remaja akan merasa minder dan harga dirinya mulai menurun. Maka remaja akan mencoba merawat kecantikan atau melakukan sesuatu konformitas bersama agar dapat diterima oleh teman-temannya. Terkadang remaja mulai berani merokok dan mencoba obat-obatan terlarang untuk mengurangi stres.

5. Psychosocial Stress

Stres yang dipicu oleh hubungan sosial atau akibat situasi sosial lainnya. Contohnya, stres yang disebabkan saat remaja beradaptasi dengan lingkungan baru atau masalah cinta, masalah keluarga, serta masalah kemacetan jalan raya.

6. Konsep Diri

Konsep diri juga dapat memicu stres. Individu yang memiliki konsep diri yang buruk sering berbicara pada dirinya sendiri mengenai hal-hal buruk berkaitan dengan dirinya sendiri.



GANGGUAN IDENTITAS DISOSIATIF

Alfa Aswira

Alvira Lia Hanum

Seseorang yang mempunyai beberapa ego yang berbeda (*ego alter*), dimana masing-masing ego mempunyai perasaan, kelakuan, kepribadian yang eksis secara independen, dan keluar dalam waktu yang berlainan

GANGGUAN IDENTITAS DISOSIATIF

Alfa Aswira dan Alvira Lia Hanum

Manusia secara normal memiliki suatu kepribadian di dalam dirinya secara sadar. Dengan kepribadian itu manusia mampu membentuk karakter khas yang membedakannya dengan manusia yang lain, terutama saat bersosialisasi dengan orang lain. Namun jika seseorang terkena gangguan identitas disosiatif, maka di dalam tubuh individu tersebut akan terpecah menjadi lebih dari beberapa kepribadian. Menurut DSM-IV, gangguan identitas disosiatif (*Dissociative Identity Disorder/DID*) adalah seseorang yang mempunyai sejumlah ego yang berbeda (*ego alter*), dimana masing-masing ego mempunyai perasaan, kelakuan, kepribadian yang eksis secara independen, dan keluar dalam waktu yang berlainan.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation menyatakan bahwa prevalensinya adalah 1 sampai 3% dari total populasi. Gangguan ini juga didiagnosa terjadi lebih sering di Amerika Utara dibandingkan seluruh dunia. Prevalensi wanita 3 sampai 9 kali lebih banyak daripada pria. Prevalensi kepribadian ganda meningkat drastis pada pertengahan abad ke-20 seiring dengan meningkatnya jumlah pasien yang berkonsultasi yang mencapai dua sampai tiga kali lipat. Kepribadian ganda juga kontroversial dalam sistem hukum, karena beberapa kali digunakan untuk alasan bebas karena gangguan jiwa. Sejak tahun 1990 terjadi peningkatan dalam jumlah kasus pengadilan yang melibatkan kepribadian ganda.

Menurut survei yang pernah dilakukan psikiater Colin Ross di Charter Hospital of Dallas tahun 1989, banyak bukti yang mendukung bahwa DID bukanlah sebuah kepura-puraan. Rata-rata penderita DID memiliki 16 kepribadian. Berbagai kepribadian itu berasal dari pasien berbagai usia, jenis kelamin, dan ras. Namun untuk mendiagnosa orang penderita DID bukan hal mudah,

meskipun DID seseorang dapat diidentifikasi dari berubah-ubahnya tulisan tangan, pola suara, ukuran plus minus pada kacamata, dan alergi. Para pendukung gagasan DID juga mengatakan ada perbedaan biologis pada penderita DID dalam laju pernapasan, pola gelombang otak, konduktansi kulit, serta ukuran gairah yang diterima. Diagnosa DID juga masih sangat sulit karena tulisan tangan dan suara orang bukan DID juga dapat bervariasi selama periode singkat, terutama setelah perubahan suasana hati dan perbedaan dalam reaksi fisiologis, seperti gelombang otak atau konduktansi kulit.

Menurut Welldan di salah satu artikelnya yang berjudul "*Kepribadian Ganda*", DID terbentuk dari rasa traumatik masa kecil yang biasanya terjadi antara umur 4-6 tahun. Penderita menghibur diri sendiri dari sesuatu yang menyakitkan dengan menciptakan kepribadian lain untuk menampung semua perasaannya. Dengan kata lain anak berusaha melindungi dirinya dari hal yang kurang menyenangkan yang pernah dialami. Menurut Colin Ross yang menulis buku *The Osiris Complex* (1995), proses disosiasi pada anak yang mengarah kepada kelainan DID terdiri dari dua proses psikologis, contohnya anak perempuan yang mengalami pelecehan seksual.

Apabila pelecehan seksual terus berlanjut, maka proses ini akan terus berulang sehingga ia akan kembali menciptakan banyak identitas baru untuk mengatasinya. Salah satu kasus kepribadian ganda yang ternama yaitu Sybil, yang disebut memiliki 16 identitas berbeda. Menurut psikolog, jumlah identitas berbeda ini bisa lebih banyak pada beberapa kasus, bahkan hingga mencapai 100. DID dapat juga didefinisikan sebagai kelainan mental dimana seseorang yang mengidapnya akan menunjukkan adanya dua atau lebih kepribadian (*alter*) yang masing-masing memiliki nama dan karakter yang berbeda.

Anak perempuan yang berulang-ulang mengalami penganiayaan seksual akan berusaha menyangkal pengalaman ini di dalam pikirannya supaya bisa terbebas dari rasa sakit yang luar biasa. Ia bisa mengalami "*out of body experience*" yang membuat ia

"terlepas" dari tubuhnya dan dari pengalaman traumatis yang sedang berlangsung. Ia mungkin bisa merasakan rohnya melayang hingga ke langit-langit dan membayangkan dirinya sedang melihat kepada anak perempuan lain yang sedang mengalami pelecehan seksual. Dengan kata lain, identitas baru yang berbeda telah muncul.

Gangguan kepribadian ganda terjadi karena faktor traumatik yang ditimbulkan dari kenangan buruk di masa lalu, pengidap kepribadian ini sendiri umumnya tidak ingat dan merasa bingung apa yang terjadi ketika pribadi yang lain mengambil alih. Pribadi yang ada dalam pengidap kepribadian ganda akan mengambil alih jika pribadi yang sebenarnya merasa terancam, khawatir, takut, gugup, dan juga ketika peristiwa traumatik masa lalunya terulang kembali. Penderita kepribadian ganda sendiripun tidak dapat mengatur atau mengendalikan pribadi-pribadi yang ada pada dirinya. Orang yang berkepribadian ganda ada yang dapat disembuhkan dan adapula yang tidak, itu tergantung dari faktor internal dan eksternal penderita, bila penderita berkeinginan kuat untuk berubah dan lingkungan mendukung bisa saja penderita sembuh total dan menjadi normal kembali.



GANGGUAN PEDOFILIA

Erlinda

Imarwani Alfa Annisa

Syarifah Ufayana

Dorongan seksual yang kuat dan berulang
serta adanya fantasi yang terkait dengan melibatkan aktivitas seksual
dengan anak-anak yang belum memasuki masa pubertas

GANGGUAN PEDOFILIA

Erlinda, Imarwani Alfa Annisa, dan Syarifah Ufayana

Selama beberapa tahun terakhir ini masyarakat Indonesia banyak menghadapi masalah kekerasan terhadap anak. Lawson (dalam Huraerah & Si, 2006) mengklasifikasikan kekerasan terhadap anak (*child abuse*) menjadi empat bentuk, yaitu kekerasan emosional, kekerasan verbal, kekerasan fisik, dan kekerasan seksual. Kekerasan emosional terjadi ketika orang tua atau pengasuh dan pelindung anak mengabaikan anak yang meminta perhatian. Kekerasan verbal biasanya berupa perilaku verbal dimana pelaku melakukan pola komunikasi yang berisi penghinaan ataupun kata-kata yang melecehkan anak. Kekerasan fisik terjadi ketika orang tua atau pengasuh dan pelindung anak memukul anak. Kekerasan seksual adalah perbuatan yang berupa pemaksaan hubungan seksual dengan cara tidak wajar dan tidak disukai.

Komnas Anak mencatat kekerasan pada anak selama lima tahun terakhir cenderung meningkat. Tahun 2010, Komnas Anak mendapat 2.046 laporan kasus kekerasan terhadap anak dengan 42% berupa kekerasan seksual. Tahun 2011 terdapat 2.467 laporan kasus kekerasan terhadap anak (52% kejahatan seksual). Tahun 2012 sebanyak 2.637 kasus (62% kekerasan seksual) dan tahun 2013 menjadi 2.676 kasus (54% kekerasan seksual). Tahun 2014, Komnas Anak mendapat laporan sebanyak 2.737 kasus dan 54% berupa kekerasan seksual, sedangkan pada tahun 2015 meningkat cukup signifikan menjadi 2.898 kasus dan 59,3% diantaranya berupa kejahatan seksual.

Kekerasan seksual pada anak adalah keterlibatan anak dalam segala bentuk aktivitas seksual yang terjadi sebelum anak mencapai batasan umur tertentu yang ditetapkan oleh hukum negara yang bersangkutan, dimana orang dewasa atau anak lain yang usianya lebih tua atau orang yang dianggap memiliki pengetahuan lebih dari anak memanfaatkannya untuk kesenangan seksual atau aktivitas

seksual (Noviana, 2015). Lyness (dalam Maslihah, 2006) mengemukakan kekerasan seksual terhadap anak meliputi tindakan menyentuh atau mencium organ seksual anak, tindakan seksual atau pemerkosaan terhadap anak, memperlihatkan media atau benda porno, menunjukkan alat kelamin pada anak, dan sebagainya.

Pedofilia merupakan jenis kejahatan terhadap anak yang sudah lama terjadi di masyarakat. Pelakunya disebut pedofil yakni manusia dewasa yang memiliki perilaku seksual yang menyimpang. Pedofilia sebagai gangguan atau kelainan jiwa membuat seseorang bertindak dengan menjadikan anak-anak sebagai objek atau sasaran dari tindakan itu. Umumnya bentuk dari tindakan itu berupa pelampiasan nafsu seksual. Pedofilia bukan hanya perbuatan (*behavior*), namun juga merupakan sikap (*attitude*) yang menyimpang, sehingga tendensi suka pada anak-anak demi kepuasan seksual dari seorang dewasa dapat dikategorikan sebagai pedofilia (Yogatama, 2012).

Pedofilia telah dipahami dan didefinisikan sebagai ketertarikan pada anak-anak pra-pubertas, yaitu anak-anak tanpa tanda-tanda pubertas misal tidak punya rambut kemaluan, pertumbuhan payudara, atau pertumbuhan penis. Selanjutnya ahli-ahli mendiagnosis pedofilia berdasarkan pada usia anak-anak yang diminati pria yaitu usia 13 tahun dan lebih muda. Pedofilia pertama kali dikenali pada masa remaja dan bertahan dalam kehidupan seseorang. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pria remaja dan pria dewasa dengan pedofilia lebih mungkin mengalami pelecehan seksual atau fisik ketika masa kanak-kanak daripada orang dewasa yang melakukan pelecehan seksual terhadap orang dewasa lainnya.

Penelitian baru menunjukkan bahwa pedofilia melibatkan gangguan perkembangan syaraf (*neurodevelopment*) awal yang menciptakan kerentanan terhadap gangguan ini. Pria dengan pedofilia memiliki IQ lebih rendah (Cantor, Blanchard, Robichaud, & Christensen, 2005). Pedofilia banyak diderita oleh laki-laki daripada perempuan. Gangguan perilaku yang bersifat bukan bawaan ini sering kali dihubungkan dengan gangguan suasana hati (*mood*) dan

kecemasan akibat penyalahgunaan zat dan tipe parafilia lainnya (Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, & Miner, 1999).

Dalam beberapa tahun terakhir, internet memiliki dampak yang besar dalam kasus pedofilia. Para penderita pedofilia memanfaatkan internet agar dapat mengakses konten yang berhubungan dengan pornografi dan dapat menghubungkannya kepada calon korban pedofilia. Pedofil tidak melukai korbannya secara fisik, beberapa diantaranya sengaja menakuti anak-anak dengan cara membunuh hewan peliharaan si anak dan kadang-kadang pedofil senang membelai rambut anak-anak. Pedofil juga dapat memainkan alat kelamin anak-anak dan mendorong si anak untuk memainkan alat kelaminnya (Durkin, 1997)

Pedofilia (*pedophilia*) berasal dari bahasa Yunani yaitu *paidos*, berarti anak. Ciri utama dari pedofilia adalah dorongan seksual yang kuat dan berulang serta adanya fantasi yang terkait dengan melibatkan aktivitas seksual dengan anak-anak yang belum memasuki masa pubertas. Para pedofil akan mendapatkan kepuasan seksual dengan anak-anak karena anak-anak tidak banyak mengkritik dan menuntut (Ames & Houston, 1990). Beberapa kasus pedofilia, pria yang teraniaya secara seksual oleh orang dewasa pada masa anak-anak, bisa jadi saat dewasa akan mengembalikan situasi yang pernah ia alami pada masa lalu (Emery & Oltmanns, 2013)

Faktor penyebab terjadinya kekerasan seksual menurut Fuadi (2011) dikarenakan kelalaian orang tua dalam memperhatikan perkembangan anak. Di usia yang sudah remaja, orang tua lupa memberikan pendidikan yang berkaitan dengan seks, seperti pubertas, peran gender, orientasi seksual, dan masalah seksual lainnya. Faktor budaya juga dapat menyebabkan terjadinya kekerasan seksual, seperti adanya pandangan yang sangat positif terhadap orang-orang yang menunjukkan perilaku yang baik, sehingga hal ini dijadikan kedok oleh pedofil sebagai cara yang aman untuk mencari korban.



GANGGUAN DEPRESI PADA LANSIA

Zhafiratul Lathifa

Aimmatun Dzulfi Farhani

ElvaWinda

Gangguan psikologis yang terjadi pada tahun-tahun terakhir kehidupan individu yang ditandai dengan suasana perasaan hati murung atau sedih, hilang minat atau gairah, hilang tenaga, mudah lelah, konsentrasi menurun, harga diri menurun, perasaan bersalah, pesimis memandang masa depan, ide bunuh diri atau menyakiti diri sendiri, pola tidur berubah, dan nafsu makan menurun

GANGGUAN DEPRESI PADA LANSIA

Zhafiratul Lathifa, Aimmatun Dzulfi Farhani, dan ElvaWinda

Depresi diartikan sebagai suatu bentuk gangguan emosi yang menunjukkan perasaan tertekan, sedih, tidak bahagia, tidak berharga, tidak berarti, serta tidak mempunyai semangat, dan pesimis menghadapi masa depan. Hawari (1996) menyatakan bahwa depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa.

Lanjut usia merupakan tahap akhir pada setiap siklus kehidupan manusia. Batasan lansia adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Dalam Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, yang termasuk lansia adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Berdasarkan hasil Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) tahun 2013, jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,04 juta orang atau sekitar 8,05 persen dari seluruh penduduk Indonesia.

Seiring bertambahnya usia, banyak perubahan yang terjadi pada lansia, seperti: kehilangan pekerjaan, beresiko terkena penyakit, kesepian, dan lain sebagainya. Perubahan tersebut dapat membuat lansia mengalami perubahan mental, salah satunya adalah depresi. Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan tidur dan makan, kehilangan kesenangan, dan penurunan konsentrasi. Dampak terbesar yang sering terjadi akibat depresi adalah kualitas hidup yang menurun dan menghambat pemenuhan tugas-tugas perkembangan lansia (Stanley & Beare, 2006).

Kaplan, Harold, Sadock, dan Grebb (2010) mengungkapkan bahwa gejala depresi ditemukan pada 25% dari semua penduduk komunitas lanjut usia dan pasien rumah perawatan (*home nursing care*). Kerentanan seorang lansia terhadap kejadian depresi tidak

hanya dipengaruhi oleh faktor tunggal, namun multifaktorial, yaitu faktor biologis, fisis, psikologis, dan sosial. Deruma dan Sato (2003) dari *Kanazawa University* menyatakan terdapat hubungan antara depresi, gaya hidup, dan kualitas hidup lansia. Dalam penelitiannya, Deruma dan Sato (2003) membandingkan depresi, gaya hidup, dan kualitas hidup dengan kelompok jenis kelamin dan usia pada lansia yang berada di komunitas. Dari penelitian ditemukan bahwa depresi lebih rentan dialami oleh lansia wanita yang termasuk usia sangat tua serta terdapat hubungan antara depresi dengan kualitas hidup.

SIMPTOM GANGGUAN DEPRESI PADA LANSIA

Depresi merupakan gangguan psikologis yang paling umum terjadi pada tahun-tahun terakhir kehidupan individu. Lansia yang mengalami kesepian berkepanjangan, rentan terkena depresi. Usia lanjut yang mengalami kesepian perlu upaya untuk mengatasinya. Hal ini tidak berarti bahwa seseorang yang kesepian identik dengan keadaan depresi. Usia lanjut yang kesepian adalah mereka yang merasa tidak nyaman berada dalam lingkungan sosialnya, sementara orang depresi adalah orang yang merasa tidak nyaman dalam seluruh aspek kehidupannya (Suardiman, 2016).

Gejala utama depresi yaitu suasana perasaan hati murung atau sedih, hilang minat atau gairah, hilang tenaga, mudah lelah, konsentrasi menurun, harga diri menurun, perasaan bersalah, pesimis memandang masa depan, ide bunuh diri atau menyakiti diri sendiri, pola tidur berubah, dan nafsu makan menurun (Soejono, 2000). Lansia yang mengalami depresi akan mengakibatkan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya (Miller, 2004). Depresi bisa bersumber dari kesedihan dan kesepian yang berkepanjangan, seperti: kehilangan atau kematian pasangan hidup atau orang-orang yang dekat secara emosional, penderitaan yang sudah lama, bahkan oleh penyakit fisik yang cukup lama (Suardiman, 2016).

Menurut penelitian yang dilakukan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, mengungkapkan 70% dari lansia yang berusia di atas 60 tahun mengalami ketergantungan dengan orang lain. Banyak lansia yang depresi dan tidak bahagia bergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala depresi pada usia lanjut sulit dideteksi. Usia lanjut dengan depresi biasanya lebih menunjukkan keluhan fisik daripada keluhan emosi. Keluhan fisik sebagai akibat depresi kurang mudah untuk dikenali yang sering menyebabkan keterlambatan dalam penanganannya (Suardiman, 2016).

FAKTOR PENYEBAB GANGGUAN DEPRESI PADA LANSIA

Pada tahun 2006, sebanyak 10 persen dari lansia laki-laki dan 18 persen lansia perempuan Amerika Serikat melaporkan gejala depresi klinis (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2010). Faktor keturunan dapat menjelaskan 40 sampai 50 persen risiko depresi berat. Kerentanan ini sepertinya merupakan hasil dari pengaruh beberapa gen yang berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan, seperti hal-hal yang membuat stres, kesepian, dan penyalahgunaan zat-zat terlarang. Faktor risiko khusus pada masa lansia mencakup penyakit kronis atau keterbatasan, penurunan kognitif, perceraian, perpisahan, atau hidup sebagai janda/duda.

Depresi sering kali dibarengi dengan kondisi medis lainnya. Beberapa dokter ketika menangani berbagai penyakit mungkin memberikan depresi prioritas yang rendah dibandingkan dengan pengobatan fisik seperti diabetes maupun artritis. Padahal dalam sebuah penelitian pada 1.801 lansia dengan depresi klinis yang parah, setiap orangnya secara rata-rata memiliki 4 penyakit medis yang kronis. Depresi memainkan peran yang lebih penting dalam fungsi status mental, keterbatasan, dan kualitas hidup dibandingkan dengan kondisi yang lain. Karena depresi dapat mempercepat penurunan fisik yang disebabkan oleh penuaan, maka diagnosis yang akurat, pencegahan, dan pengobatan dapat membantu kebanyakan lansia

untuk hidup lebih lama dan tetap lebih aktif (Penninx, Leveille, & Ferrucci, 1998).

PENANGANAN GANGGUAN DEPRESI PADA LANSIA

Landreville, Landry, Baillargeon, Geurette, dan Matteau (2001) meneliti penerimaan orang lanjut usia terhadap penanganan psikologis dan farmakologis dari depresi. Terapi kognitif biblioterapi diketahui lebih diterima daripada obat-obatan antidepresan bagi individu yang mengalami simptom-simptom ringan hingga sedang. Bagi para pasien yang mengalami depresi parah, terapi kognitif diketahui lebih dapat diterima daripada biblioterapi dan obat-obatan antidepresan. Penelitian mengenai obat-obatan untuk menangani depresi pada orang lanjut usia tidak seekstensif pada orang-orang dewasa yang berusia lebih muda, namun bukti-bukti yang mengemuka menunjukkan bahwa beberapa antidepresan tertentu dapat bermanfaat, khususnya penghambat pengembalian serotonin seperti fluoksetin (Prozac) (Hale, 1993).

Gallagher dan Thompson (1983) membandingkan psikoterapi kognitif, behavioral, dan psikodinamika singkat bagi individu lanjut usia yang mengalami depresi. Ketiganya ternyata sama efektifnya dan dalam berbagai studi berikutnya sekitar tigaperempat pasien dinilai sembuh sepenuhnya atau mengalami perbaikan besar. Psikoterapi interpersonal (IPT) juga telah digunakan dengan berhasil untuk menangani depresi pada orang lanjut usia (Hinrichsen, 1999). Psikoterapi jangka pendek diarahkan pada tema-tema, seperti: kehilangan peran, transisi peran, dan kekecewaan interpersonal yang merupakan masalah-masalah penting dalam hidup banyak orang lanjut usia.

Terapi elektrokonvulsif menjadi pilihan di kalangan psikiater geriatrik (Hay, 1991), khususnya bagi para pasien yang memberikan respon positif terhadap terapi itu sebelumnya. Meskipun demikian, terapi elektrokonvulsif mengandung risiko besar dan selayaknya dipertimbangkan hanya jika berbagai penanganan lain tidak efektif,

mengandung kontraindikasi, atau bila diperlukan respons yang cepat (Zarit & Zarit, 1998).



GANGGUAN DISLEKSIA

Wilda Nadhlia

Martina Lisa

Gangguan dengan keterlambatan perkembangan keterampilan kognitif dalam bidang bahasa, bicara, matematika, atau motorik yang belum bisa dibuktikan dengan cacat fisik atau neurologis

GANGGUAN DISLEKSIA

Wilda Nadhlia dan Martina Lisa

Gangguan disleksia adalah salah satu bagian dari gangguan belajar spesifik dimana gangguan ini adalah gangguan dengan keterlambatan perkembangan keterampilan kognitif dalam bidang bahasa, bicara, matematika, atau motorik yang belum tentu bisa dibuktikan dengan cacat fisik atau neurologis. Disleksia juga dapat diartikan sebagai suatu kondisi pemrosesan input atau masukan informasi yang berbeda dari anak normal yang seringkali ditandai dengan kesulitan dalam membaca sehingga dapat mempengaruhi area kognisi seperti daya ingat, kecepatan pemrosesan input, kemampuan pengaturan waktu, aspek koordinasi, dan pengendalian gerak (Shaywitz, Morris, & Shaywitz 2008). Menurut Benasich, Thomas, Choudhury, dan Leppanen (2002), disleksia adalah kesulitan yang dialami oleh seseorang dalam menguraikan, membaca, dan memahami teks sehingga mengalami penderitaan hebat di sebuah masyarakat yang sangat memprioritaskan kefasihan membaca.

Selanjutnya, disleksia juga disebut sebagai bentuk kesulitan dalam mempelajari komponen-komponen kata dan kalimat yang secara historis menunjukkan perkembangan bahasa yang lambat dan hampir selalu bermasalah dalam menulis dan mengeja, serta kesulitan dalam mempelajari sistem representasional, seperti yang berkenaan dengan waktu, arah, dan masa. Seorang neurolog Inggris, McDonald Critchly, dalam bukunya berjudul *The Dyslexic Child* yang terbit pada 1970 menyebutkan bahwa disleksia merupakan salah satu bentuk gangguan belajar yang paling banyak ditemui. Dalam sebuah kelompok individu dengan gangguan belajar, 80% diantaranya mengidap disleksia. Disleksia bukanlah hal baru, gangguan ini pertama kali dilaporkan tahun 1896, kejadian disleksia di dunia berkisar 5-17% pada anak usia sekolah. Disleksia adalah gangguan yang paling sering terjadi pada masalah belajar, kurang

lebih 80% penderita gangguan belajar mengalami disleksia, diantaranya 5-10% anak-anak dan orang dewasa.

Di antara negara-negara yang mengalami masalah kesulitan belajar membaca, Indonesia termasuk salah satu negara yang memiliki masalah kesulitan belajar membaca. Secara nasional berdasarkan data Dinas Pendidikan, kemampuan membaca siswa SD di Indonesia masih rendah, indeksnya masih 3.5, jauh berada di bawah indeks Singapura yaitu 7.8. Sampel studi *Programme for International Students Assessment* [PISA] di Indonesia meliputi 7,355 siswa usia 15 tahun dari 290 sekolah menengah, menunjukkan sekitar 75.6% siswa Indonesia usia 15 tahun memiliki kemampuan membaca yang termasuk tingkat terendah secara internasional. Menurut data *Organization for Economic Cooperation and Development* [OECD], negara dengan kemampuan membaca tertinggi saat diukur pada 2006-2007, adalah Finlandia. Sedangkan negara yang mendapat skor terendah adalah Tunisia dengan indeks (374.62), kemudian disusul Indonesia (381.59), Meksiko (399.72), Brazil (402.80), dan Serbia (411.74).

Berdasarkan studi *Progress In International Reading Literacy Study* [PIRLS] dan *Internasional Association for the Evaluation of Educational Achievement* [IEA] dengan sampel penelitian 4,950 siswa dari 170 SD/MI swasta menunjukkan bahwa negara Indonesia termasuk memiliki tingkat kemampuan membaca rendah (Beacham, 2006). Fenomena tersebut lebih ironis lagi bila dialami anak berkebutuhan khusus yang mengalami kesulitan belajar, seperti anak dengan gangguan disleksia, dimana menurut Gillis (dalam Beacham, 2006) yang ditemukan dari hasil penelitiannya bahwa 50-100% orang disleksia bukan hanya sulit membaca, akan tetapi juga mempunyai kesulitan matematis.

SIMPTOM DAN CIRI DISLEKSIA

Dari pengertian yang sudah disebutkan di atas, disleksia masuk ke salah satu gangguan yang berhubungan dengan kesulitan dalam menganalisis abjad atau simbol yang disebabkan oleh fungsi susunan

syaraf yang tidak berfungsi maksimal. Bagi penderita disleksia sendiri, masalah membaca adalah salah satu masalah utama dimana masalah ini terletak pada kesulitan dalam menghubungkan antara kumpulan huruf dalam sebuah tulisan dengan kata-kata yang diketahui melalui ucapannya, anak disleksia bisa ditandai dengan kesalahan mengeja dan menulis (King, 2017).

Terdapat beberapa simptom berkaitan dengan kasus disleksia, diantaranya: (1) Pembalikan huruf dan kata, misalnya membalikan huruf *b* dengan *d*, *p* dengan *a*, *u* dengan *n*; kata *kuda* dengan *daku*, *palu* dengan *lupa*; (2) Peningkatan pada kata mengalami kesulitan atau tidak menentu (*eratik*); (3) Membaca ulang oral (secara lisan) tidak bertambah baik setelah menyusul, membaca tanpa suara (dalam hati), atau membaca oral (secara lisan) yang pertama; (4) Ketidaksanggupan menyimpan informasi dalam memori sampai waktu diperlukan; (5) Kesulitan dalam konsentrasi; (6) Koordinasi motorik tangan-mata lemah; (7) Kesulitan pada pengurutan; (8) Ketaksanggupan bekerja secara tepat, (9) Penghilangan tentang kata-kata dan frasa; (10) Kekacauan berkaitan dengan membaca secara lisan (oral), misalnya tak mampu membedakan antara *d* dan *p*; (11) Diskriminasi auditori lemah; (12) Miskin dalam sintaksis (ilmu tata bahasa), gagap, dan bicara terputus-putus; dan (13) Prestasi belajar dalam berhitung tinggi daripada dalam membaca dan mengeja.

Sedangkan ciri-ciri anak yang menderita disleksia menurut Fanu (2008) dalam bukunya yang berjudul *Deteksi Dini Masalah-Masalah Psikologis Anak* adalah membaca dengan amat lamban dan terkesan tidak yakin atas apa yang ia ucapkan; menggunakan jarinya untuk mengikuti pandangan matanya yang beranjak dari satu teks ke-teks berikutnya; melewatkan beberapa suku kata, frasa atau bahkan baris-baris dalam teks; menambahkan kata-kata atau frasa-frasa yang tidak ada dalam teks yang dibaca; membolak-balik susunan huruf atau suku kata dengan memasukkan huruf-huruf lain; salah melafalkan kata-kata dengan kata lainnya, sekalipun kata yang diganti tidak memiliki arti yang penting dalam teks yang dibaca; membuat kata-kata sendiri yang tidak memiliki arti; dan mengabaikan tanda-tanda baca.

FAKTOR PENYEBAB DISLEKSIA

Hingga saat ini para ahli neurologis belum dapat mengetahui fungsi otak manusia secara keseluruhan, baru beberapa bagian saja yang sudah dapat dikenali fungsinya secara pasti dan memiliki keterkaitan satu sama lain. Pada saat manusia melakukan kegiatan pemrosesan bahasa, aktivitas pada hemisfer bagian kiri akan tampak lebih besar daripada hemisfer bagian kanan, sedangkan pada orang yang mengalami gangguan disleksia aktivitas hemisfer kedua bagian menjadi sama besar (Devaraj, 2006).

Salah satu penyebab terhambatnya anak disleksia dalam melakukan pemrosesan bahasa adalah dikarenakan terjadinya pemusatan pada perjalanan syaraf penghubung atau *confusing traffic jam of nerve signal*, sehingga menjadikan proses penginformasian antar syaraf semakin lama (Devaraj, 2006). Secara etiologi diyakini oleh para pakar bahwa gangguan disleksia lebih disebabkan oleh faktor keturunan, 23 sampai 64 persen orang tua atau kerabat yang mengidap disleksia cenderung menjadi penyebab seseorang mengalami disleksia yang diturunkan melalui kromosom (Shaywitz *et al.*, 2008). Penemuan tersebut menjadi salah satu implikasi mengenai tanda kesulitan membaca pada anak disleksia yang dapat diturunkan dari orangtua atau kerabat yang juga mengalami gangguan disleksia. Berikut adalah berbagai pendapat mengenai penyebab gangguan disleksia pada anak.

1. Biologis

Di antara yang termasuk dalam kesulitan membaca yang disebabkan oleh faktor biologis, yaitu riwayat keluarga yang pernah mengalami disleksia, kehamilan yang bermasalah, serta masalah kesehatan yang cukup relevan.

2. Kognitif

Faktor kognitif yang dijadikan penyebab disleksia diantaranya yaitu pola artikulasi bahasa dan kurangnya kesadaran fonologi pada individu yang bersangkutan.

3. Perilaku

Faktor perilaku yang dapat dijadikan sebagai faktor penyebab disleksia yaitu masalah dalam hubungan sosial, stres yang merupakan implikasi dari kesulitan belajar, serta gangguan motorik. Sedangkan menurut Sidiarto (2007), penyebab anak mengalami keterlambatan atau kesulitan perkembangan membaca adalah karena anak lahir prematur dengan berat lahir rendah sehingga menyebabkan kerusakan otak yang berakibat pada kesulitan belajar atau gangguan pemusatan perhatian. Selain itu, anak dengan kelainan fisik, seperti: gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, atau anak dengan *cerebral palsy* akan mengalami kesulitan belajar membaca.

PERAWATAN DISLEKSIA

1. Strategi Peningkatan Pengenalan Kata dan Membaca Lancar

Strategi ini dilakukan dengan mengenalkan kata-kata kepada anak sehingga anak akan mengingat kata tersebut beserta bunyinya melalui kumpulan huruf yang merangkainya. Strategi peningkatan pengenalan kata dan membaca lancar dapat dilakukan dengan berbagai metode, seperti *phonic method* (metode menyebutkan suara huruf/mengeja), *basal reader* (membaca awal/dasar), *distar program*, dan *repeated reading* (mengulang bacaan) (Jamaris, 2014).

2. Program Membaca Khusus Kelas Remedial

Program ini mengacu pada pemberian remedial kepada anak-anak yang mengalami kesulitan membaca cukup berat sehingga anak memerlukan program khusus atau remedial agar kesulitan membaca

dapat diatasi secara efektif. Kelas khusus atau remedial membaca dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya adalah *Fernald Technique, Gillingham and Stillman Method, Hegge, Kirk and Kirk Method, dan Neurological Impress* (Jamaris, 2014).

3. Peningkatan Kemampuan Pemahaman Isi Bacaan

Berbagai strategi yang digunakan antara lain adalah membaca buku dongeng atau buku cerita, kognitif, strategi berbahasa, dan penerapan strategi/teknik KWL (*Know, What, Learn*) (Jamaris, 2014).

Menurut Abdurrahman (2009), ada beberapa metode pengajaran membaca bagi anak berkesulitan belajar, yaitu:

1. Metode Fernald

Fernald telah mengembangkan suatu metode pengajaran membaca multisensoris yang sering dikenal sebagai metode VAKT (*Visual, Auditory, Kinesthetic, and Tactile*).

2. Metode Gillingham

Metode Gillingham merupakan pendekatan terstruktur taraf tinggi yang memerlukan 5 jam pelajaran selama 2 tahun. Aktivitas pertama diarahkan pada belajar berbagai bunyi huruf dan perpaduan huruf-huruf tersebut. Anak menggunakan teknik menjiplak untuk mempelajari berbagai huruf, kemudian bunyi-bunyi tunggal huruf, selanjutnya dikombinasikan ke dalam kelompok-kelompok yang lebih besar, dan kemudian program fonik.

3. Metode Analisis Glass

Metode Analisis Glass merupakan suatu metode pengajaran melalui pemecahan sandi kelompok huruf dalam kata.

Coping Skills Wheel

9 Ways to Handle Big Emotions



STRATEGI *COPING* KELUARGA

Siti Maryam

Respon perilaku positif yang digunakan keluarga untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stress yang diakibatkan oleh suatu peristiwa tertentu

STRATEGI COPING KELUARGA

Siti Maryam

Banyaknya permasalahan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari membuat seseorang atau keluarga menjadi kebingungan dan stres. Sumber stres pada umumnya meliputi peristiwa yang sangat menekan secara terus-menerus, masalah-masalah hubungan jangka panjang, kesepian, dan kekhawatiran akan finansial karena kepala rumah tangga sebagai pencari nafkah menjadi korban bencana (Maryam, 2017).

Untuk mengatasi stres yang dialami, setiap keluarga dituntut untuk lebih konsentrasi dalam menyelesaikan berbagai masalah. Dengan demikian, keluarga perlu mengembangkan strategi adaptasi yang memadai yang disebut strategi "*coping*" (Östlund & Persson, 2014). Hal tersebut didukung oleh Friedman (1998) yang mengatakan bahwa "*coping*" keluarga adalah respon perilaku positif yang digunakan keluarga untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres yang diakibatkan oleh suatu peristiwa tertentu. Keluarga diharapkan mampu berperan dalam menyelesaikan masalah melalui strategi *coping* yang efektif. Apabila keluarga mampu melakukan "*coping*" dengan baik, maka akan berdampak positif terhadap keberfungsian keluarga (Sheidow, Henry, Tolan, & Strachan, 2014).

Coping adalah perilaku yang terlihat dan tersembunyi yang dilakukan seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan ketegangan psikologi dalam kondisi yang penuh stres (Yani, 1997). Menurut Syarafino (2002), *coping* adalah usaha untuk menetralisasi atau mengurangi stres yang terjadi. Dalam pandangan Haber dan Runyon (1984), *coping* adalah semua bentuk perilaku dan pikiran (negatif atau positif) yang dapat mengurangi kondisi yang membebani individu agar tidak menimbulkan stres.

Lazarus dan Folkman (1984) mengatakan bahwa keadaan stres yang dialami seseorang akan menimbulkan efek yang kurang menguntungkan baik secara fisiologis maupun psikologis. Individu tidak akan membiarkan efek negatif ini terus terjadi, oleh karena itu ia akan melakukan suatu tindakan untuk mengatasinya. Tindakan yang diambil individu dinamakan strategi *coping*. Strategi *coping* sering dipengaruhi oleh latar belakang budaya, pengalaman dalam menghadapi masalah, faktor lingkungan, kepribadian, konsep diri, faktor sosial, dan lain-lain.

Dari beberapa pengertian *coping* yang telah dikemukakan di atas dapat disimpulkan bahwa *coping* merupakan: (1) respon perilaku dan pikiran terhadap stres; (2) penggunaan sumber yang ada pada diri individu atau lingkungan sekitarnya; (3) pelaksanaannya dilakukan secara sadar oleh individu; dan (4) bertujuan untuk mengurangi atau mengatur konflik-konflik yang timbul dari diri pribadi dan di luar dirinya (*internal or external conflict*), sehingga dapat meningkatkan kehidupan yang lebih baik. Perilaku *coping* dapat juga dikatakan sebagai transaksi yang dilakukan individu untuk mengatasi berbagai tuntutan (internal dan eksternal) sebagai sesuatu yang membebani dan mengganggu kelangsungan hidupnya.

Strategi *coping* bertujuan untuk mengatasi situasi dan tuntutan yang dirasa menekan, menantang, membebani, dan melebihi sumber daya (*resources*) yang dimiliki. Sumber daya *coping* yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi strategi *coping* yang akan dilakukan dalam menyelesaikan berbagai permasalahan.

JENIS-JENIS STRATEGI *COPING*

Menurut Stuart dan Sundeen (1991) terdapat dua jenis mekanisme *coping* yang dilakukan individu yaitu *coping* yang berpusat pada masalah (*problem focused form of coping mechanism/direct action*) dan *coping* yang berpusat pada emosi (*emotion focused of coping/palliative form*). Yang termasuk mekanisme *coping* yang berpusat pada masalah adalah:

1. Konfrontasi adalah usaha-usaha untuk mengubah keadaan atau menyelesaikan masalah secara agresif dengan menggambarkan tingkat kemarahan serta pengambilan resiko.
2. Isolasi yaitu individu berusaha menarik diri dari lingkungan atau tidak mau tahu dengan masalah yang dihadapi.
3. Kompromi yaitu mengubah keadaan secara hati-hati, meminta bantuan kepada keluarga dekat dan teman sebaya, atau bekerja sama dengan mereka.

Sedangkan mekanisme *coping* yang berpusat pada emosi adalah sebagai berikut:

1. *Denial* yaitu menolak masalah dengan mengatakan hal tersebut tidak terjadi pada dirinya.
2. Rasionalisasi yaitu menggunakan alasan yang dapat diterima oleh akal dan diterima oleh orang lain untuk menutupi ketidakmampuan dirinya. Dengan rasionalisasi kita tidak hanya dapat membenarkan apa yang kita lakukan, tetapi juga merasa sudah selayaknya berbuat demikian secara adil.
3. Kompensasi yaitu menunjukkan tingkah laku untuk menutupi ketidakmampuan dengan menonjolkan sifat yang baik, karena frustrasi dalam suatu bidang maka dicari kepuasan secara berlebihan dalam bidang lain. Kompensasi timbul karena adanya perasaan kurang mampu.
4. Represi yaitu dengan melupakan masa-masa yang tidak menyenangkan dari ingatannya dan hanya mengingat waktu-waktu yang menyenangkan.
5. Sublimasi yaitu mengekspresikan atau menyalurkan perasaan, bakat, atau kemampuan dengan sikap positif.
6. Identifikasi yaitu meniru cara berpikir, ide, dan tingkah laku orang lain.
7. Regresi yaitu sikap seseorang yang kembali ke masa lalu atau bersikap seperti anak kecil.

8. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain atas kesulitannya sendiri atau melampiaskan kesalahannya kepada orang lain.
9. Konversi yaitu mentransfer reaksi psikologi ke gejala fisik.
10. *Displacement* yaitu reaksi emosi terhadap seseorang kemudian diarahkan kepada orang lain.

Lazarus dan Folkman (1984) juga secara umum membagi strategi *coping* menjadi dua macam, yakni:

1. Strategi *Coping* Berfokus Pada Masalah

Strategi *coping* berfokus pada masalah adalah suatu tindakan yang diarahkan kepada pemecahan masalah. Individu akan cenderung menggunakan perilaku ini bila dirinya menilai masalah yang dihadapinya masih dapat dikontrol dan dapat diselesaikan. Perilaku *coping* yang berpusat pada masalah cenderung dilakukan jika individu merasa bahwa sesuatu yang konstruktif dapat dilakukan terhadap situasi tersebut atau ia yakin bahwa sumberdaya yang dimiliki dapat mengubah situasi. Yang termasuk strategi *coping* berfokus pada masalah adalah:

- a) *Planful problem solving* yaitu bereaksi dengan melakukan usaha-usaha tertentu yang bertujuan untuk mengubah keadaan, diikuti pendekatan analitis dalam menyelesaikan masalah. Contohnya, seseorang yang melakukan *planful problem solving* akan bekerja dengan penuh konsentrasi dan perencanaan yang cukup baik serta mau merubah gaya hidupnya agar masalah yang dihadapi secara berlahan-lahan dapat terselesaikan.
- b) *Confrontative coping* yaitu bereaksi untuk mengubah keadaan yang dapat menggambarkan tingkat resiko yang harus diambil. Contohnya, seseorang yang melakukan *confrontative coping* akan menyelesaikan masalah dengan melakukan hal-hal yang bertentangan dengan aturan yang berlaku walaupun kadangkala mengalami resiko yang cukup besar.
- c) *Seeking social support* yaitu bereaksi dengan mencari dukungan dari pihak luar, baik berupa informasi, bantuan nyata, maupun

dukungan emosional. Contohnya, seseorang yang melakukan *seeking social support* akan selalu berusaha menyelesaikan masalah dengan cara mencari bantuan dari orang lain di luar keluarga seperti teman, tetangga, pengambil kebijakan, dan professional. Bantuan tersebut bisa berbentuk fisik dan non fisik.

2. Strategi Coping Berfokus Pada Emosi

Strategi *coping* berfokus pada emosi adalah melakukan usaha-usaha yang bertujuan untuk memodifikasi fungsi emosi tanpa melakukan usaha mengubah stressor secara langsung. Perilaku *coping* yang berpusat pada emosi cenderung dilakukan bila individu merasa tidak dapat mengubah situasi yang menekan dan hanya dapat menerima situasi tersebut karena sumberdaya yang dimiliki tidak mampu mengatasi situasi tersebut. Yang termasuk strategi *coping* berfokus pada emosi adalah:

- a) *Positive reappraisal* (memberi penilaian positif) adalah bereaksi dengan menciptakan makna positif yang bertujuan untuk mengembangkan diri termasuk melibatkan diri dalam hal-hal yang religius. Contohnya, seseorang yang melakukan *positive reappraisal* akan selalu berfikir positif dan mengambil hikmahnya atas segala sesuatu yang terjadi dan tidak pernah menyalahkan orang lain serta bersyukur dengan apa yang masih dimilikinya.
- b) *Accepting responsibility* (penekanan pada tanggung jawab) yaitu bereaksi dengan menumbuhkan kesadaran akan peran diri dalam permasalahan yang dihadapi, dan berusaha mendudukan segala sesuatu sebagaimana mestinya. Contohnya, seseorang yang melakukan *accepting responsibility* akan menerima segala sesuatu yang terjadi saat ini sebagaimana mestinya dan mampu menyesuaikan diri dengan kondisi yang sedang dialaminya.
- c) *Self controlling* (pengendalian diri) yaitu bereaksi dengan melakukan regulasi, baik dalam perasaan maupun tindakan. Contohnya, seseorang yang melakukan *coping* ini untuk penyelesaian masalah akan selalu berpikir sebelum berbuat

sesuatu dan menghindari untuk melakukan sesuatu tindakan secara tergesa-gesa.

- d) *Distancing* (menjaga jarak agar tidak terbelenggu oleh permasalahan). Contohnya, seseorang yang melakukan *coping* ini dalam penyelesaian masalah, terlihat dari sikapnya yang kurang peduli terhadap persoalan yang sedang dihadapi bahkan mencoba melupakannya seolah-olah tidak pernah terjadi apa-apa.
- e) *Escape avoidance* (menghindarkan diri) yaitu menghindar dari masalah yang dihadapi. Contohnya, seseorang yang melakukan *coping* ini untuk penyelesaian masalah, terlihat dari sikapnya yang selalu menghindar dan bahkan sering kali melibatkan diri ke dalam perbuatan yang negatif, seperti tidur terlalu lama, minum obat-obatan terlarang, dan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain.

Jenis *coping* mana yang akan digunakan dan bagaimana dampaknya, sangat tergantung pada jenis stres atau masalah yang dihadapi (Evans & Kim, 2013). Pada situasi yang masih dapat berubah secara konstruktif (seperti mengalami kelaparan akibat bencana) strategi yang digunakan adalah *problem focused*. Pada situasi yang sulit seperti kematian pasangan, strategi *coping* yang dipakai adalah *emotion focused*, karena diharapkan individu lebih banyak berdo'a, bersabar, dan tawakkal. Keberhasilan atau kegagalan dari *coping* tersebut akan menentukan apakah reaksi terhadap stres akan menurun dan terpenuhinya berbagai tuntutan yang diharapkan (Rutter, 2013; Compas, et al., 2014).

Menurut Friedman (1998), terdapat dua tipe strategi *coping* keluarga, yaitu internal atau *intrafamilial* dan eksternal atau *ekstrafamilial*. Ada tujuh strategi *coping* internal, yaitu:

- a) Mengandalkan kemampuan sendiri dari keluarga. Untuk mengatasi berbagai masalah yang dihadapinya, keluarga seringkali melakukan upaya untuk menggali dan mengandalkan sumberdaya yang dimiliki. Keluarga melakukan strategi ini dengan membuat struktur dan organisasi dalam keluarga,

yakni dengan membuat jadwal dan tugas rutinitas yang dipikul oleh setiap anggota keluarga yang lebih ketat. Hal ini diharapkan setiap anggota keluarga dapat lebih disiplin dan patuh, mereka harus memelihara ketenangan dan dapat memecahkan masalah, karena mereka yang bertanggung jawab terhadap diri mereka sendiri.

- b) Penggunaan humor. Menurut Hott (dalam Friedman, 1998), perasaan humor merupakan aset yang penting dalam keluarga karena dapat memberikan perubahan sikap keluarga terhadap masalah yang dihadapi. Humor juga diakui sebagai suatu cara bagi seseorang untuk menghilangkan rasa cemas dan stres.
- c) Musyawarah bersama (memelihara ikatan keluarga). Cara untuk mengatasi masalah dalam keluarga adalah adanya waktu untuk bersama-sama dalam keluarga, saling mengenal, membahas masalah bersama, makan malam bersama, adanya kegiatan bersama keluarga, beribadah bersama, bermain bersama, bercerita pada anak sebelum tidur, menceritakan pengalaman pekerjaan maupun sekolah sehingga tidak ada jarak diantara anggota keluarga. Cara seperti ini dapat membawa keluarga lebih dekat satu sama lain dan memelihara serta dapat mengatasi tingkat stres, ikut serta dengan aktivitas setiap anggota keluarga merupakan cara untuk menghasilkan suatu ikatan yang kuat dalam sebuah keluarga.
- d) Memahami suatu masalah. Salah satu cara untuk menemukan *coping* yang efektif adalah menggunakan mekanisme mental dengan memahami masalah yang dapat mengurangi atau menetralkan secara kognitif terhadap bahaya yang dialami. Menambah pengetahuan keluarga merupakan cara yang paling efektif untuk mengatasi stresor yaitu dengan keyakinan yang optimis dan penilaian yang positif. Menurut Folkman *et al.* (Friedman, 1998), keluarga yang menggunakan strategi ini cenderung melihat segi positif dari suatu kejadian yang penyebab stres.
- e) Pemecahan masalah bersama. Pemecahan masalah bersama dapat digambarkan sebagai suatu situasi dimana setiap

anggota keluarga dapat mendiskusikan masalah yang dihadapi secara bersama-sama dengan mengupayakan solusi atas dasar logika, petunjuk, persepsi, dan usulan dari anggota keluarga yang berbeda untuk mencapai suatu kesepakatan.

- f) Fleksibilitas peran. Fleksibilitas peran merupakan suatu strategi *coping* yang kokoh untuk mengatasi suatu masalah dalam keluarga. Pada keluarga yang berduka, fleksibilitas peran adalah sebuah strategi *coping* fungsional yang penting untuk membedakan tingkat berfungsinya sebuah keluarga.
- g) Normalisasi. Yaitu salah satu strategi *coping* keluarga yang biasa dilakukan untuk menormalkan keadaan sehingga keluarga dapat melakukan *coping* terhadap sebuah stressor jangka panjang yang dapat merusak kehidupan dan kegiatan keluarga. Knafel dan Deatrick (dalam Friedman, 1998) mengatakan bahwa normalisasi merupakan cara untuk mengkonseptualisasikan bagaimana keluarga mengelola ketidakmampuan seorang anggota keluarga, sehingga dapat menggambarkan respons keluarga terhadap stres.

Sedangkan strategi *coping* eksternal ada empat yaitu:

- a) Mencari informasi. Keluarga yang mengalami masalah memberikan respons secara kognitif dengan mencari pengetahuan dan informasi yang berhubungan dengan stresor. Hal ini berfungsi untuk mengontrol situasi dan mengurangi perasaan takut terhadap orang yang tidak dikenal dan membantu keluarga menilai stressor secara lebih akurat.
- b) Memelihara hubungan aktif dengan komunitas. *Coping* ini berbeda dengan *coping* yang menggunakan sistem dukungan sosial. *Coping* ini merupakan suatu *coping* keluarga yang berkesinambungan, jangka panjang, dan bersifat umum, bukan sebuah *coping* yang dapat meningkatkan stresor spesifik tertentu. Dalam hal ini anggota keluarga adalah pemimpin keluarga dalam suatu kelompok, organisasi, dan kelompok komunitas.

- c) Mencari pendukung sosial. Mencari pendukung sosial dalam jaringan kerja sosial keluarga merupakan strategi *coping* keluarga eksternal yang utama. Pendukung sosial ini dapat diperoleh dari sistem kekerabatan keluarga, kelompok profesional, para tokoh masyarakat, dan lain-lain yang didasarkan pada kepentingan bersama. Menurut Caplan (dalam Friedman, 1998), terdapat tiga sumber umum dukungan sosial yaitu penggunaan jaringan dukungan sosial informal, penggunaan sistem sosial formal, dan penggunaan kelompok-kelompok mandiri. Penggunaan jaringan sistem dukungan sosial informal biasanya diberikan oleh kerabat dekat dan tokoh masyarakat. Penggunaan sistem sosial formal dilakukan oleh keluarga ketika keluarga gagal untuk menangani masalahnya sendiri, maka keluarga harus dipersiapkan untuk beralih kepada profesional bayaran untuk memecahkan masalah. Penggunaan kelompok mandiri sebagai bentuk dukungan sosial dilakukan melalui organisasi.
- d) Mencari dukungan spiritual. Beberapa studi mengatakan keluarga berusaha mencari dukungan spiritual anggota keluarga untuk mengatasi masalah. Kepercayaan kepada Tuhan dan berdoa merupakan cara paling penting bagi keluarga dalam mengatasi stres.

SUMBERDAYA *COPING*

Sumberdaya *coping* dapat diartikan segala sesuatu yang dimiliki keluarga, baik bersifat fisik dan non fisik untuk membangun perilaku *coping* (Allen, Zebrack, Wittman, Hammelef & Morris, 2014; Hand, Hicks & Bahr, 2015). Sumberdaya *coping* tersebut bersifat subjektif sehingga perilaku *coping* bisa bervariasi pada setiap orang (Maschi, Viola, Morgen, & Koskinen, 2015). Menurut Lazarus dan Folkman (1984), cara seseorang atau keluarga melakukan strategi *coping* tergantung pada sumberdaya yang dimiliki. Adapun sumberdaya tersebut antara lain:

- a) Kondisi kesehatan. Sehat didefinisikan sebagai status kenyamanan menyeluruh dari jasmani, mental, dan sosial, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kecacatan. Kesehatan mental diartikan sebagai kemampuan berpikir jernih dan baik, dan kesehatan sosial memiliki kemampuan untuk berbuat dan mempertahankan hubungan dengan orang lain. Kesehatan jasmani adalah dimensi sehat yang nyata dan memiliki fungsi mekanistik tubuh. Kondisi kesehatan sangat diperlukan agar seseorang dapat melakukan *coping* dengan baik agar berbagai permasalahan yang dihadapi dapat diselesaikan dengan baik (Peters, Adam, Alonge, Agyepong, & Tran, 2014).
- b) Kepribadian adalah perilaku yang dapat diamati dan mempunyai ciri-ciri biologi, sosiologi, dan moral yang khas baginya yang dapat membedakannya dari kepribadian yang lain (Littauer, 2002). Pendapat lain menyatakan bahwa kepribadian adalah ciri, karakteristik, gaya, atau sifat-sifat yang memang khas dikaitkan dengan diri seseorang. Dapat dikatakan bahwa kepribadian itu bersumber dari bentukan-bentukan yang terima dari lingkungan, misalnya bentukan dari keluarga pada masa kecil dan juga bawaan sejak lahir. Misalnya orang tua membiasakan anak untuk menyelesaikan pekerjaannya sendiri, menyelesaikan setiap permasalahan bersama-sama, tidak mudah tersinggung/marah, dan harus selalu bersikap optimis. Menurut Maramis (1998), kepribadian dapat digolongkan menjadi dua yaitu: (a) *Introvert*, adalah orang yang suka memikirkan tentang diri sendiri, banyak fantasi, lekas merasakan kritik, menahan ekspresi emosi, lekas tersinggung dalam diskusi, suka membesarkan kesalahannya, analisis dan kritik terhadap diri sendiri, dan pesimis; dan (b) *Extrovert*, adalah orang yang melihat kenyataan dan keharusan, tidak lekas merasakan kritikan, ekspresi emosinya spontan, tidak begitu merasakan kegagalan, tidak banyak mengadakan analisis dan kritik terhadap diri sendiri, terbuka, suka berbicara, dan optimis.

- c) Konsep diri. Menurut Maramis (1998), konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan pendirian seseorang dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain, misalnya orang tua yang menginginkan anak-anaknya tetap sekolah walaupun dalam keadaan darurat, sehingga berupaya keras mencarikan sekolah untuk anaknya.
- d) Dukungan sosial adalah adanya keterlibatan orang lain dalam menyelesaikan masalah. Individu melakukan tindakan kooperatif dan mencari dukungan dari orang lain, karena sumberdaya sosial menyediakan dukungan emosional, bantuan nyata, dan bantuan informasi. Menurut Holahan dan Moos (1987), orang yang mempunyai cukup sumberdaya sosial cenderung menggunakan strategi *problem-focused coping* dan menghindari strategi *avoidance coping* dalam menyelesaikan berbagai masalah.
- e) Aset ekonomi. Keluarga yang memiliki aset ekonomi akan mudah dalam melakukan *coping* untuk penyelesaian masalah yang sedang dihadapi. Namun demikian, tidak berimplikasi terhadap bagaimana keluarga tersebut dapat menggunakannya (Lazarus & Folkman, 1984). Menurut Bryant (1990) aset adalah sumberdaya atau kekayaan yang dimiliki keluarga. Aset akan berperan sebagai alat pemuas kebutuhan. Oleh karena itu, keluarga yang memiliki banyak aset cenderung lebih sejahtera jika dibandingkan dengan keluarga yang memiliki aset terbatas.



GANGGUAN AILUROPHOBIA

Fadli A.Gani

Salah satu tipe gangguan *specific phobia* yang ditandai dengan adanya ketakutan irasional (*irrational thinking*) dan berlebihan (*unproportional*) terhadap kucing

GANGGUAN AILUROPHOBIA

Fadli A.Gani

DEFINISI AILUROPHOBIA

Di Indonesia, kucing liar ditemukan di permukiman, perkampungan nelayan, kawasan bisnis, dan tempat pelelangan ikan. Umumnya, kucing liar ditemukan di sekitar kedai makanan tepi jalan. Wilayah tersebut juga merupakan tempat yang seringkali dikunjungi individu dewasa awal (berusia 20 tahun ke atas) yang menghabiskan waktu bersama teman-temannya (Harrison & Morgan, 2005). Besarnya populasi kucing tidak sebanding dengan banyaknya jumlah penampungan hewan liar, khususnya kucing. Selain itu, masyarakat khawatir kucing akan mencakarnya atau mencakar benda-benda di sekitarnya, membuat terkejut, senang mencuri makanan, membuang kotoran di berbagai tempat, dan mengotori tempat dengan bulu-bulunya. Hal-hal ini meresahkan seseorang yang mengalami fobia terhadap kucing.

Ailurophobia merupakan ketakutan pada kucing atau fobia kucing. Ailurophobia berasal dari bahasa Yunani yaitu *ailouros* yang bermakna kucing dan *phobos* yang bermakna ketakutan. Ailurophobia adalah salah satu tipe gangguan *specific phobia* yang ditandai dengan adanya ketakutan irasional (*irrational thinking*) dan berlebihan (*unproportional*) terhadap kucing. Bagi penderita ailurophobia, kucing benar-benar membuat mereka takut. Bagi yang tidak mengalami fobia kucing, menilai bahwa ketakutan yang penderita alami tidak wajar. Setiap orang memiliki rasa takut terhadap sesuatu termasuk kucing, hal tersebut merupakan sesuatu yang wajar dan emosi yang normal. Beberapa hal yang memberikan potensi penyebab takut terhadap kucing adalah bulu kucing yang bisa menjadi tempat berkembangnya virus toxoplasma. Seseorang yang mengalami ketakutan terhadap kucing belum tentu mengalami ailurophobia karena bisa jadi hanya karena jijik, risih, atau takut

terhadap virus toxoplasma, tidak sampai memberikan respon yang berlebihan seperti menangis, pingsan, berkeringat, dan jantung berdebar berlebihan, atau selalu menghindari kucing. Seseorang mengalami ailurophobia bila mengalami ketakutan yang sangat berlebihan, menetap, dan ada penurunan dalam kehidupan sosial atau pekerjaannya akibat ailurophobia yang dialami.

PENYEBAB AILUROPHOBIA

Diperkirakan terdapat 20% dari orang di seluruh dunia yang memiliki ketakutan terhadap binatang. Ketakutan pada hewan yang tidak membahayakan termasuk fobia pada binatang. Ailurophobia merupakan jenis ketakutan yang paling sering ada. Penyebab ailurophobia ini bermacam-macam, bisa dikarenakan pengalaman masa lalu mengenai kucing, misalnya pernah dicakar sampai berdarah oleh seekor kucing saat masih kecil, sehingga hal tersebut menjadi trauma dan menganggap bahwa kucing adalah hewan yang berbahaya. Penyebab lain bisa muncul akibat melihat respon orang di sekitarnya yang takut terhadap kucing, sehingga cenderung meniru ekspresi ketakutan terhadap kucing. Hal ini mungkin terjadi pada waktu usia anak-anak, dimana anak cenderung memperhatikan dan meniru perilaku orang di sekitarnya. Berikut adalah beberapa penjelasan psikologis mengenai penyebab ailurophobia.

1. Penyebab predisposisi (*predisposing causes*), penyebab yang sifatnya predisposisi atau kondisi yang rentan terhadap adanya gangguan tertentu. Penelitian longitudinal menyatakan bahwa anak-anak tertentu memiliki predisposisi konstitusional terhadap fobia karena mereka lahir memiliki temperamen negatif yang disebut dengan inhibisi perilaku terhadap yang tidak dikenal (*behavioral inhibition to the unfamiliar*). Tekanan dari lingkungan harus ada untuk mengaktifkan temperamen tersebut, seperti kucing yang mengancam (*traumatic event*) karena menggigit atau mencakar dan menimbulkan dampak ketakutan. Faktor ini seringkali disebut orang awam sebagai

"memang dasarnya orangnya penakut jadi kena sesuatu yang sedikit mengancam langsung takut".

2. Penyebab aktual (*precipitating causes*), merupakan suatu kondisi yang secara langsung bertindak sebagai pencetus/pemicu gangguan. Misalnya mengalami kejadian yang menakutkan saat berinteraksi dengan kucing, mendengar cerita menyeramkan dari orang lain tentang kucing, atau melihat orang lain mengalami sesuatu yang tidak menyenangkan dengan kucing.
3. Penyebab penguat (*reinforcing causes*), kondisi yang cenderung memperkuat gangguan. Misalnya membiarkan gangguan terus berlangsung, menganggap sebagai bukan masalah, sehingga gangguan tetap ada dan akan bisa berkembang. Contoh nyatanya selalu berusaha untuk menghindari berinteraksi dengan kucing, baik melalui bentuk gambar kucing atau kucing secara nyata.

Penderita ailurophobia memiliki penyimpangan pemikiran bahwa kucing memberikan ancaman. Penyimpangan pemikiran ini muncul setelah mengalami kejadian yang terkait dengan kucing yang mereka maknakan sebagai situasi yang mengancam atau tidak menyenangkan bagi mereka. Pemikiran ini tidak harus akibat interaksi tidak menyenangkan secara langsung dengan kucing, tetapi juga dapat dengan mendengar atau melihat orang lain mengalami peristiwa tidak menyenangkan dengan kucing. Muncullah keyakinan (*belief*) bahwa kucing adalah ancaman yang harus dihindari. Kemudian mereka menilai bahwa semua kucing ataupun hal-hal yang berkaitan dengan kucing menakutkan. Sehingga saat berhadapan dengan kucing, penderita ailurophobia selalu merasa kucing tersebut mengancam bagi mereka dan muncullah respon-respon yang berlebihan dan tidak adaptif.

GEJALA AILUROPHOBIA

Gejala-gejala yang tampak pada penderita ailurophobia, yaitu:

1. Reaksi ketakutan ketika melihat kucing.

2. Reaksi panik dan cemas ketika melihat kucing.
3. Berusaha menghindar ketika bertemu kucing.
4. Lari atau bertingkah mempertahankan diri seolah kucing akan menyerangnya.
5. Ciri fisik lainnya yaitu jantung berdebar kencang, pernafasan meningkat, pusing, mual, gemetaran, atau bulu kuduk berdiri.
6. Tindakan tidak terkendali, seperti tiba-tiba meloncat atau berteriak ketika menyadari ada kucing di dekatnya.
7. Terlihat waspada ketika berada di tempat ramai yang terdapat kucing, misalnya pasar, kantin, atau tempat umum lainnya.
8. Menghindari tayangan tentang kucing di televisi, di majalah, bahkan menghindari rumah saudara yang memelihara kucing.
9. Tubuh seketika kaku ketika menyadari ada kucing di dekatnya.
10. Tidak suka membicarakan tentang kucing.

Gejala-gejala di atas tidak semuanya terjadi pada ailurophobia. Ailurophobia juga memiliki tingkat keparahan, ada yang respon berlebihannya berupa menghindar, berteriak, menangis, *offense*, atau lainnya. Gejala-gejala tersebut tidak semuanya selalu dimiliki oleh penderita, namun memungkinkan hanya beberapa gejala saja.

CARA MENGATASI AILUROPHOBIA

Meskipun beberapa bentuk fobia tidak bisa diatasi dengan mudah, namun ketika fobia sudah mengganggu aktivitas sebaiknya segera dilakukan terapi atau penanganan. Seseorang yang memiliki fobia terhadap suatu benda tertentu bukanlah hal yang salah, namun dalam psikologis hal tersebut dapat dikatakan sebagai gangguan. Pada umumnya dan secara rasional hewan kucing tidak cukup berbahaya dan tidak mengancam nyawa, namun ketakutan yang muncul dari imajinasi seseorang dengan ailurophobia mampu mengalahkan alasan rasional tersebut. Berikut ini adalah beberapa cara mengatasi ailurophobia.

1. Latihan Terekspos Dengan Kucing

Coba biasakan diri untuk menerima kehadiran sosok kucing melalui gambar ataupun video. Ini merupakan langkah awal yang perlu dicoba, karena penderita juga tidak benar-benar bertemu dengan kucing. Penggunaan media bergambar kucing ini bisa mempengaruhi atau merubah persepsi menakutkan pada kucing. Coba pandangi gambar kucing dengan ras dan jenis yang berbeda-beda. Letakkan gambar-gambar kucing di dinding rumah atau tempat-tempat tertentu yang sering dilewati. Tontonlah video-video lucu aksi kucing melalui televisi atau *smartphone*.

2. Kendalikan Perilaku Yang Tidak Terkontrol

Dianjurkan bagi ailurophobia untuk mencoba mengurangi tindakan menghindar dari kucing atau tindakan memproteksi diri yang berlebihan. Hindari perasaan waspada ketika bertemu dengan kucing di tempat umum. Tarik nafas dalam dan manipulasi pikiran untuk tetap tenang jika bertemu dengan kucing tiba-tiba. Biasakan untuk menahan diri dan tidak bersikat berlebihan, misalnya berlari, berjalan menjauh, pindah tempat duduk, atau lainnya. Upayakan untuk memberikan respon biasa saja ketika bertemu kucing dan anggapan kehadirannya tidak dapat mengganggu aktivitas.

3. Ubah Cara Pandang Terhadap Kucing

Pengalaman masa lalu yang menakutkan berhubungan dengan kucing telah menjadi fobia atau menimbulkan rasa takut ini. Maka untuk bisa mengatasinya, pertama penderita perlu mengetahui alasan atau sumber ketakutan yang muncul. Apakah ketakutan itu dikarenakan takut dilukai atautkah perasaan takut karena alasan lain. Kemudian, ubahlah *mindset* atau pandangan terhadap kucing. Berpikirlah secara rasional bahwa kucing bukanlah hewan yang berbahaya. Kucing adalah hewan lucu, manja, dan imut. Melalui pemikiran-pemikiran seperti itu, maka anggapan mengenai kucing bisa diubah sedikit demi sedikit. Hal ini mungkin sulit dan perlu adanya opini-opini tambahan dari banyak orang lain di sekitar

penderita untuk memberikan kepastian bahwa ketakutan yang dialaminya adalah gangguan. Fobia kucing bukanlah hal yang dibenarkan karena alasan yang tidak rasional. Dukungan dan waktu lebih sangat diperlukan untuk melatih keberanian menghadapi kucing.

4. Konsultasikan Dengan Psikolog

Apabila perasaan takut ini sudah terlalu berlebihan, konsultasi dengan ahli psikologi atau psikolog mungkin diperlukan. Ketakutan yang berlebihan bisa terlihat dari gejala ketakutan sampai mengigau, berteriak, atau perilaku menyimpang lainnya. Dalam kondisi kronik, penderita mungkin tetap merasa takut bahkan ketika dirinya tidak kontak dengan kucing dan berada di dalam rumah atau tempat yang aman. Imajinasi tentang kucing terus terngiang di pikiran penderita dan tidak mampu dihapuskan dengan mudah.

5. Jalani Hipnoterapi

Terapi pikiran dengan menggunakan hipnoterapi kini sudah banyak dikenal orang. Cara ini termasuk cara mudah dan instan untuk mengurangi ketakutan terhadap kucing. Terapi ini dilakukan oleh terapis profesional yang sudah terlatih dimana diawali dengan konsultasi dan kemudian terapis merubah persepsi negatif tentang kucing melalui alam bawah sadar pasien. Ketika terapi selesai, persepsi pasien mengenai kucing akan berubah dan respon perilakunya menjadi lebih tenang ketika bertemu kucing. Perubahan ini mungkin tidak terjadi secara langsung, namun perlahan akan berkurang. Adakalanya hipnoterapi perlu dilakukan beberapa kali agar terapi benar-benar efektif.

6. Lakukan Interaksi Dengan Kucing

Cara lainnya yaitu dengan mencoba berinteraksi langsung dengan kucing. Interaksi ini dilakukan perlahan-lahan dengan mengamati seekor kucing dari jarak tertentu. Setelah melalui tahap

pengamatan, memberikan makanan kucing, duduk di sebelah kucing, mendatangi teman yang memelihara kucing, dan kemudian perlahan mencoba menyentuh kucing. Interaksi semacam itu mungkin sangat sulit dilakukan oleh ailurophobia, sehingga penderita perlu menahan, menjaga sikap, dan mencoba merilekskan tubuh dan pikirannya ketika mencobanya.

7. Cari Tahu Tentang Kucing

Sempatkan waktu untuk mencari tahu tentang kucing. Tanyakan pada teman-teman yang menyukai kucing, apa kelebihan dari hewan kucing yang membuatnya suka. Mintalah pecinta kucing untuk bercerita kelucuan kucing yang menggemaskan dan dari sudut pandang seperti apa bahwa orang sangat menyukai kucing. Pahami ketertarikan mereka terhadap kucing dan cobalah untuk terbuka dan merubah persepsi pribadi. Cari tahu perbedaan kucing dan spesialisasi dari kucing. Cari sebanyak-banyaknya informasi dari orang pecinta kucing dan perhatikan respon mereka yang bahagia ketika bercerita mengenai kucing.



GANGGUAN DEMENSIA

Rahmaini Fahmi

Cabang psikologi yang berkepentingan untuk menyelidiki penyakit atau gangguan mental dan gejala-gejala abnormal lainnya

GANGGUAN DEMENSIA

Rahmaini Fahmi

PREVALENSI DEMENSIA

Berdasarkan data dari *World Population Prospects: The 2015 Revision*, pada tahun 2015 terdapat 901.000.000 orang berusia 60 tahun atau lebih, yang terdiri atas 12% dari jumlah populasi global. Pada tahun 2015 dan 2030, jumlah orang berusia 30 tahun atau lebih diperkirakan akan tumbuh sekitar 56%, dari 901 juta menjadi 1.4 milyar, dan pada tahun 2050 populasi lansia diperkirakan lebih dua kali lipat dari tahun 2015, yaitu mencapai 2.1 milyar, 80% diantaranya tinggal di negara-negara berkembang termasuk Indonesia.

Asia menempati urutan pertama dengan populasi lansia terbesar, dimana pada tahun 2015 terdapat sebanyak 508 juta populasi lansia, menyumbang 56% dari total populasi lansia di dunia. Sejak tahun 2000, presentase penduduk lansia Indonesia melebihi 7%. Berdasarkan hasil Susenas tahun 2014, jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,24 juta orang atau sekitar 8,03% dari seluruh penduduk Indonesia. Data tersebut menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan hasil Sensus Penduduk tahun 2010 yaitu 18,1 juta orang atau 7,6% dari total jumlah penduduk.

Seiring dengan meningkatnya jumlah lansia di dunia maupun di Indonesia, maka pasti akan diikuti juga dengan meningkatnya penyakit degeneratif otak yang menurunkan fungsi kognitif dan produktifitas lansia. Penyebab penurunan fungsi kognitif yang utama pada lansia adalah penyakit demensia. Setiap tiga detik seseorang mengalami demensia di dunia. Diperkirakan ada 46,8 juta orang di seluruh dunia yang hidup dengan demensia pada 2015 dan jumlah ini diyakini mendekati 50 juta orang pada 2017. Jumlah ini hampir dua kali lipat setiap 20 tahun, mencapai 75 juta pada 2030 dan 131,5 juta pada 2050. Sebagian besar peningkatannya ada di negara-negara

berkembang. Terdapat 58% penderita demensia tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah, tetapi pada tahun 2050 ini akan naik menjadi 68%. Pertumbuhan tercepat dalam populasi lansia terjadi di Cina, India, dan tetangga mereka di Asia Selatan dan Pasifik Barat.

Hasil perkiraan prevalensi demensia di Indonesia menurut laporan *World Alzheimer* bahwa pada tahun 2015 ada lebih dari 556.000 orang dengan demensia di Indonesia. Pada tahun 2030 diperkirakan jumlahnya akan meningkat menjadi hampir 2,3 juta. Kurang dari empat tahun Indonesia akan memiliki struktur penduduk yang tua, yaitu persentase penduduk yang berusia 60 tahun atau lebih paling tidak 10%.

DEFINISI DEMENSIA

Demensia adalah istilah umum yang menggambarkan gejala menurunnya fungsi otak manusia atau deteriorasi kognitif dimana seiring bertambahnya usia, sel-sel otak pada penderita demensia akan mati dengan cepat dan diikuti dengan menyusutnya volume otak, sehingga hal ini menyebabkan kerusakan yang parah pada otak. Orang yang menderita demensia akan mendapat masalah dengan pemahaman mereka, daya ingat, kemampuan berbicara, memahami informasi, menilai, dan memberi perhatian. Kebanyakan penderita demensia adalah mereka yang berusia lanjut, namun demensia bukanlah bagian normal dari proses penuaan, dan tidak semua lansia menderita demensia.

Ada berbagai macam penyakit yang dapat menyebabkan demensia. Gejala-gejala yang dialami oleh penderita demensia dapat berbeda, tergantung dari kerusakan otak yang dialami sebagai akibat dari penyakit yang dapat menyebabkan demensia. Orang yang mengalami *stroke* mungkin tidak menyadari bahwa pembuluh darah dan sel-sel otak mereka sudah rusak sehingga memiliki faktor resiko yang lebih tinggi terkena demensia. Dokter akan membuat diagnosa demensia jika dua atau lebih fungsi kognitif yang terganggu.

Kita percaya bahwasanya daya ingat akan menurun seiring dengan bertambahnya usia, namun ada sejumlah keadaan yang menimbulkan gejala-gejala demensia, seperti kehilangan ingatan jangka pendek, sering melupakan percakapan atau janji, kesulitan dalam melakukan tugas sehari-hari, kesulitan dalam berkomunikasi (berbahasa) dengan orang lain, disorientasi pada orang, tempat dan waktu, tidak bisa mengenali anggota keluarga, dan perubahan kepribadian.

JENIS-JENIS DEMENSIA

Beberapa bentuk demensia yang paling umum, yaitu Alzheimer, Demensia Vaskular, *Lewy Body*, dan Demensia Frontotemporal. Penyakit Alzheimer adalah bentuk demensia yang paling umum, 60 hingga 70% alzheimer adalah penyebab kasus demensia. Orang dengan Alzheimer biasanya ditandai dengan kesulitan mengingat berbagai hal di sekitarnya dan bersifat progresif, yaitu bertahap dari waktu ke waktu yang menyebabkan lebih banyak bagian otak yang rusak.

Demensia vaskuler adalah kerusakan daya kognitif yang disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah di otak, demensia tipe ini merupakan tipe paling umum kedua setelah alzheimer. Kebanyakan demensia vaskuler terjadi dipicu oleh *stroke* dimana terjadi penebalan pada otak yang melemahkan sirkulasi sehingga menyebabkan kematian sel, 20% dari penderita demensia termasuk kedalam kategori ini.

Lewy body adalah gumpalan-gumpalan protein alpha-synuclein yang abnormal yang berkembang di dalam sel-sel syaraf manusia. Penyakit *lewy body* ini ditandai dengan adanya *lewy body* di tempat-tempat tertentu di otak, sehingga menyebabkan perubahan dalam berpikir dan berperilaku. Orang dengan penyakit *lewy body* dapat berperilaku hampir normal dan kemudian menjadi kebingungan dalam waktu yang singkat. Mereka akan mengalami halusinasi visual sebagai gejala umum yang terjadi. Penyakit ini bisa saja terjadi bersamaan dengan alzheimer atau demensia vaskuler.

Demensia frontotemporal merupakan tipe demensia yang mencakup 10% dari semua kasus demensia. Demensia frontotemporal ini berhubungan dengan kerusakan otak pada bagian depan (frontal) atau temporal dari lobus otak secara berangsur-angsur. Pada dasarnya, bagian lobus frontal dari otak manusia menguasai kemampuan menilai dan tingkah laku, orang yang mengalami demensia frontotemporal ditandai dengan perubahan perilaku dan kepribadian yang ekstrem. Mereka tidak dapat mengontrol keinginan mereka sehingga dapat berperilaku tidak sopan, mengabaikan pekerjaan sehari-hari, agresif, dan tidak dapat mengendalikan diri atau bertindak ceroboh.

PREVALENSI DEMENSIA

PERAWATAN DEMENSIA

Memberikan perawatan kepada pasien penderita demensia merupakan tugas yang menantang secara fisik dan emosional. Pasien penderita demensia sangat membutuhkan dukungan dan perhatian dari anggota keluarga maupun lingkungannya, disamping perawatan yang dibantu oleh tim medis. Pendekatan psikologis yang bersifat suportif sangat diperlukan dengan tujuan agar pasien dapat meminimalkan gangguan yang timbul oleh perubahan behavioral pasien.

Perawatan lainnya yang dapat dilakukan adalah dengan membantu pasien mengingat hal-hal umum di sekitarnya, seperti: menggunakan tanda untuk membantu pasien mengenali tempat, waktu, dan lainnya. Menggunakan komunikasi yang baik atau berbicara secara perlahan kepada pasien, ajukan pertanyaan yang sederhana, ulangi pertanyaan jika pasien lupa, gunakan bahasa tubuh seperti kontak mata atau anggukan, dan jangan memaksa pasien. Pengetahuan tentang demensia juga sangat perlu bagi anggota keluarga yang merawat pasien dengan penyakit demensia agar membantu memahami apa yang dialami oleh pasien.

Pertambahan usia adalah hal yang pasti terjadi pada manusia. Oleh karena itu, kita sebaiknya menjaga kesehatan fisik dan mental di usia muda agar dapat meminimalisir berbagai penyakit yang bisa datang di masa tua. Beberapa upaya preventif yang dapat dilakukan untuk menghindari dari terkena demensia diantaranya adalah menjaga kesehatan jantung (olahraga produktif), mengkonsumsi sayur dan buah dengan gizi yang seimbang, menstimulasi otak, fisik dan spiritual, dan bersosialisasi atau beraktivitas yang positif.

Bibliografi

- [1] Abdurrahman, M. (2009). *Pendidikan Bagi Anak Berkesulitan Belajar*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- [2] Academy for Eating Disorder. (2006). *Prevalence of Eating Disorders*. Austria: Academy for Eating Disorder.
- [3] Adz-dzaky, M. H. B. (2002). *Konseling dan Psikoterapi Islam*. Yogyakarta: Fajar Pustaka Baru.
- [4] Agus, P. (2009). *Komunikasi dan Konseling*. Bandung: Salemba Medika.
- [5] Allen, J. O., Zebrack, B., Wittman, D., Hammelef, K., & Morris, A. M. (2014). Expanding the NCCN guidelines for distress management: A model of barriers to the use of coping resources. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 12(8), 271-277.
- [6] Amartiwi. (2008). *Self-Efficacy dan Dukungan Sosial*. LPPM: Semarang.
- [7] Amelia, D.R & Anwar, Z. (2013). Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 1, 20.
- [8] American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: APA.
- [9] Andri & Yenny, D. P. (2007). Teori kecemasan berdasarkan psikoanalisis klasik dan berbagai mekanisme pertahanan terhadap kecemasan. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 233-238.
- [10] Ardani, T. (2011). *Psikologi Abnormal*. Bandung: CV. Lubuk Agung.
- [11] Beacham, N.A., & James, L.A. (2006). An investigation into the effects that digital media can have on the learning outcomes of individuals who have dyslexia. *Computers & Education*, 47, 74-93.
- [12] Benasich, A.A., Thomas, J.J., Choudhury, N., & Leppanen, P.H. (2002). The importance of rapid auditory processing abilities to

- early language development: Evidence from converging methodologies. *Dev Psychobiology*, 40, 247-292.
- [13] Bergh, C., & Soderstend, P. (1996). Anorexia nervosa, self-starvation and the reward of stress. *Nat Med* 2, (1), 21-22.
- [14] Bjornsson, A.S., Didie, E.R., & Phillips, K.A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 12 (2): 221-232.
- Brennan, J. F. (2006). *Sejarah dan Sistem Psikologi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- [15] Bryant, W. K. (1990). *The Economic Organization of the Household*. Cambridge University Press.
- [16] Buhrich, N. (1981). Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 153-155.
- [17] Cantor, J. M., Blanchard, R., Robichaud, L. K., & Christensen, B. K. (2005). Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychological Bulletin*, 131, 555-568.
- [18] Capasso, A., Putrella, C., & Milano, W. (2009). Recent clinical aspects of eating disorders. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 4, 63-69.
- [19] Carr, R., & Peebles, R. (2012). *Developmental Considerations of Media Exposure Risk for Eating Disorders*. New York: Oxford University Press.
- [20] Castle, D. J., Rossell, S., & Kyrios, M. (2006). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29 (2), 521-538.
- [21] Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 71-81.
- [22] Cororve, M. B. & Gleaves, D. H. (2001). Body dysmorphic disorder: A review of conceptualization, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21, 949-970.
- [23] Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 3-11.

- [24] Dalami, E. (2009). *Asuhan Kesehatan Jiwa Dengan Masalah Psikososial*. Jakarta: Trans Info Media.
- [25] Daradjat, Z. (1983). *Kesehatan Mental*. Jakarta: Gunung Agung.
- [26] Dariyo. (2003). *Psikologi Perkembangan Dewasa Muda*. Grasindo Anggota Ikapi. Jakarta.
- [27] Davidson, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. (1986). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Rajawali Pers.
- [28] Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationship between depression, lifestyle, and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age group. *J Physiol Athropol*, 22(3), 159–166.
- [29] Departemen Agama Republik Indonesia. (1976). *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Jakarta: Bumi Restu.
- [30] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1993). *Pedoman Pengujian dan Pengembangan Fitofarmaka, Penapisan Farmakologi, Pengujian Fitokimia dan Pengujian Klinik*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- [31] Devaraj, S., & Roslan, S. (2006). *Apa Itu Disleksia? Panduan Untuk Ibu Bapa, Guru dan Kaunselor*. Selangor MY: PTS Professional.
- [32] Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2013). Grit: Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social* 49,199–217.
- [33] Durkin, K. F. (1997). Misuse of the internet by pedophiles: Implications for law enforcement and probation practice. *Article in Federal Probation*, 61(3), 14-18.
- [34] Emery, R. E., & Oltmanns, T. F. (2013). *Psikologi Abnormal*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- [35] Evans, G. W., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43-48.
- [36] Fairbun, C. G., Cooper, Z., Doll H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, (5), 468-76.
- [37] Fanu, J.L. (2008). *Deteksi Dini Masalah-Masalah Psikologis Anak*. Jogjakarta: Think.

- [38] Fausiah, F. & Widury, J. (2005). *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Jakarta: UI Press.
- [39] Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. (2010). *Older Americans 2010: Key Indicators of Well-Being*. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- [40] Feist & Feist, J. (2014). *Teori Kepribadian*. Jakarta: Salemba Humanika.
- [41] Feist, J., Feist, G. J. & Robert, T. A. (2017). *Teori Kepribadian*. Jakarta: Salemba Humanika.
- [42] Fitzpatrick, K. K. (2012). *Developmental considerations when treating anorexia nervosa in adolescent and young adults*. New York: Oxford University Press.
- [43] Ford, C. V. (1983). *The Somatizing Disorder. Illness as A Way of Life*. New York: Elsevier Science Publishing Co. Inc.
- [44] Friedman, J. (1998). *Family Nursing: Theory and Practice*. California: Appleton & Lange.
- [45] Friedman, M. M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori Dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- [46] Fuadi, M. A. (2011). Dinamika psikologis kekerasan seksual: Sebuah studi fenomenologi. *Jurnal Psikologi Islam*, 11(8), 191-208.
- [47] Gallagher, D., & Thompson L.W. (1983). *Cognitive Therapy for Depression in the Elderly: A Promising Model for Treatment and Research*. New York: Springer.
- [48] Gargen, K. J. (1970). *The Concept of Self*. New York: Holt Rinehart and Winston, Inc.
- [49] George, J., & Gareth, R. J. (2012). *Understanding and Managing Organizational Behavior*. New Jersey: Pearson Education.
- [50] Gibney, M.J. (2005). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- [51] Gray, S.W., & Zide, M.R. (2015). *Empowerment Series Psychopathology: A Competency based Assessment Model for Social Workers*. USA: Cengage Learning
- [52] Haber, A. & Runyon, R.P. (1984). *Psychology of Adjustment*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.

- [53] Hagman, J. O., & Frank, G. K. W. (2012). *Developmental concerns in psychopharmacological treatment of children and adolescents with eating disorders*. New York: Oxford University Press.
- [54] Hale, A.S. (1993). New Antidepressants: Use in high-risk patients. *Journal of clinical Psychiatry*, 54, 61-70.
- [55] Halmi, K. A., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 1157, 1799-1805.
- [56] Hand, L. E., Hicks, R., & Bahr, M. (2015). Relationships among transformational and transactional leadership styles, role pressures, stress levels, and coping resources in senior Queensland catholic education executives. *Review of Business Research*, 15(1), 43-54.
- [57] Hardjana. (2004). *Stres Tanpa Distres*. Kanisius: Yogyakarta.
- [58] Harrison, T. R., & Morgan, S. E. (2005). *Hanging Out Among Teenager*. London, UK: University of California Press.
- [59] Harsono. (2012). Gambaran trans disosiatif pada mahasiswi. *Journal of Social and Industrial Psychology*, 1, 60.
- [60] Hasan, A. B. P. (2008). *Pengantar Psikologi Kesehatan Islami*. Jakarta: Rajawali Press.
- [61] Hawari, D. (2011). *Manajemen Stress Cemas dan Depresi*. Jakarta: FKUI.
- [62] Hawari, H. D. (1996). *Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: PT Dana Bhakti Prima Yasa.
- [63] Hinrichen, G. A. (1999). Treating older adults with interpersonal psychotherapy for depression. *Psychotherapy in Practice*, 55(8), 949-960.
- [64] Ho, T. F., Tai B. C., Lee, E.L., Cheng, S., Liow P. H. (2006). Prevalence and profile of females at risk of eating disorder in Singapore. *Singapore Med J*, 47(6), 499-503.
- [65] Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946.
- [66] Hooley. J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K., & Mineka, S. (2018). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Salemba Humanika.

- [67] Huebner, H. E. (1993). *Endorphins, Eating Disorders and Other Addictive Behaviors*. New York: Norton.
- [68] Huraerah, A., & Si, M. (2006). *Kekerasan Terhadap Anak: Fenomena Masalah Soal Kritis di Indonesia*. Bandung: Nuansa.
- [69] Ismira, H. (2009). *Hubungan Faktor Personal dan Faktor Lingkungan dengan Kecenderungan Perilaku Makan pada Kalangan Model Di OQ Modelling School Jakarta Selatan*. [Skripsi Tidak Diterbitkan]. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat.
- [70] Istono. (2000). *Bunga Rampai Psikologi*. Universitas Sanata Dharma: Yogyakarta.
- [71] Jamaris, M. (2014). *Kesulitan Belajar: Perspektif, Asessment, dan Penanggulangannya*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- [72] Kail, R. V. & Cavanaugh, J. C. (2000). *Human Development: A Life-Span View*. Belmont CA: Wadsworth.
- [73] Kaplan, H. I. (1997). *Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Erlangga.
- [74] Kaplan, H. I., Sadock B.J., & Grebb J.A. (2010). *Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- [75] Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1997). *Sinopsis Psikiatri*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- [76] Kartono, K. (1981). *Psikologi Abnormal*. Bandung: Offset Alumni.
- [77] Katharine, A., Phillips, B., William, M., Christina, F., & Maria, E.P. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 46 (4): 254–260.
- [78] Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bschoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: The neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neuroscience*, 36, 110-120.
- [79] Kindes MV. (2006). *Body Image*. New York: Nova Publisher.
- [80] King, A. (2017). *Psikologi Umum Sebuah Pandangan Aperesiatif*. Jakarta: Salemba Humanika.
- [81] Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*, 13 (4), 316-22.

- [82] Krisnani, H., Meilanny, B. S., & Destin, P. (2018). Gangguan makan anorexia nervosa dan bulimia nervosa pada remaja. *Jurnal Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat*, 4 (3), 399-407.
- [83] Kritzinger, J., Swarts, L., Mall, S., & Asmal L. (2001). Family therapy for schizophrenia in South African context: Challenges and path ways to implementation. *South African Journal of Psychology*, 41(2), 140-146.
- [84] Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L.Geurette, A., & Matteau, E. (2001). Older adults 'acceptance of psychological and pharma logical treatment for depression. *Journal of Gerontology Psychological Science*, 56B(5),285-291.
- [85] Lazarus & Folkman, S. (2004). *Stres, Appraisal, and Coping*. Springer: New York.
- [86] Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- [87] Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stres, Appraisal, and Coping*. Inc. New York.
- [88] Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 1-5.
- [89] Lee, H. Y., Ee-Lian, L., Parvathy, P., &Yion, H. C. (2005). Anorexia Nervosa in Singapore: an Eight-year Retrospective Study. *Singapore Medical Journal*, 46(6), 275.
- [90] Littauer, F. (2002). *Personality Plus for Parents*. Binarupa Aksara: Jakarta.
- [91] Lock, J. (2012). *Developmental Translational Research: Adolescence, Brain Circuitry, Cognitive Processes and Eating Disorders*. New York: Oxford University Press.
- [92] Looker & Gregson, O. (2005). *Managing Stress Mengatasi Stres Secara Mandiri*. BACA: Yogyakarta.
- [93] Lubis, (2009). *Depresi Tinjauan Psikologi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

- [94] Makino, M., Koji, T., & Laurraine, D. (2004). *Prevelence of eating disorder: A comparision of Westrern and Non-Western Countries*. Singapura: Medscape General Medicane.
- [95] Maramis, W.F. (1998). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- [96] Maramis. (1998). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- [97] Maryam, S. (2017). Stres keluarga: Model dan pengukurannya. *Psikoislamedia: Jurnal Psikologi*, 1(2), 335-343.
- [98] Mas, S. (2013). Common genetic background in anorexia nervosa and obsessive disorder: Preliminary results from an association study. *Journal of Psychiatric Research*. (in press).
- [99] Maschi, T., Viola, D., Morgen, K., & Koskinen, L. (2015). Trauma, stress, grief, loss, and separation among older adults in prison: The protective role of coping resources on physical and mental well-being. *Journal of Crime and Justice*, 38(1), 113-136.
- [100] Maslihah, S. (2006). Kekerasan terhadap anak: Model transisional dan dampak jangka panjang. *Edukid: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 1(1), 25-33.
- [101] Maslim, R. (2003). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- [102] McCrae, R. R. & Costa, P. T. Jr. (1985). *Comparison of EPI and Psychoticism Scales with Measures of the Five-Factor Theory of Personality*. New York: Pers. Ind. Diff.
- [103] Meier, P. (2000). *Mengendalikan Mood Anda*. Yogyakarta: Yayasan Andi.
- [104] Miller, C.A. (2004). *Nursing for Wellness In Older Adults: Theory and Practice*. Philadelphia: Lippincott Wiliams & Wilkins.
- [105] Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91-119.
- [106] Morgan, C.T., King, R. A., Weisz, J. R., & Schopler, J. (1989). *Introduction to Psychology*: Singapore: Prentice Hall.
- [107] Najati, M. U. (2005) *Psikologi dalam Al-Quran*. Bandung: Pustaka Setia.
- [108] National Institute of Mental Health. (2006). *Eating Disorders*. Maryland: NIH Publication.

- [109] Nevid, J. S., Rathus, S. A. & Greene, B. (2003). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- [110] Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- [111] Ninno, C., Dorosh, P.A., Smith, L.C., & Roy, D.K. (1998). *Floods in Bangladesh: Disaster Impacts, Household Coping Strategies, and Response*. Washinton, D.C.: International Food Folicy Research Institute.
- [112] Noviana, I. (2015). *Kekerasan Seksual Terhadap Anak: Dampak dan Penanganannya*. Cawang Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial Kementerian Sosial RI.
- [113] Oltmans, F., Thomas, Emery, E., & Robert. (2013). *Psikologi Abnormal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- [114] Östlund, U., & Persson, C. (2014). Examining family responses to Family Systems Nursing interventions: An integrative review. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 259-286.
- [115] Oxman, T. E, Harrigan, J. & Kues, K. (1983). Diagnostic patterns of family physician to somatoform, depressive and anxiety disorders. *The Journal of Family Practice*, 17(3), 439-446.
- [116] Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (1998). *Human Development*. USA: McGraw Hill.
- [117] Penninx, B. W., Levielle, S., & Ferrucci L. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*, 89, 1346-1345.
- [118] Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it Implementation research is a growing but not well understood field of health research that can contribute to more effective public health and clinical policies and programmes. This article provides a broad definition of implementation research and outlines key principles for how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731-736.
- [119] Phillips, K. (2004). Body dysmorphic disorder: Recognizing and treating imagined ugliness. *Official Journal of the World Psychiatric Association*. 3 (1), 12-17.

- [120] Phillips, K. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder*. New York: Oxford University Press.
- [121] Pike, K. M., Yainamia, Y., & Konishi, H. (2011). *Eating disorders in Japan: Cultural context, clinical features, and future Directions*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- [122] Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mother, daughters, and disorders eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 198-204.
- [123] Prawitasari, E. (2012). *Psikologi Terapan-Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Erlangga.
- [124] Rahman. (2009). *Stress dan Penyesuaian Diri Remaja*. Ide Press: Yogyakarta.
- [125] Ratti, L. A., Laura, L. H., & John, S. L. (1997). Analisis struktural keluarga dengan seorang anak remaja yang polydrug-dependent, bulimic, atau norma. *Jurnal Konsultasi dan Psikologi Klinis*, 64 (6), 1255-62.
- [126] Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *The American journal of psychiatry*, 156(5), 786-788.
- [127] Rodin, G. (1984). Somatization and the self: Psychotherapeutic issues. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 257-263.
- [128] Ross, C. (1995). *The Osiris Complex*. Toronto: University of Toronto Press.
- [129] Rozaki, A. (2012). Bunuh diri di kalangan remaja kyoto. *Review of Southeast Asia*, 12, 1-4.
- [130] Rudyanto. (2007). *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- [131] Rutter, M. (2013). Annual research review: resilience-clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487.
- [132] Santrock, J.W. (2003). *Adolescence Perkembangan Remaja*. Erlangga: Jakarta.
- [133] Syarafino, E. 2002. *Health Psychology*. England: John Willey and Sons.
- [134] Savitri, R. (2003). *Kecemasan Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- [135] Schreiber, F. R. (2001). *Sybil*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

- [136] Schur, E. A., Heckbert, S. R., & Goldberg, J. H., (2010). The association of restrained eating with weight change over time in a community-based sample of twins. *Obesity*, 18(6), 1146-1152.
- [137] Semium, Y. (2006). *Kesehatan Mental 3*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- [138] Shafran, R., & Werren, M. (2001). Perfeksionisme dan psikopatologi: Tinjauan atas penelitian dan perawatan. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 879-906.
- [139] Shaywitz, S.E., Morris, R., & Shaywitz, B.A. (2008). *The Education of Dyslexic Children from Childhood to Young Adulthood*. Connecticut US: Department of Pediatrics, Yale University School of Medicine.
- [140] Sheidow, A. J., Henry, D. B., Tolan, P. H., & Strachan, M. K. (2014). The role of stress exposure and family functioning in internalizing outcomes of urban families. *Journal of Child and Family Studies*, 23(8), 1351-1365.
- [141] Sidiarto, L.D. (2007). *Perkembangan Otak dan Kesulitan Belajar pada Anak*. Jakarta: UI Press.
- [142] Silvana. (2012). *Problem Focused Coping Teori dan Praktek*. LPPM: Semarang.
- [143] Slof-Op't, Landt, M. C. T., Bartels, M., Middeldorp, C. M., van Beijsterveldt C. E. M., Salgboom, P. E., Boomsma D. I., van Furth, E. F., & Meulenbelt, I. (2013). Genetic variation at the TPH2 gene influences impulsivity in addition to eating disorders. *Behavior Genetic*, 43, 24-33.
- [144] Soejono, C.H, (2000). *Pedoman Pengelolaan Pasien Geriatri Untuk Dokter dan Perawat*. Jakarta: Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- [145] Soetjingsih, C. H. (1992). *Perkembangan Kemandirian Remaja Suku Jawa dan Cina*. [Thesis Tidak Diterbitkan]. Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- [146] Stanley, M., & Beare, P.G. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.

- [147] Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *In Psychosomatics* 52(3), 263-71.
- [148] Steven, S. S. (2000). *Abnormal Psychology: A Discovery Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
- [149] Stiles-Shields, C., Hoste, R. R., Doyle, P. M., & Le Grange, D. (2012). A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 7, 133-140.
- [150] Stuart & Sundeen. 1991. *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. The Mosby Company: Toronto.
- [151] Suardiman, S.P. (2016). *Psikologi Usia Lanjut*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- [152] Sudarminta, J. (2017). *Epistemologi Dasar Pengantar Filsafat Pengetahuan*. Yogyakarta: Kanisius.
- [153] Susana, T. (2006). Somatisasi dalam budaya kolektif ditinjau dari teori pemaknaan nelson: Kritik terhadap psikoanalisa klasik. *Buletin Psikologi*, 14(2), 89-90.
- [154] Suyanto & Salamah. (2009). *Riset Kebidanan: Metodologi dan Aplikasi*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- [155] Swartz, M. (1991). *Somatization Disorder*. New York: Free Press.
- [156] Syarif, A. (2002). *Psikologi Islam*. Malang: Pustaka Hidayah.
- [157] Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593.
- [158] Tsuboi, K. (2005). Eating disorders in adolescence and their implications. *Japan of Japan Medical Association*, 48(3), 123-129.
- [159] Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.
- [160] Veale, D & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. UK: Wiley-Blackwell

- [161] Veale, D. (2001). Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 125-132.
- [162] Wahyu, N.B. (2012). Pemuda bunuh diri dan resiliensi: Penguatan resiliensi sebagai reduksi angka bunuh diri di kalangan pemuda Indonesia. *Jurnal Study Pemuda*, 1. 31-32.
- [163] Wilhelm, S., Phillips, K.A., & Steketee, G. (2012). *Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. New York: Guilford Press.
- [164] Williams, A. (2004). *Body Dysmorphic Disorder and the Treatment of Older Adults*. University of Michigan: Flint.
- [165] Wilson, G. T., & Zandberg, L. J., (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review*, 32, 343-357.
- [166] Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.
- [167] Yani, A. S. 1997. *Analisis Konsep Koping: Suatu Pengantar*. Jurnal Keperawatan Indonesia: Jakarta
- [168] Yogatama, A. (2012). Muatan pornografi anak pada lingkaran pedofilia di dunia maya. *Journal of scriptura*, 3(2), 188-200.
- [169] Zarit, S.H., & Zarit, J.M. (1998). *Mental Disorders in Older Adults: Fundamentals of Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.

Biodata Tim

Penyunting



Dr. Siti Maryam, M.Si dilahirkan di Pangkalan Susu, 20 Mei 1960. Ia lulus S1 pada jurusan Ilmu Kesejahteraan Keluarga di Universitas Syiah Kuala pada tahun 1987. Kemudian merampungkan S2 beserta S3-nya di Institut Pertanian Bogor dan selesai pada tahun 2007 pada bidang konsentrasi Ilmu Keluarga. Saat ini, Siti Maryam adalah dosen senior di Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe.

Fatmawati Fadli, S.Psi., B.Psych (Hons), M.Sc dilahirkan di Matang Glumpang Dua, 2 Februari 1990. Ia lulus S1 pada tahun 2013 dengan program *double degree* dari jurusan Psikologi Universitas Syiah Kuala (Indonesia) dan Universiti Pendidikan Sultan Idris (Malaysia). Kemudian menyelesaikan S2-nya pada tahun 2015 di the University of Leeds, United Kingdom pada bidang konsentrasi "*Psychological Approaches to Health*". Kini, Fatmawati bekerja sebagai dosen tetap di Fakultas Psikologi UIN Ar-Raniry, Banda Aceh. Selain aktif mengajar, penulis juga aktif menulis buku dan artikel ilmiah yang telah dipublikasikan pada sejumlah jurnal nasional maupun internasional. Buku sebelumnya yang pernah diterbitkan berjudul "*Neurosains Perilaku: Sebuah Pengantar*".

Bunga Rampai

APA ITU PSIKOPATOLOGI?

"Rangkaian Catatan Ringkas Tentang Gangguan Jiwa"

Psikopatologi merupakan istilah yang mengacu pada studi tentang penyakit mental, tekanan mental, atau manifestasi perilaku dan pengalaman yang mungkin menunjukkan gangguan psikologis. Psikopatologi (*psychopathology*) adalah cabang psikologi yang berkepentingan untuk menyelidiki penyakit atau gangguan mental dan gejala-gejala abnormal lainnya. Istilah psikopatologi mengindikasikan pada sebuah sindrom yang luas, meliputi ketidaknormalan kondisi indera, kognisi, emosi, dan perilaku.

Buku ini ditulis berdasarkan keinginan penulis untuk menyuguhkan bacaan sederhana tentang berbagai jenis psikopatologi. Buku bunga rampai yang terdiri dari sejumlah penulis ini membahas mengenai definisi, penyebab, dan gejala-gejala dari sejumlah gangguan jiwa, seperti: gangguan kecemasan, gangguan depresi, gangguan kepribadian, hingga gangguan jiwa paling berat yaitu skizofrenia. Dengan adanya buku ini, penulis sangat berharap agar pembaca, baik dengan latar belakang psikologi ataupun ilmu lainnya, dapat memahami lebih baik mengenai psikopatologi.



Dr. Siti Maryam, M.Si dilahirkan di Pangkalan Susu, 20 Mei 1960. Ia lulus S1 pada jurusan Ilmu Kesejahteraan Keluarga di Universitas Syiah Kuala pada tahun 1987. Kemudian merampungkan S2 beserta S3-nya di Institut Pertanian Bogor dan selesai pada tahun 2007 pada bidang konsentrasi Ilmu Keluarga. Saat ini, Siti Maryam adalah dosen senior di Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe.

Fatmawati Fadli, S.Psi., B.Psych (Hons), M.Sc dilahirkan di Matang Glumpang Dua, 2 Februari 1990. Ia lulus S1 pada tahun 2013 dengan program *double degree* dari jurusan Psikologi Universitas Syiah Kuala (Indonesia) dan Universiti Pendidikan Sultan Idris (Malaysia). Kemudian menyelesaikan S2-nya pada tahun 2015 di the University of Leeds, United Kingdom pada bidang konsentrasi "*Psychological Approaches to Health*". Kini, Fatmawati bekerja sebagai dosen tetap di Fakultas Psikologi UIN Ar-Raniry, Banda Aceh.

UNIMAL PRESS

ISBN 978-602-464-072-9

