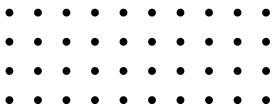




KESEHATAN MENTAL

- Sandy Ardiansyah
- Ichlas Tribakti
- Suprapto
- Yunike
- Indra Febriani
- Eli Saripah
- Gama Bagus Kuntoadi
- Zakiyah
- Ira Kusumawaty
- Muji Rahayu
- Egy Sunanda Putra
- Herni Kurnia
- Sari Narulita
- Titik Juwariah
- Mareta Akhriansyah



ISBN 978-623-198-164-6



KESEHATAN MENTAL

**Sandy Ardiansyah
Ichlas Tribakti
Suprapto
Yunike
Indra Febriani
Eli Saripah
Gama Bagus Kuntoadi
Zakiyah
Ira Kusumawaty
Muji Rahayu
Egy Sunanda Putra
Herni Kurnia
Sari Narulita
Titik Juwariah
Mareta Akhriansyah**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KESEHATAN MENTAL

Penulis :

Sandy Ardiansyah
Ichlas Tribakti
Suprapto
Yuniike
Indra Febriani
Eli Saripah
Gama Bagus Kuntoadi
Zakiyah
Ira Kusumawaty
Muji Rahayu
Egy Sunanda Putra
Herni Kurnia
Sari Narulita
Titik Juwariah
Mareta Akhriansyah

ISBN : 978-623-198-164-6

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns, M.Kes.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001

Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah

Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Maret 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadirat Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Kesehatan Mental ini.

Buku ini membahas Prinsip-prinsip dan fungsi kesehatan mental, Norma-Norma Kesehatan Mental, Perspektif kontemporer tentang perilaku tidak sehat, Metode gangguan penanganan kesehatan mental, Gangguan lambat belajar dan kurang motivasi belajar, Gangguan anxietas, Gangguan disosiatif dan somatoform, Mood dan bunuh diri, Gangguan kepribadian, Narkotika, alkohol dan aditif lainnya (NAZA), Gangguan makan, obesitas, dan gangguan tidur, Gangguan identitas gender, parafilia, dan disfungsi seksual, Skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya, Perilaku abnormal pada anak dan remaja, Gangguan kognitif dan gangguan yang berhubungan dengan penuaan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 PRINSIP-PRINSIP DAN FUNGSI	
KESEHATAN MENTAL	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Prinsip-prinsip Kesehatan Mental	4
1.3 Indikator Kesehatan Mental.....	5
1.4 Gangguan Kesehatan Mental.....	6
1.5 Strategi Penanggulangan Kesehatan Mental	7
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB 2 NORMA-NORMA KESEHATAN MENTAL	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Konflik dengan Standar Sosial dan Norma Etis.....	17
2.3 Fungsi Kesehatan Mental	18
2.4 Ruang Lingkup Kesehatan Mental	21
2.5 Kesehatan Mental di Bidang Politik	25
2.6 Kesehatan Mental di Bidang Hukum	25
2.7 Kesehatan Mental Kehidupan Beragama.....	25
DAFTAR PUSTAKA	27
BAB 3 PERSPEKTIF KONTEMPORER TENTANG	
PERILAKU TIDAK SEHAT.....	29
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 4 METODE PENANGANAN GANGGUAN	
KESEHATAN MENTAL	43
4.1 Pendahuluan.....	43
4.2 Gangguan Kesehatan Mental.....	45
4.3 Jenis – Jenis Gangguan Mental.....	45
4.4 Metode Penanganan Gangguan Kesehatan Mental.....	50
4.5 Rangkuman	53
DAFTAR PUSTAKA	55

BAB 5 GANGGUAN BELAJAR DAN KURANG MOTIVASI...	59
5.1 Pendahuluan.....	59
5.2 Gangguan Belajar	61
5.3 Jenis – Jenis Gangguan Belajar	62
5.4 Karakteristik Gangguan Belajar Spesifik.....	64
5.5 Pengobatan Gangguan Belajar	64
5.6 Strategi Yang Dapat Membantu.....	66
5.7 Kurang Motivasi	67
5.8 Penyebab Anak Kurang Motivasi	68
5.9 Guru Melawan Kurangnya Motivasi Pada Anak	70
5.10 Peran Orang Tua dalam Menghadapi Anak yang Kurang Motivasi	71
5.11 Rangkuman	72
DAFTAR PUSTAKA	73
BAB 6 GANGGUAN ANXIETAS	77
6.1 Konsep Gangguan Anxietas	77
6.2 Macam-Macam Gangguan Anxietas	77
6.2.1 Generalized Anxiety Disorders (GAD)	77
6.2.2 Gangguan Panik.....	78
6.2.3 Gangguan Fobia	78
6.2.4 Gangguan Obsesif-Kompulsif.....	78
6.2.5 Gangguan Stress Pasca Trauma/ <i>Post Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD)	79
6.3 Identifikasi Gangguan Anxietas	79
6.3.1 Skala HARS (<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>)	79
6.3.2 Tes <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (MMPI).....	79
6.4 Akibat dari Anxietas	80
6.5 Cara Mengatasi Anxietas	80
DAFTAR PUSTAKA	82
BAB 7 GANGGUAN DISOSIATIF DAN SOMATOFORM	87
7.1 Pendahuluan.....	87
7.2 Gangguan Disosiatif	88
7.2.1 Definisi	88

7.2.2 Etiologi	89
7.2.3 Symptom.....	89
7.2.4 Klasifikasi	89
7.2.5 Terapi.....	91
7.3 Gangguan Somatoform.....	92
7.3.1 Definisi	92
7.3.2 Etiologi	93
7.3.3 Symptom.....	93
7.3.4 Klasifikasi	93
7.3.5 Terapi.....	94
DAFTAR PUSTAKA	95
BAB 8 MOOD DAN BUNUH DIRI	97
8.1 Pendahuluan.....	97
8.2 Pengertian.....	98
8.3 Etiologi	98
8.3.1 Teori Biologi.....	99
8.3.2 Teori Psikodinamika.....	100
8.3.3 Teori Kognitif	100
8.3.4 Teori Sosial/Lingkungan.....	101
8.4 Klasifikasi Gangguan <i>Mood</i>	101
8.5 Penatalaksanaan Gangguan Mood.....	107
8.5.1 Terapi Psikofarmakologi	107
8.5.2 Terapi Medis Lain	110
8.5.3 Psikoterapi.....	110
DAFTAR PUSTAKA	112
BAB 9 GANGGUAN PRIBADI	113
9.1 Pendahuluan.....	113
9.2 Gangguan Kepribadian	114
9.3 Etiologi Gangguan Kepribadian.....	115
9.4 Tanda – Tanda Gangguan Kepribadian.....	116
9.5 Jenis – Jenis Gangguan Kepribadian.....	117
9.6 Perawatan Gangguan Kepribadian.....	120
9.7 Komplikasi.....	122

9.8 Cara Menolong Teman dengan Gangguan Kepribadian	123
9.9 Pencegahan dan Pendidikan Pasien	124
9.10 Rangkuman	125
DAFTAR PUSTAKA	126
BAB 10 NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN ZAT ADIKTIF.....	129
10.1 Pendahuluan.....	129
10.2 Narkotika.....	132
10.2.1 Ganja.....	132
10.2.2 Kokain	134
10.2.3 Opioid	136
10.2.4 Amphetamine, Metamfetamin dan Metilendioksi-metamfetamin (MDMA)	137
10.3 Psikotropika.....	140
10.4 Zat adiktif.....	142
DAFTAR PUSTAKA	146
BAB 11 GANGGUAN MAKAN, OBESITAS, GANGGUAN TIDUR	148
11.1 Gangguan Makan.....	148
11.1.1 Pendahuluan.....	148
11.1.2 Epidemiologi gangguan makan	149
11.1.3 Patofisiologi.....	150
11.1.4 Treatment Gangguan Makan	153
11.2 Obesitas	153
11.2.1 Epidemiologi Kesehatan Mental dan Obesitas	154
11.2.2 Patofisiologi.....	154
11.3 Kualitas Tidur	161
DAFTAR PUSTAKA	168
BAB 12 GANGGUAN IDENTITAS GENTER, FARAFILIA, DAN DISFUNGSI SEKSUAL.....	174
12.1 Gangguan Identitas Gender (<i>Gender Dysphoria</i>)	174
12.1.1 Pengertian Gangguan Identitas Gender (<i>Gender Dysphoria</i>)	174

12.1.2 Faktor Penyebab Gangguan Identitas Jenis Kelamin (<i>Gender Dysphoria</i>)	176
12.1.3 Ciri-ciri Gangguan Identitas Jenis Kelamin (<i>Gender Dysphoria</i>)	178
12.1.4 Gejala-gejala Gangguan Identitas Jenis Kelamin (<i>Gender Dysphoria</i>)	179
12.1.5 Penanganan Klien Gangguan Identitas Jenis Kelamin (<i>Gender Dysphoria</i>)	180
12.2 Parafilia (deviasi seksual)	183
12.2.1 Pengertian Parafilia	183
12.2.2 Faktor Penyebab	184
12.2.3 Gejala Parafilia.....	184
12.2.4 Jenis-jenis Parafilia.....	185
12.3 Disfungsi Psikoseksual	190
12.3.1 Pengertian Disfungsi Psikoseksual.....	190
12.3.2 Penyebab Disfungsi Seksual	191
12.3.3 Jenis-jenis Disfungsi Seksual	191
DAFTAR PUSTAKA	195
BAB 13 SKIZOFRENIA.....	197
13.1 Pendahuluan.....	197
13.2 Sejarah.....	198
13.3 Definisi	199
13.4 Tanda dan Gejala.....	200
13.5 Etiologi	206
13.5.1 Faktor predisposisi	206
13.5.3 Neurobiologi	208
13.5.4 Presipitasi.....	210
13.6 Skizofrenia dalam PPDGJ III dan DSM 5	210
13.7 Penatalaksanaan	213
13.7.1 Psikofarmakologi.....	213
13.7.2 Terapi perilaku.....	216
13.7.3 Terapi Keluarga	217
13.7.4 Terapi Kelompok.....	218
DAFTAR PUSTAKA	219

BAB 14 PERILAKU ABNORMAL PADA ANAK DAN REMAJA.....	221
14.1 Pendahuluan.....	221
14.2 Konsep Anak dan Remaja	222
14.3 Konsep Perilaku.....	223
14.4 Perilaku Abnormal Pada Anak dan Remaja	224
14.5 Pemulihan Perilaku Abnormal.....	229
DAFTAR PUSTAKA	231
BAB 15 GANGGUAN KOGNITIF DAN GANGGUAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENUAAN	233
15.1 Konsep Lansia dan Proses Menua.....	233
15.1.1 Definisi Lansia dan Proses Menua	233
15.1.2 Teori Proses Penuaan	234
15.1.3 Klasifikasi Lansia.....	237
15.1.4 Tipe Lansia.....	239
15.1.5 Ciri-ciri Lansia.....	240
15.1.6 Masalah Kesehatan Pada Lansia	241
15.2 Konsep Kognitif.....	243
15.2.1 Pengertian Kognitif.....	244
15.2.2 Fungsi Kognitif pada Lanjut usia.....	244
15.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Fungsi Kognitif pada Lansia	247
DAFTAR PUSTAKA	249
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 7.1 : Dissociative Identity Disorder	88
Gambar 7.2 : Somatoform Disorder.....	92
Gambar 8.1 : Gangguan Mood dalam DSM-5	102
Gambar 11.1 : Mekanisme biologis respon stress tubuh	151
Gambar 11.2 : Patofisiologi depresi dan obesitas.....	155
Gambar 11.3 : Ritme Durasi Tidur.....	162
Gambar 11.4 : Ritme sirkadian dengan kesehatan mental.....	164
Gambar 11.5 : Jalur Kesehatan Mental dan gangguan tidur	165
Gambar 13.1 : Anatomi dan saluran dopamin di otak	210
Gambar 13.2 : Skizofrenia dalam DSM 5.....	211
Gambar 13.3 : Jenis anti psikotik.....	214
Gambar 13.4 : Perbandingan Obat anti psikotik tipikal dan atipikal.....	216
Gambar 13.5 : Efek Samping obat Antipsikotik	216

BAB 1

PRINSIP-PRINSIP DAN FUNGSI KESEHATAN MENTAL

Oleh Sandy Ardiansyah

1.1 Pendahuluan

Kesehatan mental memiliki pengertian keadaan dimana perkembangan fisik, intelektual dan emosional pada diri seseorang tumbuh, berkembang dan matang pada kehidupannya, menerima tanggung jawab, menemukan penyesuaian, memelihara aturan sosial dan tindakan dalam budayanya (Fakhriyani, 2019). Kesehatan mental berasal dari bahasa Inggris, yaitu *mental hygiene*. Mental berasal dari kata latin mens, mentis yang berarti jiwa, nyawa, sukma, roh, dan semangat. Sedangkan *hygiene* berasal dari kata yunani hygiene yang berarti ilmu tentang kesehatan (Kartikasari *et al.*, 2022).

Menurut Federasi Kesehatan Mental Dunia (*World Federation for Mental Health*), kesehatan mental adalah (1) kondisi yang memungkinkan adanya perkembangan yang optimal baik secara fisik, intelektual dan emosional, sepanjang hal itu sesuai dengan keadaan orang lain, dan (2) sebuah masyarakat yang baik adalah masyarakat yang membolehkan perkembangan ini pada anggota masyarakatnya selain pada saat yang sama menjamin dirinya berkembang dan toleran terhadap masyarakat yang lain.

Definisi kesehatan mental menurut WHO adalah kondisi kesejahteraan (*well-being*) seorang individu yang menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, dapat bekerja secara produktif dan mampu

memberikan kontribusi kepada komunitasnya (Ayuningtyas & Rayhani, 2018).

Saat ini UU No. 18/2014 tentang Kesehatan Jiwa menjadi pedoman dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa yang komprehensif. Penetapan pelayanan kesehatan jiwa dasar dan rujukan menjadi upaya kesehatan jiwa yang dilaksanakan dengan membangun sistem pelayanan kesehatan jiwa berjenjang dan komprehensif. Selain aspek pelayanan juga ditetapkan sumber daya dalam penyelenggaraan tersebut diantaranya sumber daya manusia, fasilitas pelayanan, perbekalan, teknologi dan produk teknologi, serta pendanaan

Gangguan jiwa berat dapat menyebabkan turunnya produktivitas pasien dan akhirnya menimbulkan beban biaya besar yang dapat membebani keluarga, masyarakat, serta pemerintah. Lebih jauh lagi gangguan jiwa ini dapat berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka Panjang. Kondisi neuropsikiatrik menyumbang 13% dari total *Disability Adjusted Life Years (DALYs)* yang hilang karena semua penyakit dan cedera di dunia dan diperkirakan meningkat hingga 15% pada tahun 2020. Kasus depresi saja menyumbang 4,3% dari beban penyakit dan merupakan salah satu yang terbesar penyebab kecacatan di seluruh dunia, khususnya bagi perempuan (Ayuningtyas & Rayhani, 2018; Saxena *et al.*, 2014).

Kondisi mental yang sehat pada tiap individu tidaklah dapat disamaratakan. Kondisi inilah yang semakin membuat urgensi pembahasan kesehatan mental yang mengarah pada bagaimana memberdayakan individu, keluarga, maupun komunitas untuk mampu menemukan, menjaga, dan mengoptimalkan kondisi sehat mentalnya dalam menghadapi kehidupan sehari-hari. Tantangan lainnya adalah adanya stigma keliru tentang gangguan jiwa yang menghambat akses

ke pelayanan kesehatan sehingga mengakibatkan penanganan yang salah (Ayuningtyas & Rayhani, 2018; Ridlo, 2020).

Berikut definisi dan pengertian kesehatan mental dari beberapa sumber buku:

- a. Menurut (Pieper & van Uden, 2006), kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mengalami perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki estimasi yang realistik terhadap dirinya sendiri dan dapat menerima kekurangan atau kelemahannya, kemampuan menghadapi masalah-masalah dalam hidupnya, memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya, serta memiliki kebahagiaan dalam hidupnya.
- b. Menurut (Notosoedirjo, 2005), kesehatan mental adalah orang yang terus menerus tumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab, menemukan penyesuaian (tanpa membayar terlalu tinggi biayanya sendiri atau oleh masyarakat) dalam berpartisipasi dalam memelihara aturan sosial dan tindakan dalam budayanya.
- c. Menurut Daradjat (1991), kesehatan mental adalah terwujudnya keharmonisan yang sungguh-sungguh antar fungsi-fungsi jiwa serta mempunyai kesanggupan untuk menghadapi problem-problem biasa yang terjadi dan merasakan secara positif kebahagiaan dan kemampuan dirinya.
- d. Menurut Hawari (1997), kesehatan mental adalah satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain.

1.2 Prinsip-prinsip Kesehatan Mental

Menurut Jaelani (2001) dan (Eni & Kep, 2022) terdapat beberapa prinsip kesehatan mental, yaitu sebagai berikut:

- a. **Gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri.** Orang yang memiliki self image memiliki kemampuan menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri, orang lain, alam lingkungan, dan tuhan.
- b. **Keterpaduan atau integrasi diri.** Keterpaduan diri berarti adanya keseimbangan antara kekuatan- kekuatan jiwa dalam diri, kesatuan pandangan dalam hidup, dan kesanggupan mengatasi stres. Orang yang memiliki keseimbangan diri berarti orang yang seimbang kekuatan id, ego, dan super egonya.
- c. **Perwujudan diri.** Pentingnya aktualisasi diri dalam kesehatan mental, dimana orang yang sehat mentalnya adalah orang yang mampu mengaktualisasikan diri atau mewujudkan potensi yang dimilikinya dan memenuhi kebutuhannya dengan cara baik dan memuaskan.
- d. **Berkemampuan menerima orang lain, melakukan aktivitas sosial, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan tempat tinggal.** Kemampuan menerima orang lain berarti berarti kesediaan menerima kehadiran, mencintai, menghargai, menjalin persahabatan, dan memperlakukan orang lain dengan baik. Melakukan aktivitas sosial berarti bersedia bekerja sama dengan masyarakat dalam melakukan pekerjaan sosial yang menggugah hati. Menyesuaikan diri dengan lingkungan berarti berusaha untuk mendapatkan rasa aman, damai, dan bahagia dalam hidup bermasyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
- e. **Berminat dalam tugas dan pekerjaan.** Setiap manusia harus berminat dalam tugas dan pekerjaan yang ditekuninya. Dengan demikian, ia dapat merasakan

kebahagiaan dalam dirinya dan mengurangi beban penderitaannya.

- f. **Agama, cita-cita, dan falsafah hidup.** Dengan agam manusia dapat terbantu dalam mengatasi persoalan hidup yang berada di luar kesanggupan dirinya sebagai manusia yang lemah. Dengan cita-cita manusia dapat bersemangat dan bergairah dalam perjuangan hidup yang berorientasi ke masa depan. Dengan falsafah hidup manusia dapat menghadapi tantangan yang dihadapinya dengan mudah.
- g. **Pengawasan diri.** Manusia yang memiliki pengawasan diri akan terhindar dari kemungkinan perbuatan yang bertentangan dengan hukum, baik hukum agama, adat, maupun aturan moral dalam hidupnya.
- h. **Rasa benar dan tanggung jawab.** Rasa benar dan rasa tanggung jawab penting bagi tingkah laku karena setiap individu ingin bebas dari rasa dosa, salah dan kecewa. Sebaliknya rasa benar, tanggung jawab dan sukses adalah keinginan setiap manusia yang sehat mentalnya.

1.3 Indikator Kesehatan Mental

Menurut Bastaman (1995), dan (Eni & Kep, 2022; Fakhriyani, 2019), kesehatan mental seseorang dapat dilihat dari tiga orientasi, yaitu:

- a. Orientasi Klasik. Seseorang dianggap sehat bila ia tak mempunyai keluhan tertentu, seperti: ketegangan, rasa lelah, cemas, yang semuanya menimbulkan perasaan sakit atau rasa tak sehat serta mengganggu efisiensi kegiatan sehari-hari.
- b. Orientasi penyesuaian diri. Seseorang dianggap sehat secara psikologis bila ia mampu mengembangkan dirinya sesuai dengan tuntutan orang-orang lain serta lingkungan sekitarnya.

- c. Orientasi pengembangan potensi. Seseorang dianggap mencapai taraf kesehatan mental, bila ia mendapat kesempatan untuk mengembangkan potensinya menuju kedewasaan sehingga ia bisa dihargai oleh orang lain dan dirinya sendiri.

Menurut Kartono (2000), terdapat empat ciri sebagai indikator kesehatan mental seseorang, yaitu:

- a. Ada koordinasi dari segenap usaha dan potensinya, sehingga orang mudah melakukan adaptasi terhadap tuntutan lingkungan, standar, dan norma sosial serta perubahan sosial yang serba cepat.
- b. Memiliki integrasi dan regulasi terhadap struktur kepribadian sendiri sehingga mampu memberikan partisipasi aktif kepada masyarakat.
- c. Dia senantiasa giat melaksanakan proses realisasi diri (yaitu mengembangkan secara riil segenap bakat dan potensi), memiliki tujuan hidup, dan selalu mengarah pada transendensi diri, berusaha melebihi keadaan yang sekarang.
- d. Bergairah, sehat lahir dan batinnya, tenang harmonis kepribadiannya, efisien dalam setiap tindakannya, serta mampu menghayati kenikmatan dan kepuasan dalam pemenuhan kebutuhannya.

1.4 Gangguan Kesehatan Mental

Gangguan kesehatan mental adalah perilaku dan keadaan emosi yang menyebabkan seseorang menderita, atau perilaku merusak diri sendiri, dan akan memiliki dampak negatif yang serius terhadap kinerja seseorang atau kemampuan berinteraksinya dengan orang lain, serta dapat membahayakan orang lain atau suatu komunitas. Menurut Burlian (2016), terdapat beberapa tanda-tanda gangguan kesehatan mental, yaitu:

a. Banyak konflik batin

Dada rasa tersobek-sobek oleh pikiran dan emosi yang antagonis bertentangan. Hilangnya harga diri dan kepercayaan diri. Selalu merasa tidak aman dan dikejar oleh suatu pikiran atau perasaan yang tidak jelas hingga ia merasa cemas dan takut. Menjadi agresif, suka menyerang bahkan ada yang berusaha membunuh orang lain atau melakukan usaha bunuh diri (agresivitas ke dalam).

b. Komunikasi sosial terputus dan adanya disorientasi sosial

Timbul delusi-delusi yang menakutkan atau dihinggapi *delusion of grandeur* (merasa dirinya paling super). Selalu iri hati dan curiga. Ada kalanya dihinggapi *delusion of persecution* atau khayalan dikejar-kejar sehingga menjadi sangat agresif, berusaha melakukan pengrusakan, atau melakukan destruksi diri dan bunuh diri.

c. Ada gangguan intelektual dan gangguan emosional yang serius

Penderita mengalami ilusi, halusinasi berat dan delusi. Selain itu, kurangnya pengendalian emosi dan selalu bereaksi berlebihan (*overacting*). Selalu berusaha melarikan diri dari dalam dunia fantasi, yaitu dalam masyarakat semu yang diciptakan dalam khayalan. Merasa aman dalam dunia fantasinya. Orang luar dihukum dan dihindari sebab mereka itu dianggap berdosa, kotor, jahat. Maka dari itu, realitas sosial yang dihayati menjadi kacau balau. Juga kehidupan batinnya menjadi kalut, kusut, dan keribadiannya pecah berantakan

1.5 Strategi Penanggulangan Kesehatan Mental

Secara keseluruhan, tujuan (*goal*) rencana aksi kesehatan mental ini adalah untuk mempromosikan kesehatan mental, mencegah gangguan mental, menyediakan pelayanan, meningkatkan pemulihan, mempromosikan Hak Asasi Manusia

dan menurunkan kematian, kesakitan, dan kecacatan pada orang dengan gangguan mental. Rencana aksi tersebut secara spesifik memiliki tujuan (*objectives*) berikut:

Tujuan 1: Untuk memperkuat kepemimpinan dan tata kelola yangefektif untuk kesehatan mental.

Tujuan 2: untuk memberikan layanan kesehatan mental dan sosial yang komprehensif, terpadu dan responsif dalam pengaturan berbasis komunitas.

Tujuan 3: untuk menerapkan strategi untuk promosi dan pencegahan dalam kesehatan mental
Tujuan 4: untuk memperkuat sistem informasi, bukti dan penelitian untuk kesehatan mental.

Target global yang ditetapkan untuk setiap tujuan memberikan dasar bagi tindakan keseluruhan dan pencapaian yang terukur terhadap tujuan global. Rencana aksi bergantung pada enam prinsip dan pendekatan lintas sektoral berikut (Organization, 2009; Saxena *et al.*, 2014):

- a. Cakupan kesehatan universal (*Universal Health Coverage*): Tanpa memandang usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, ras, etnis atau orientasi seksual, dan mengikuti prinsip keadilan, orang dengan gangguan mental harus dapat mengakses, tanpa risiko memiskinkan diri mereka sendiri, layanan sosial, dan kesehatan esensial yang memungkinkan mereka mencapai pemulihan dan standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai.
- b. Hak asasi manusia(Human Rights): Strategi kesehatan mental, tindakan dan intervensi untuk pengobatan, pencegahan dan promosi harus dilakukan sesuai dengan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas dan instrumen hak asasi manusia regional dan internasional lainnya.

- c. Praktik berbasis bukti (*Evidence-Based Practice*): Strategi kesehatan mental dan intervensi untuk pengobatan, pencegahan, dan promosi harus dilakukan berdasarkan bukti ilmiah dan/atau praktik terbaik, dengan mempertimbangkan budaya.
- d. Pendekatan perjalanankehidupan (*Life Course Approach*): Kebijakan, rencana, dan layanan untuk kesehatan mental perlu mempertimbangkan kebutuhan kesehatan dan sosial disemua tahapan perjalanan hidup, termasuk masa bayi, masa kanak-kanak, masa remaja, dewasa dan usia yang lebih tua.
- e. Pendekatan multisectoral (*Multisectoral Approach*): Respons komprehensif dan terkoordinasi untuk kesehatan mental membutuhkan kemitraan denganberbagai sektor publik seperti kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, yudisial, perumahan, sosial dan sektor lain yang relevan termasuk sektor swasta.
- f. Pemberdayaan orang dengan gangguan mental dan cacat psikososial: Orang dengan gangguan mental dancacat psikososial harus diberdayakan dan dilibatkan dalam advokasi kesehatan mental, kebijakan, perencanaan, legislasi,penyediaan layanan, pemantauan, penelitian, dan evaluasi.

Setiap negara diharapkan agar bisa memiliki kepekaan memprioritaskan kesehatan mental. Advokasi dengan pemerintah diperlukan pada pendekatan pengembangan pelayanan kesehatan mental yang *cost-effective* dan berdasarkan komunitas. Ada berbagai program dan kebijakan pencegahan berbasis bukti yang tersedia yang dapat diimplementasikan. Disebutkanbahwa pencegahan dapat *cost-effective* untuk menurunkan risiko gangguan kesehatan mental, hingga menunjukkan hasil jangka panjang yang signifikan.

Selain itu, perlu adanya peraturan kesehatan mental yang dapat meningkatkan akses melalui pendanaan layanan kesehatan mental yang setara dengan layanan kesehatan fisik, atau dengan menetapkan bahwa layanan perlu disediakan melalui pusat perawatan kesehatan primer (puskesmas) dan di rumah sakit umum.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D., & Rayhani, M. 2018. Analisis situasi kesehatan mental pada masyarakat di Indonesia dan strategi penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1-10.
- Bastaman, H.D. 1995. *Integrasi Psikologi dengan Islam Menuju Psikologi Islami*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Burlian, Paisol. 2016. *Patologi Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Daradjat, Zakiyah. 1991. *Ilmu Jiwa Agama*. Jakarta: Bulan Bintang.
- Eni, N. R., & Kep, M. 2022. *DAN PENANGANAN KESEHATAN MENTAL*. *Kesehatan Mental (Teori dan Penerapan)*, 227.
- Fakhriyani, D. V. 2019. *Kesehatan mental* (Vol. 124). Duta Media Publishing.
- Hawari, D. 1997. *Al Quran Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Mental*. Jakarta: Dana Bhakti Yasa.
- Jaelani. A.F. 2001. *Penyucian Jiwa dan Kesehatan Mental*. Jakarta: Amzah.
- Kartikasari, M. N. D., Fitria, Y., Damayanti, F. E., Prabu, S., Fatsena, R. A., Kusumawaty, I., Rahmy, H. A., Jalal, N. M., & Budi, Y. S. 2022. *Kesehatan Mental*. Global Eksekutif Teknologi.
- Kartono, K. 2000. *Hygiene Mental*. Jakarta: Mandar Maju.
- Notosoedirjo, M. 2005. *Latipun (2005) Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Organization, W. H. 2009. *Improving health systems and services for mental health*.
- Pieper, J. Z. T., & van Uden, M. 2006. *Religie in een forensisch psychiatrische setting. Patiënten van de Pompestichting over geloof/levensbeschouwing en geestelijke verzorging*. KSGV.
- Ridlo, I. A. 2020. *Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*.

- Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. 2014. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*, 13(2), 107.
- Semiun, Y. 2010. Kesehatan Mental 2. Yogyakarta: Kanisius
- Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta. Republik Indonesia

BAB 2

NORMA-NORMA KESEHATAN MENTAL

Oleh Ichlas Tribakti

2.1 Pendahuluan

Penelitian tentang kesehatan mental sudah dikenal di Jerman sejak abad ke-19, yaitu sejak tahun 1875 Masehi. Penelitian kesehatan modern pada pertengahan abad ke-20. Kesehatan jiwa sebagai ilmu yang praktis dan banyak digunakan dalam kehidupan masyarakat sehari-hari, serta sebagai pedoman dan nasehat yang diimplementasikan dalam segala aspek kehidupan seseorang misalnya di rumah, sekolah, lembaga pendidikan dan masyarakat.

Munculnya kesehatan mental pada awalnya hanya ditujukan untuk orang dengan gangguan mental dan tidak dimaksudkan untuk universal bagi semua individu. Namun pandangan tersebut telah berubah, kesehatan mental tidak hanya terbatas pada orang dengan gangguan kejiwaan, tetapi juga ditujukan pada orang yang sehat secara mental, yaitu bagaimana seorang individu mampu memeriksa dirinya sendiri dalam hubungannya dengan bagaimana dia menghadapi lingkungannya berinteraksi.

Ratusan tahun yang lalu orang percaya bahwa kegilaan disebabkan oleh setan, setan dan dosa. Oleh karena itu, orang dengan masalah kesehatan mental dimasukkan ke dalam penjara bawah tanah atau dihukum dan diikat dengan rantai besi yang berat dan kuat. Namun, sedikit demi sedikit, ada upaya manusiawi yang meningkat untuk mengalahkan orang-orang yang mengalami gangguan jiwa ini. Philippe Pinel dari Prancis dan William Tuke dari Inggris adalah contoh orang-orang yang telah berkontribusi

dalam pertimbangan dan kemenangan orang-orang dengan masalah kesehatan mental. Era Pinel dan Tuke disebut era prilmiah karena hanya melibatkan upaya dan praktik tanpa teori.”

Musim berikutnya adalah musim sains, bukan hanya olahraga, tetapi menghadirkan berbagai teori tentang kesehatan mental. Periode ini berkembang seiring dengan perkembangan ilmu alam di Eropa.

Dorothea Dix adalah pelopor wanita Amerika dalam upaya kemanusiaan. Dia mencoba menyembuhkan dan mengobati orang gila dan orang gila. Pencapaian besar dalam memperluas dan memperbaiki kondisi 32 rumah sakit jiwa di seluruh Amerika bahkan di Eropa. Justru karena pencapaian besar inilah Dix bisa disebut sebagai sosok hebat abad ke-19.

Orang lain yang bekerja di bidang kesehatan mental adalah Clifford Whittingham Beers (1876-1943). Beers sakit jiwa dan dirawat di beberapa rumah sakit jiwa selama dua tahun. Ia sendiri mengalami betapa kejam dan kerasnya perlakuan dan penyembuhan atau pengobatan di tempat penampungan darurat. Dia sering dipukuli dan dipukuli serta menderita hinaan yang menyakitkan dari perawat yang kejam. Dan banyak perlakuan kejam dan tidak manusiawi lainnya yang dia alami di rumah sakit jiwa. Setelah dua tahun perawatan, Beers sembuh dengan bahagia.

Di dalam bukunya “A Mind That Found Itself”, Selain membuat dugaan kekejaman dan ketidakmanusiawian di rumah sakit jiwa, Beers mengusulkan program untuk akhirnya meningkatkan proses perawatan dan penyembuhan. Pengalaman pribadi ini meyakinkan Beers bahwa penyakit mental dapat dicegah dan, dalam banyak kasus, dapat diobati.

Gangguan mental (penyakit pikiran) seperti yang terlihat oleh Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM). Adanya gangguan klinis yang bermakna berupa sindrom atau pola perilaku dan psikologi, gejala klinis tersebut menimbulkan “kesulitan” yang dapat berupa nyeri, ketidaknyamanan, malaise dan disfungsi organ. Selain itu, juga menimbulkan gejala

“kecacatan” (disability) dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yang normal dan diperlukan untuk kemandirian dan kelangsungan hidup.

Menurut Kartini Kartono, “gangguan mental merupakan bentuk gangguan dan kekacauan fungsi mental (kesehatan mental) yang disebabkan oleh kegagalan beraksinya mekanisme adaptasi dari fungsi kejiwaan atau mental terhadap stimulus eksternal dan ketegangan-ketegangan sehingga muncul gangguan fungsi atau gangguan struktur pada satu bagian, satu organ, atau sistem kejiwaan.¹ Gangguan mental itu merupakan totalitas kesatuan daripada ekspresi mental yang patologis terhadap stimulus sosial yang dikombinasikan dengan faktorfaktor penyebab sekunder lainnya.”

Individu adalah bagian dari realitas.“Realitas memaksakan tuntutan, kendala, aturan dan norma yang harus dipelajari individu untuk dikelola dan diatasi untuk membuat penyesuaian yang efektif. Sikap dan tanggapan individu terhadap orang dan lingkungan sosial yang membentuk realitas juga merupakan faktor yang sangat mempengaruhi proses penyesuaian diri kebahagiaan dan kesejahteraan jiwa. Sikap yang sehat dan kontak yang baik dengan kenyataan diperlukan untuk penyesuaian yang sehat. Dalam kehidupan sehari-hari, orang menghadapi berbagai bentuk adaptasi, dari yang sederhana hingga yang kompleks, dengan pola elemen tertentu yang dapat dikenali dengan jelas. Misalnya, seorang anak yang mendambakan kasih sayang ibunya disibukkan dengan tugas lain untuk memenuhi kebutuhan hidup. Situasi ini dapat membuat anak frustasi, dan mereka sendiri berusaha mencari cara untuk meredakan ketegangan yang dialaminya. Demikian pula, orang dewasa yang frustrasi mencari suatu bentuk aktivitas atau ekspresi untuk memenuhi keinginan mereka atau meredakan ketegangan mereka.”

“Dalam situasi frustasi, pertimbangan harus diberikan ketika motivasi individu tidak mencapai kepuasan atau ekspresi yang memadai. Keadaan ini akan mengakibatkan perilaku yang

tidak normal atau abnormal. Hal ini sering dialami oleh individu yang kurang siap menghadapi berbagai hal yang mungkin terjadi di luar kehendaknya, atau karena motivasinya yang begitu besar sehingga menghalanginya dari pengarahan dan pengendalian secara sadar. Individu mengambil tindakan positif ketika mereka berada dalam situasi yang dapat diterima (tidak frustrasi). Siegel D menegaskan bahwa orang yang frustrasi cenderung berperilaku berbeda dari situasi yang tidak membuat mereka frustrasi. Dia merespons dengan cara yang ditentukan oleh dirinya sendiri dan oleh dirinya sendiri. Dengan demikian, keinginan dan sikap individu yang frustrasi harus disalurkan kembali ke dalam tindakan yang memiliki nilai positif bagi kesejahteraan mereka dan masyarakat luas.

Memahami kesehatan mental tidak dapat dipisahkan dari memahami kesehatan fisik dan penyakit. Beberapa penelitian telah menunjukkan hubungan antara kesehatan fisik dan mental individu, dengan individu yang menderita kondisi medis menghilangkan masalah kesehatan mental ke tingkat gangguan kesehatan mental dan sebaliknya. Gangguan juga menunjukkan penurunan fungsi fisik (Dewi, 2012). Kesehatan jiwa adalah keadaan individu yang terbebas dari segala gejala gangguan jiwa. Orang yang sehat secara mental dapat berfungsi secara normal dalam kehidupan mereka dan dapat beradaptasi untuk menghadapi masalah sepanjang hidup dengan menggunakan keterampilan manajemen stres. (Putri et al, 2015).

Kesehatan mental lebih dari sekedar gangguan mental. WHO menekankan dimensi positif dari kesehatan mental, menyatakan dalam Konstitusinya bahwa kesehatan adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau penyakit. Konsep kesehatan mental meliputi kesejahteraan, kemanjuran diri yang dirasakan, otonomi, kompetensi dan pengakuan untuk mewujudkan potensi intelektual dan emosional. (WHO, 2003).

Penyakit mental yang paling umum adalah kecemasan dan depresi. Paling buruk, orang dengan gangguan depresi mungkin tidak dapat bangun dari tempat tidur atau mengurus diri sendiri secara fisik, dan orang dengan gangguan kecemasan tertentu mungkin tidak dapat meninggalkan rumah atau melakukan ritual kompulsif yang membantu mengurangi kecemasan. (Departement of Health Australia, 2017).

Stresor psikososial adalah setiap kondisi atau kejadian yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga terpaksa melakukan penyesuaian atau penyesuaian untuk menghadapi stressor (tekanan mental) yang muncul. Namun, tidak semua orang mampu beradaptasi dan mengatasi apa yang menjadi penyebab gangguan jiwa. Jenis stressor psikososial, misalnya pernikahan, pertengkarannya, perpisahan, perceraian, perselingkuhan, kematian pasangan, kemudian masalah orang tua adalah kemandulan, terlalu banyak anak, kenakalan anak dan anak sakit. Hubungan interpersonal dimana gangguan ini dapat berupa konflik dengan rekan kerja, konflik dengan atasan dan bawahan, kemudian masalah lingkungan, termasuk relokasi dan penggusuran. Pekerjaan meliputi kehilangan pekerjaan, pensiun, lembur dan keuangan, perkembangan, penyakit fisik atau cedera, faktor keluarga dan lain-lain. (Kemenkes RI, 2019).

2.2 Konflik dengan Standar Sosial dan Norma Ethis

Untuk menjamin terpeliharanya kehidupan manusia dan kelancaran komunikasi dan kehidupan, diperlukan pengaturan yang membedakan antara yang salah dan yang benar, yang diinginkan dan yang tidak diinginkan. Ini disebut standar etika yang menjamin keamanan bagi semua orang. Setiap orang berkewajiban menyesuaikan diri dengan norma-norma sosial yang berlaku dalam masyarakat. Standar dan norma ini memainkan peran penting dalam menjaga dan mempertahankan masyarakat.

Dalam kaitan ini, banyak kebutuhan biologis dan vital yang harus dipenuhi dan diatur demi kesejahteraan dan keadilan manusia. Misalnya, makanan harus dibagikan secara merata, terutama pada masa paceklik dan situasi darurat. Nafsu harus dikendalikan dan nafsu akan kekuasaan dijinakkan dan disalurkan menurut lembaga normal. Semua kebutuhan manusia atau sosial budaya untuk mencapai status dan prestise sosial yang tinggi juga harus diatur agar tidak berbenturan dengan individu lain.

Banyak orang merasa tertindas atau dibatasi oleh aturan, norma, dan norma sosial yang berbeda. Mereka mengalami frustasi yang hebat, gangguan jiwanya menjadi tidak teratur, kemudian kesehatan jiwanya menjadi terganggu. Padahal, banyak aturan, hukum formal, dan standar etika yang disalahgunakan oleh penguasa dan pejabat untuk menindas rakyat jelata, menyebabkan banyak kebingungan, ketegangan, ketakutan, penderitaan dan kesengsaraan. Semua ketegangan mental dan frustrasi itu sendiri menjadi penyebab dari semua jenis gangguan mental.

2.3 Fungsi Kesehatan Mental

Selain itu, kesehatan jiwa adalah tentang menjaga dan mengembangkan kesehatan jiwa seseorang, agar dapat sehat dan terhindar dari masalah jiwa (penyakit jiwa). Fungsi kesehatan mental dapat digambarkan dengan menggunakan pemetaan utama berikut. (Diana Vidya : 2019)

Pemaparan mengenai fungsi kesehatan mental, Pertama, prevention (preventif/pencegahan); kedua, amilioration (amelioratif/kuratif/perbaikan); ketiga, preservation (preservasi/ pengembangan) atau *development* (pengembangan) / *improvement* (meningkatkan).

a. *Prevention* (preventif/pencegahan)

Kegiatan kesehatan jiwa untuk mencegah timbulnya masalah atau gangguan kesehatan jiwa, untuk mencegah penyakit jiwa. Fungsi ini menerapkan prinsip-prinsip yang

ditujukan untuk mencapai kesehatan mental, seperti menjaga kesehatan fisik dan memenuhi kebutuhan mental. Cara yang dapat dicapai adalah dengan menjaga kesehatan fisik dan memenuhi kebutuhan psikologis seperti menerima cinta, rasa aman, harga diri dan realisasi diri sebagaimana mestinya agar individu memenuhi potensinya dapat dimaksimalkan.

Penerapan kesehatan jiwa di semua bidang kehidupan (rumah, sekolah, tempat kerja dan lingkungan lainnya) menentukan kesehatan jiwa dan dapat mencegah terjadinya gangguan kesehatan jiwa. Di lingkungan rumah, sikap dan perlakuan yang hangat dari orang tua, serta kasih sayang, penerimaan diri dan penghargaan dari orang-orang di sekitarnya memungkinkan berkembangnya hubungan yang baik.

Hubungan interpersonal yang baik antar keluarga dapat menciptakan suasana pengasuhan yang juga dapat mendukung perkembangan mental anak yang sehat. Kesehatan mental anak ditandai dengan kesejahteraan, kewaspadaan, dan kemampuan anak untuk beradaptasi dengan lingkungan, seperti kemampuan bermain dengan teman sebaya.

b. Amelioration (amelioratif/kuratif/korektif/perbaikan)

Fungsi ini merupakan upaya perbaikan diri dengan meningkatkan kapasitas adaptif. Selain itu, perilaku individu dan mekanisme perlindungan diri dapat dikontrol dengan baik.

Anak dengan kesulitan perkembangan dapat dilihat dari perilakunya, seperti marah, menghisap jempol, perilaku agresif dan perilaku lain yang perlu diperbaiki, yang penting, perilaku tersebut harus memiliki fungsi untuk meningkatkan kesehatan mental.

- c. *Preservation* (preservasi/ pengembangan) atau *development* (pengembangan)/ *improvement* (meningkatkan) Preservatif atau supportif adalah fungsi perkembangan yang merupakan upaya untuk mengembangkan kepribadian atau mentalitas yang sehat sehingga seseorang dapat meminimalkan kesulitan dalam perkembangan psikologisnya.

Ketenangan itu penting untuk pertumbuhan, tetapi tidak semua orang dapat dengan mudah mencapai ketenangan. Beberapa orang memiliki gangguan mental yang sehat dan perlu diperingatkan tentang gangguan psikotik, namun beberapa dari mereka bermasalah dengan perkembangan mental. Oleh karena itu, setiap individu berbeda dalam memfungsikan kesehatan jiwanya, baik untuk mencegah, memperbaiki maupun memelihara.

Kondisi kesehatan jiwa yang sulit dijangkau berkembang menjadi seseorang dengan penyakit jiwa (penyakit jiwa), dengan beberapa ciri. Menurut Thorpe, ciri-ciri orang yang tidak sehat secara mental adalah: (Schneiders 1964):

- 1) Merasa tidak bahagia dalam kehidupan dan hubungan sosial
- 2) Merasa dalam keadaan tidak aman, diekam dengan rasa takut dan khawatir yang mendalam
- 3) Tidak percaya akan kemampuan diri
- 4) Tidak memiliki kematangan emosional
- 5) Kepribadian yang kurang mantap
- 6) Mengalami gangguan dalam sistem syarafnya
- 7) Tidak dapat memahami kondisi dirinya sendiri.

Lebih lanjut, mental illness ditandai dengan:

- 1) *Anxiety* (kecemasan/kegelisahan) dalam kehidupan individu
- 2) Mudah tersinggung/marah
- 3) Agresif & destruktif (merusak)

- 4) Pemarah yang berlebih
- 5) Tidak mampu menghadapi kenyataan secara realistic
- 6) Memiliki gejala psikosomatis (sakit fisik yang diakibatkan oleh gangguan psikis, misalnya karena stres)
- 7) Tidak beriman pada Allah SWT, Tuhan semesta alam.

Jika perilaku yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan jiwa sebagaimana tergambar di atas merajalela dalam kehidupan, bukan tidak mungkin akan muncul berbagai perilaku menyimpang. Contoh perilaku menyimpang tersebut adalah tawuran pelajar, seks bebas, maraknya konsumsi obat-obatan terlarang dan alkohol, penyuapan, prostitusi, perdagangan manusia, perzinaan, perjudian, dan tindakan perilaku menyimpang lainnya. kesehatan mentalnya.”

Selanjutnya, fungsi kesehatan jiwa dari sudut pandang Islam Ariadi (2013) adalah kemampuan individu dalam mengelola fungsi jiwa dan melakukan penyesuaian terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitarnya secara dinamis sesuai Al-Quran dan As-Sunnah sebagai pedoman hidup. menuju kebahagiaan dunia dan akhirat. Pandangan Muslim tentang gangguan jiwa tidak jauh berbeda dengan ahli kesehatan jiwa pada umumnya. Peran agama Islam dapat membantu manusia menyembuhkan jiwanya, mencegahnya dari gangguan jiwa dan meningkatkan masalah kesehatan jiwa. Kajian berikut ini akan mengkaji beberapa bentuk ibadah dan dampak psikologisnya, yang kemudian dikenal dengan psikoterapi ibadah.

2.4 Ruang Lingkup Kesehatan Mental

Kesehatan mental dapat diterapkan pada setiap unit kehidupan sosial, seperti rumah, sekolah, dan lingkungan sosial umum. Penerapan dan pengembangan kesehatan jiwa dalam unit-unit sosial yang terorganisir didasarkan pada prinsip-prinsip psikologis. Artinya, perkembangan kesehatan mental individu

ditentukan oleh kualitas kondisi psikologis/iklim-lingkungan tempat individu tersebut berada.

a. Kesehatan Mental dalam keluarga

“Penerapan metode budi pekerti dalam keluarga sangat penting untuk menciptakan suasana keharmonisan antar anggota keluarga. Apabila hubungan antar individu dalam keluarga, seperti antara suami istri, orang tua dengan anak, dan antar saudara tidak harmonis, maka dalam keluarga akan tercipta suasana psikologis yang kurang baik, menguntungkan dan tidak menyenangkan. Misalnya, permusuhan, persaingan yang tidak sehat antara saudara kandung menyebabkan kecemburuan, pertengkarahan, dan pengabaian terhadap nilai-nilai moral. Suasana seperti itu kemudian dapat menyebabkan anggota keluarga, terutama anak-anak, mengalami kesulitan atau bahkan gagal dalam mengembangkan kesehatan jiwa. Oleh karena itu, sangat penting bagi suami istri untuk mengatur keluarga agar tercipta suasana yang kondusif dalam keluarga, terutama bagi anak-anak. Oleh karena itu, konsep keluarga sebagai sakinah mawaddah, warahmah dalam rangka memahami konsep atau prinsip kesehatan jiwa, sangat penting karena memiliki efek mengembangkan pemikiran yang sehat dan mencegah penyakit jiwa bagi anak-anak anggota keluarga.”

b. Kesehatan Mental di Sekolah

Jika kesehatan jiwa keluarga dipengaruhi oleh lingkungan psikososial keluarga, maka kesehatan jiwa sekolah didasarkan pada asumsi bahwa “perkembangan kesehatan mental peserta didik dipengaruhi oleh iklim sosio emosional di sekolah. Pengetahuan serta pemahaman pimpinan sekolah, para guru, terutama guru BK atau konselor tentang kesehatan mental sangatlah penting. Pimpinan dan para guru dapat menciptakan iklim

kehidupan sekolah, baik fisik, emosional, sosial, maupun moral spiritual dalam rangka perkembangan kesehatan mental siswa yang optimal. Di sisi lain dapat pula memantau gejala gangguan mental para siswa sejak dini. Dengan pemahaman akan kesehatan mental siswa, guru dapat memahami masalah kesehatan mental yang dapat ditangani sendiri serta masalah yang membutuhkan penanganan khusus yang dapat dirujuk kepada para ahli yang lebih profesional. Para guru di SLTP dan SLTA penting dalam memahami kesehatan mental siswanya yang berada pada transisi. Tidak sedikit siswa yang mengalami kesulitan mengembangkan mentalnya karena terhambat oleh masalah-masalahnya, seperti penyesuaian diri, konflik dengan orang tua atau teman, masalah pribadi, masalah akademis , dan masalah lainnya yang dapat menghambat eksplorasi potensi siswa, bahkan dapat menyebabkan stres.”

c. Kesehatan Mental di Tempat Kerja

“Peran penting lingkungan kerja dalam kehidupan manusia tidak bisa diremehkan. Lingkungan kerja bukan hanya sebagai tempat mencari nafkah, arena persaingan bisnis dan peningkatan kesejahteraan, tetapi juga menjadi sumber stress yang berdampak negatif terhadap kesehatan mental setiap orang yang berinteraksi dengannya, individu misalnya. Pesertanya meliputi pejabat, petugas, karyawan atau karyawan. Masalah yang menyebabkan psikosis di tempat kerja antara lain disebabkan oleh stres. Stres sering terjadi di lingkungan kerja, antara lain:

- 1) Kekecewaan atas kurang terjaminnya kesejahteraan, dalam hal ini, honor atau gaji serta tunjangan yang diterima tidak mencukupi untuk kebutuhan sehari-hari
- 2) Konflik di tempat kerja dengan personil lainnya, contohnya dengan atasan, kolega atau dengan partner

- 3) Pekerjaan yang sedang dijalani tidak sesuai dengan passion serta kemampuan dirinya
- 4) Kompetisi atau persaingan yang tidak sehat yang terjadi antar pimpinan atau karyawan
- 5) Beban kerja yang terlalu berat, terlebih tidak sebanding dengan honor yang dibayarkan
- 6) Lingkungan kerja yang kurang kondusif, misalnya terlalu bisng, kotor, sumpek, ventilasi udara yang tidak ideal
- 7) Waktu istirahat yang kurang
- 8) Hari libur yang kurang jika dibandingkan dengan rutinitas bekerja yang terlalu padat
- 9) Tidak adanya komunikasi terbuka antara pimpinan dan karyawan
- 10)Jenjang karir atau kenaikan pangkat/golongan yang tidak tertata dengan baik
- 11)Pegawai karyawan kurang diberikan kesempatan untuk menunaikan ibadah sesuai keyakinan.

Jika masalah ini muncul dalam suatu organisasi atau perusahaan, maka akan menyebabkan stagnasi produktivitas tenaga kerja di kalangan manajer atau karyawan. Jika hal ini terjadi, cukup menunggu lembaga atau perusahaan tersebut bangkrut. Dengan demikian, agar kader/pegawai dapat mencapai keberhasilan, keuntungan dan produktivitas, pimpinan perlu memperhatikan kesehatan mental bawahannya untuk menciptakan kondisi yang kondusif. Oleh karena itu, penting bagi pimpinan organisasi pemerintah/swasta untuk mengembangkan anjuran untuk mencegah masalah mental seperti gangguan afektif dengan meminimalkan kemungkinan sumber stres.”

2.5 Kesehatan Mental di Bidang Politik

Dalam berpolitik tentunya dibutuhkan kewarasan. Misalnya tanda-tanda gangguan jiwa di daerah ini adalah pemalsuan gelar, politik uang, KKN, pengkhianatan rakyat, dan stress yang mengarah pada perilaku agresif dengan tidak menjadi calon anggota legislatif, dll.

“Contoh dari psikosis politik ini adalah Presiden Nixon, yang mengalami ketidakstabilan emosi saat menghadapi skandal Watergate, serta gangguan emosional yang dialami Thomas Eagleton. Dia menderita depresi karena gagal mencalonkan diri sebagai Wakil Presiden Partai Demokrat di AS. Dia menjalani perawatan electroshock therapy.”

2.6 Kesehatan Mental di Bidang Hukum

Penting bagi hakim untuk memiliki pemahaman tentang kesehatan jiwa, agar dapat mendeteksi tingkat kesehatan jiwa terdakwa dan saksi selama persidangan, yang sangat mempengaruhi pengambilan keputusan persidangan. Tidak hanya hakim tetapi semua orang yang bekerja di bidang hukum ini perlu memiliki pola pikir yang sehat, sehingga ketika membentuk pikiran yang jernih, individu dapat bekerja lebih baik sesuai dengan tanggung jawab dan tugasnya.

2.7 Kesehatan Mental Kehidupan Beragama

Berbagai pendekatan dapat digunakan untuk mengobati gangguan jiwa individu. Metode religi merupakan salah satu bentuk pendekatan dalam pengobatan gangguan jiwa yang paling lama diterapkan dibandingkan dengan metode lainnya. Hal ini dibuktikan dengan indoktrinasi agama yang dilakukan oleh para nabi yang melakukan metode terapi untuk menyembuhkan penyakit spiritual masyarakat berabad-abad yang lalu. dan mengatasi gangguan jiwa yang dihadapinya. Di era revolusi industri 4.0, individu cenderung luntur dengan nilai-nilai agama,

sehingga tausiyah, mauidlah hasanah, dialog agama dengan para ahli agama sangat diperlukan. Tentang bagaimana mengembangkan wawasan keagamaan dan mengatasi permasalahan hidup melalui pendekatan keagamaan, untuk membentuk mentalitas yang sehat.”

DAFTAR PUSTAKA

- Muchamad Choirudin, Jrl. 2015. Sebagai Upaya Mencapai Kesejahteraan Jiwa
- Paisol Burlian, book 2016, Patologi social
- Abdul Hamid. 2017. Agama Kesehatan Mental Dalam Dan Perspektif psikologi Agama Dosen Agama Islam FKIP Universitas Tadulako. Jurnal Kesehatan Tadulako Vol. 3 No. 1, 1-84
- Anak Agung Rai Tirtawati. 2016. Kesehatan Mental Sumber Daya Manusia Para Guru (Implikasinya terhadap Penyelenggaraan Diklat/Pelatihan) Jurnal Kajian Pendidikan Widya Accarya FKIP Universitas Dwijendra ISSN NO. 2085-0018.
- Ariadi Purwansyah. 2013. Kesehatan Mental dalam Perspektif Islam*Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Jurnal Syifa'MEDIKA, Vol. 3 No.2.
- Dewi, K. S. 2012. Buku ajar kesehatan mental. Semarang: UPT UNDIP Press
- Fakhriani D.V. 2017. Kesehatan Mental. Pamekasan : Duta Media Publishing
- Fakhriani D.V. 2019. Buku Kesehatan Mental. Pamekasan :CV Duta Media
- Indra Adityawarman. 2010. Sejarah Perkembangan Gerakan Kesehatan Mental Prodi Bimbingan Konseling Islam (BKI), Jurusan Dakwah (Komunikasi) STAIN Purwokerto. JURNAL DAKWAH DAN KOMUNIKASI/Jurusan Dakwah STAIN Purwokerto KOMUNIKA ISSN: 1978- 1261 Vol.4 No.1
- Layla, dkk. 2019. Peningkatan Kesehatan Mental Anak Dan Remaja Melalui Ibadah Keislaman. Al-Hikmah:Jurnal Agama dan Ilmu Pengetahuan P-ISSN 1412-5382 Vol. 16 No. 2, Oktober 2019 E-ISSN 2598-2168

BAB 3

PERSPEKTIF KONTEMPORER

TENTANG PERILAKU TIDAK SEHAT

Oleh Suprapto

Perspektif adalah kumpulan asumsi atau prediksi tentang sesuatu, dengan harapan bahwa seseorang akan mengkomunikasikan sesuatu itu dengan cara tertentu. Perspektif adalah pilihan ketika melakukan suatu tindakan pada objek yang bergerak dalam ruang yang mengembang seperti yang ditunjukkan oleh mata tiga dimensi. Selain itu, perspektif memiliki fitur utama lain yang memungkinkannya digunakan sebagai pandangan atau sudut pandang. Menurut Martono, (2012) perspektif adalah strategi yang digunakan seseorang ketika mereka mengamati fenomena tertentu atau masalah yang sedang berlangsung.

Menurut Winardit, (1999) perspektif adalah cara memandang suatu masalah atau proyek baik dari sudut pandang maupun sudut pandang seseorang. Sehubungan dengan hal ini, saya memprediksi bahwa manusia akan selalu memiliki perspektif yang dapat digunakan untuk memahami situasi. Sudut pandang adalah cabang pemikiran yang bersifat konseptual. Ini termasuk nilai, asumsi, dan gagasan yang pada akhirnya akan memperburuk persepsi dan penilaian yang akan digunakan dalam situasi tertentu (Charon, 2012).

Persepsi adalah satu-satunya proses psikologis terpenting yang memiliki banyak implikasi bagi kognisi, refleksi, dan proses pembelajaran. Persepsi adalah proses di mana seseorang mengatur dan menafsirkan data sensorik mereka sendiri untuk menyumbangkan seni ke lingkungan mereka. Selain itu, persepsi adalah proses mental yang memungkinkan kita untuk memahami

lingkungan kita dan menyadarinya. Persepsi berkembang dari objek apa pun yang menghasilkan rangsangan yang akan mempengaruhi pankreas kita. Indera mengubah stimulus menjadi proyek syaraf dan kemudian mengubahnya menjadi proses perseptif. Persepsi menyadari, mengetahui tentang keadaan lingkungan yang ada di tempatnya, serta tentang keadaan diri individu yang bersangkutan.

Respons seseorang terhadap suatu kondisi disebut sebagai penyakit mereka, dan itu terkait dengan umpan balik negatif yang terus-menerus mereka terima yang dianggap subyektif. Penyakit adalah reaksi biologis terhadap bakteri asing tertentu. Orang dengan penyakit tidak selalu merasa sakit, dan sebaliknya berlaku untuk orang yang mengalami penyakit ketika tidak ada penyakit. Ketika seseorang mengalami sembelit, mereka mungkin merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari mereka, termasuk kegiatan sosial, rekreasi, dan yang berhubungan dengan pekerjaan. Menjalani gaya hidup yang tidak sehat merupakan hasil dari aktivitas sehari-hari yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan kita dan menyebabkan penyakit bagi diri kita sendiri. Kualitas hidup seseorang mencakup posisi mereka dalam kehidupan sehari-hari mereka, hubungan mereka dengan sistem peradilan dan pemerintahan, dan hubungan lain yang mereka miliki yang melampaui hanya efek fisik atau psikologis (Nurvitasari, dkk. 2019).

Sakit merupakan kondisi yang menyulitkan masyarakat untuk melakukan kegiatan Jasmani dan Rohani, sehingga tidak mungkin bagi siapapun untuk menjalankan fungsi dan aktivitasnya senormal mungkin di masyarakat. Penyakit menandakan dimensi sosial tertentu, yaitu kapasitas untuk mengartikulasikan kebutuhan yang berkaitan dengan kesejahteraan anak. Ketika seseorang mampu memulai proyek sosial, seperti kewajiban-kewajiban, dan bekerja seperti yang diharapkan, masyarakat umum tidak menganggap ini sebagai masalah. Masalah kesehatan masyarakat, terutama di negara berkembang yang berkembang seperti

Indonesia, adalah dua aspek, yaitu aspek fisik seperti ketersediaan sarana kesehatan dan pengobatan penyakit, dan aspek non-fisik yang berkaitan.

Kedua aspek ini saling berkaitan dengan aspek perilaku dalam menentukan sarana kesehatan yang dipilih dan pengobatan penyakit yang menjadi aspek non-fisik perilaku untuk individu atau kelompok dengan kemungkinan besar yang mengalami keluhan kesehat. Upaya individu untuk memenuhi keinginan mereka untuk menjadi sehat dan aman ketika memilih pengobatan untuk pasien terhalang oleh sejumlah faktor. Pengetahuan, masalah biaya pengobatan, ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima dalam menjalani pengobatan, beberapa kasus malpraktek, dan lokasi pelayanan kesehatan adalah beberapa faktor yang berkontribusi pada penentuan masyarakat mengenai kepemilikan pengobatan. Seorang individu membuat keputusan berdasarkan perasaan, persepsi, pengetahuan, dan pemahaman mereka tentang stimulus tertentu atau situasi lain. Individu ini terlibat dalam perilaku sosial rasional, yang melibatkan pencapaian tujuan atau mencapai tujuan menggunakan strategi yang paling tepat. Ketiga golongan masyarakat tersebut menurut indikator sosial ekonomi adalah kelompok tinggi, kelompok menengah, dan kelompok rendah, yang seringkali ditentukan oleh keadaan pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Seseorang dapat terhalang oleh tekanan sosial ekonomi jika mereka tidak dapat mengidentifikasi pilihan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Individu dengan suku bangsa, status pekerjaan, atau tingkat pendidikan yang berbeda memiliki motivasi dan risiko mendasar yang berbeda terkait dengan kesehatan mereka. Berdasarkan anggapan bahwa orang dengan struktur sosial yang lemah akan menggunakan perawatan kesehatan dengan cara yang sama seperti orang lain, pernyataan ini dibuat. Pendapatan dapat digunakan sebagai ukuran dalam melaksanakan program pemeliharaan kesehatan. Seperti halnya kelas sosial, perbedaan suku bangsa, dan hari libur, perilaku sakit, peranan sakit, dan

peranan pasien sangat merugikan. Misalnya, telah terungkap bagaimana tingkah laku sakit berbeda tergantung pada kelas sosial dan ekonomi dari populasi yang homogen. Fenomena yang marak adalah menurunnya moralitas manusia yang terlihat dari perilaku seperti minum keras, tawuran antar peserta didik, kurang disiplin, mencuri, merampok, memerkosa, pencabulan, dan penganiayaan, yang menunjukkan kesehatan mental yang tidak sehat. Oleh karena itu, diperlukan sebuah program untuk meningkatkan kesehatan mental (Ali, 2020). Perilaku menyimpang terdeteksi pada tahap awal kehidupan penerima kondisi yang memiliki faktor risiko stigmatisasi daging mentah dikombinasikan dengan pendarahan persisten dan saksi waspada (Li *et al.*, 2021). Sakit yang ada pada setiap individu mungkin merupakan jenis yang biasa. Tetapi jika seseorang mengalami penyakit akut dan itu memicu indikator psikologis yang parah dan negatif, itu akan menjadi penyakit akut yang tidak normal.

Perilaku adalah respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau bentuk yang tidak terduga. Respons atau respons terhadap stimulus ini mungkin lebih jelas dalam pikiran, persepsi, pemahaman, atau tindakan, dan spesifik dari apa yang terjadi tidak dapat dipahami dengan baik oleh orang lain. Jika diadopsi oleh prosedur seperti ini yang didasarkan pada pengetahuan, kebijaksanaan, dan sifat karakter positif, perilaku akan bias (Suprapto, 2022). Perilaku sakit dapat dikonseptualisasikan sebagai respons individu terhadap masalah kesehatan tertentu. Respons ini mendorong seseorang untuk memeriksa laporan kesehatan yang menunjukkan perilaku sakit yang akan datang. Dua jenis utama kelumpuhan menyimpang adalah kelumpuhan dengan fokus fisik dan kelumpuhan dengan fokus psikologis. Perilaku sakit dengan fokus somatik terdiri dari perilaku sakit yang menegaskan dan perilaku sakit yang bersifat menyiksa. Menurut prinsip perilaku penyakit abnormal, satu-satunya aspek orang sakit dimanifestasikan dalam perilaku psikososial. Ciri sakit: merai nyeri, pusing, lemas, tidak

bersemangat menjalankan aktivitas, meraih tidak tenang dan kecemasan yang lebih dari yang diperlukan. Rentang sehat dan sakit merupakan prinsip yang harus dipahami dengan jelas agar dapat diterapkan pada orang lain yang membutuhkan pertolongan perawatan agar dapat memberikan penjelasan yang jelas tentang sehat dan sakit.



Keadaan kesehatan dapat berkisar dari jumlah energi maksimum hingga kondisi yang disebut kematian yang menunjukkan tidak ada lagi energi. Rentang sehat diartikan sebagai memiliki kondisi fisik, emosional, sosial, dan spiritual yang sehat. Rentang sakit adalah gangguan dengan fungsi tubuh yang khas, baik seluruhnya maupun sebagian. Setiap individu akan berbeda dan unik jika mereka sehat. Bahkan ketika ada orang yang juga cenderung berpikir dengan cara yang sama tentang orang lain, setiap orang memiliki potensi untuk melihat diri mereka sebagai orang yang sehat. Karena ini dan faktor-faktor lain, situasi saat ini menguntungkan; Namun, orang serupa dalam situasi itu mungkin menderita penyakit serius sepuluh tahun dari sekarang.. Kepkekaan, egoisme, fokus diri pada diri sendiri, banyak emosi, minat menurun, perilaku yang lebih dari biasanya, dan fungsionalitas adalah ciri-ciri perilaku yang terjadi setelah sakit. Keadaan orang sakit mempengaruhi orang-orang di daerah tersebut selain hanya

orang sakit yang mengubah perilakunya. Petugas perawatan paliatif sering mengalami kecemasan dan tekanan emosional, yang dapat diwujudkan melalui pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk upaya peningkatan kualitas perawatan paliatif (S. Suprapto, 2022).

Perspektif dalam biologi model medis terus memiliki dasar yang kuat dalam pemahaman kontemporer tentang kejadian anomali. Model medis menawarkan perspektif biologis tentang kejadian anomali. Situasi di mana orang datang dengan gejala fisik seperti kelumpuhan atau mati rasa yang tidak dapat dijelaskan oleh berbagai penyebab fisik kompleks yang ada. Keyakinan yang lazim pada saat itu adalah bahwa mereka sekarang mengalami masalah dengan sistem saraf mereka, yang menyebabkan simptom saat ini. Simptom tersebut akan dihilangkan oleh tubuh pasien hysteria atau benar dimunculkan oleh tubuh pasien normal dengan sugesti hypnotherapy. Apa pun faktor psikologis yang menyebabkan hysteria, kemungkinan besar akan lazim di luar wilayah kesadaran.

Perspektif sosiokultural para ahli teori mencari penyebab perilaku abnormal yang mungkin terletak pada kegagalan masyarakat daripada orang-orang yang mengalaminya. Beberapa ahli teori sosiokultural yang lebih radikal bahkan menyangkal adanya gangguan psikologis atau penyakit mental. Tidak normal hanyalah label yang melekat oleh masyarakat oleh orang-orang yang memiliki perilaku yang menyimpang dari norma-norma sosial yang dapat diterima. Menurut label tersebut, itu digunakan untuk memberikan stigma dan menyingkirkan penyimpangan sosial. Di atas kami telah memeriksa hubungan antara pola perilaku abnormal dan perilaku sosio-abnormal. Ahli teori sosiokultural mengklaim bahwa begitu label penyakit mental diberikan kepada seseorang, sangat sulit untuk dihilangkan. Label ini juga mempengaruhi respons orang lain terhadap pasien. Pasien gangguan jiwa distigmatisasi dan didegradasi secara sosial. Peluang kerja mungkin hilang, persahabatan mungkin terkoyak, dan "pasien" mungkin semakin terasing dari masyarakat.

Dari perspektif biopsikososial, banyak ahli teori saat ini telah mengadopsi perspektif biopsikososial yang melihat bagaimana berbagai faktor yang mewakili domain biologis, psikologis, dan sosial budaya berinteraksi dalam pengembangan gangguan tertentu. Kita baru mulai mengeksplorasi interaksi faktor-faktor yang tidak terlihat, dan seringkali kompleks, yang mengarah pada pola perilaku abnormal. Perspektif biopsikososial mengundang kita untuk melihat bagaimana faktor biologis dan psikologis terkait dengan perkembangan pola perilaku abnormal. Untuk beberapa gangguan, penyebabnya mungkin terutama atau bahkan secara biologis eksklusif. Banyak akademisi terkemuka saat ini percaya bahwa pola perilaku abnormal terlalu kompleks untuk dipahami hanya dari satu model atau perspektif. Mereka mendukung pandangan bahwa perilaku abnormal paling baik dipahami ketika memperhitungkan interaksi antara berbagai penyebab yang mewakili bidang biologis, psikologis, dan sosial budaya. Perspektif biopsikososial, atau model interaksionis, mengilhami pendekatan yang kita ambil dalam buku ini untuk memahami asal-usul perilaku abnormal. Kami percaya bahwa perlu untuk mempertimbangkan interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya dalam perkembangan gangguan psikologis.

Meskipun kami menyadari bahwa pemahaman kami tentang faktor-faktor penyebab ini mungkin tidak lengkap, kami mendorong pembaca untuk mempertimbangkan kemungkinan jalur kausal yang melibatkan pengaruh berbagai faktor dan interaksi mereka. Perspektif tentang gangguan psikologis memberikan kerangka kerja tidak hanya untuk penjelasan tetapi juga untuk perawatan. Berbagai perspektif ini juga menghasilkan formulasi untuk prakiraan, atau hipotesis, yang memandu penelitian (Setiadi, 2019).

Model diatesis stres mengasumsikan bahwa gangguan tersebut muncul dari kombinasi atau interaksi diatesis atau kerentanan dengan stres. Dalam sebagian besar versi model ini,

diatesis digambarkan sebagai kecenderungan biologis, yang biasanya merupakan sifat genetik yang meningkatkan risiko mengembangkan gangguan tertentu. Dalam beberapa kasus, orang dengan gangguan diatesis dengan gangguan tertentu, dapat tetap bebas dari gangguan atau mengembangkan bentuk gangguan ringan jika tingkat stres dalam hidup mereka tetap rendah. Namun, semakin kuat tingkat diatesis, semakin sedikit stres yang biasanya diperlukan untuk menghasilkan gangguan tersebut. Dalam beberapa kasus diatesis mungkin sangat parah sehingga gangguan tetap ada meskipun kondisi kehidupan terbaik. Health belief model sering dianggap sebagai kerangka kerja kunci untuk perilaku terkait kesehatan manusia dan telah merangsang penelitian perilaku kesehatan (Suprapto, 2022). Pemahaman konsep pembentukan perilaku sehat dan sakit di masyarakat perlu diketahui dengan baik. Hal ini berkaitan dengan upaya preventif dan promotif terhadap kesehatan masyarakat sehingga tujuannya adalah membentuk perilaku masyarakat dalam kesehatan menjadi lebih baik.

Konsep masyarakat tentang rasa sakit adalah dimana hal itu dirasakan oleh seseorang yang tidak bisa bangun dari tempat tidur dan tidak mampu melaksanakan pekerjaannya. Terapi emosional rasional dalam pikiran negatif dengan perspektif studi positivisme logis. Ide dasar untuk membuktikan dan menantang konseli irasional, yang mana pemikiran irasional akan digantikan oleh pemikiran yang lebih rasional dan logis sesuai dengan Terapi Emosional Rasional dan menerapkan metode verifikasi yang diusulkan oleh Lingkaran Wina. Penerapan metode verifikasi dilakukan dengan melakukan observasi dan wawancara langsung dengan orang terdekat dengan pikiran negatif, pikiran irasional, dan perubahan konseden. Memverifikasi dan membuktikan perjanjian tidak dapat memberikan subjektif atau pendapat berdasarkan sendiri tetapi dimaksudkan untuk tujuan (Sakinah, 2019).

Menurut model medis, orang yang berada dalam kesulitan lebih kecil kemungkinannya daripada rata-rata untuk mengalami masalah kesehatan mental atau gangguan yang dapat diklasifikasikan sebagai penyakit fisik berdasarkan penyebab dan gejala spesifik dari setiap gangguan. Tidak semua orang yang menggunakan model medis memahami bahwa setiap pola menyimpang adalah hasil dari cacat biologis, tetapi mereka semua memegang keyakinan bahwa setiap pola abnormal dapat dikaitkan dengan kondisi fisik karena karakteristik fisiknya, terlepas dari penyebab yang mendasarinya.

Kraepelin mengklasifikasikan dua gangguan mental utama sebagai "gangguan" atau "penyakit mental": demensia praecox dari kata Yunani "dewasa sebelum waktunya," yang sekarang kita sebut sebagai "skizofrenia," dan "gangguan depresi manik psikosis," yang sekarang diklasifikasikan sebagai "gangguan bipolar." Menurut Kraepelin, demensia praecox disebabkan oleh disregulasi biokimia dan kemungkinan gangguan depresi mayor karena kelainan tertentu dalam metabolisme tubular. Namun, kontribusi utama Kraepelin adalah pemahamannya tentang sistem klasifikasi yang saat ini penting untuk sistem diagnostik. Ada beberapa istilah yang digunakan saat ini yang meminimalkan kekurangan pendekatan medis. Karena adanya model medis, banyak profesional dan orang awam telah mendiskusikan individu-individu yang dianggap abnormal sebagai penyebab penyakit mental. Karena pendekatan medis saat ini, banyak orang berbicara tentang perilaku menyimpang daripada karakteristik perilaku abnormal. Kondisi lain yang ditangani oleh model medis termasuk kesehatan sindrom, diagnosis, pasien, pasien mental, rumah sakit mental prognosis, penanganan, terapi, kesembuhan, Icambuh, dan remisi. Pengobatan model adalah alat utama demonologi. Model ini menyampaikan gagasan bahwa kejadian menyimpang harus selalu ditangani oleh para profesional terlatih daripada oleh orang awam. Mengatakan ini akan membantu menangkal karma, penganiayaan, dan kebencian.

Tujuan terapi psikodinamik adalah untuk membantu individu dalam memahami dan menyelesaikan konflik atau ketidaksepakatan yang terjadi di latar belakang kehidupan sehari-hari dan diakui sebagai tanda-tanda perilaku abnormal membantu dalam memberikan kesadaran yang sedang disajikan. Ego terbebaskan untuk focus pada ketertarikan yang lebih konstruktif. Ego ditundukkan untuk memungkinkan percakapan yang lebih konstruktif. Sebagai akibat dari krisis dan kesulitan yang meningkat, resiliensi melibatkan kekuatan di dasar tekanan. Berbeda dengan fokus model defisit pada praktik, pendekatan ini menekankan potensi masyarakat luas untuk menangani kesulitan. Seiring dengan memperbaiki masalah, pengungsi juga mendorong transformasi dan pertumbuhan positif. Dalam proses membangun hubungan, kelompok ini mengembangkan ikatan yang lebih panas dan menghasilkan lebih banyak solusi untuk menghadapi masa depan dunia yang akan datang. Menurut definisi tradisional, penduduk suatu kelompok merupakan mayoritas anggotanya. Perspektif kontemporer yang menekankan pentingnya keluarga dengan memberikan wawasan tentang dinamika relasionalnya sebagai unit organisasi sosial sangat relevan dengan praktik klinis dan pengembangan layanan sosial baru (Herdiana, 2019). Kesehatan, baik itu rohani maupun jasmani kesehatan, adalah satu-satunya kebutuhan esensial manusia. Umat manusia mampu terlibat dalam berbagai kegiatan, apakah itu terkait dengan masalah dengan masalah dunia atau masalah dengan masalah ukhrowi, berkat kesehatannya yang sangat baik. Meskipun menjaga kesehatan seseorang itu penting, banyak orang sering gagal melakukannya.

Bagi setiap manusia, keselamatan adalah hak asasi manusia yang mendasar. Kini hadir fasilitas untuk memberikan pelayanan kesehatan optimal yang up to date dan komprehensif, serta peralatan modern. Namun, sebagian besar penduduk menggunakan fasilitas medis tradisional untuk mengatasi masalah terkait kesehatan sesuai dengan rekomendasi dan saran yang

diberikan dengan bijaksana oleh otoritas terkait. Perspektif masyarakat yang disebutkan di atas tentang mempromosikan kesehatan agak beragam. Menurut Informatan, konsep kesehatan mengacu pada kondisi manusia yang berkaitan dengan tahap-tahap kehidupan, mulai dari proses kelahiran hingga tahap perkembangan terakhir yang dikenal sebagai kematian, yang berhubungan dengan hati dan pikiran, kesehatan fisik yang baik, dan kehidupan yang bahagia atau tidak bahagia. Ada banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang, antara lain faktor internal seperti perkembangan dan faktor eksternal seperti keadaan lingkungan di sekitar seseorang. Namun, hal ini disebabkan oleh faktor-faktor seperti ucapan, guna-guna, lingkungan di sekitar seseorang, dan takdir. Hal ini menuntut peningkatan kesadaran akan kerentanan diri sendiri terhadap pembangunan serta kapasitas manusia untuk menghadapinya dalam berbagai konteks masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, A. 2020. 'Kesehatan mental dalam perspektif al Qur'an dan relevansinya dengan pendidikan Islam kontemporer di Indonesia'. IAIN Pekalongan. Available at: <http://etheses.iainpekalongan.ac.id/1606/>.
- Charon, J. M. 2012. *Ten questions: A sociological perspective*. Cengage Learning. Available at: https://www.google.com/books?hl=en&lr=&id=GQsKAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=Joel+M.+Charon&ots=zE762N5CRj&sig=7t5hD5Cpqi5-UXAPWH_HTF03noM.
- Herdiana, I. 2019. 'Resiliensi Keluarga : Teori, Aplikasi Dan Riset', *PSIKOSAINS (Jurnal Penelitian dan Pemikiran Psikologi)*, 14(1), p. 1. doi: 10.30587/psikosains.v14i1.889.
- Li, S. et al. 2021. 'Renal denervation does not affect hypertension or the renin-angiotensin system in a rodent model of juvenile-onset polycystic kidney disease: clinical implications', *Scientific Reports*, 11(1), p. 14286. doi: 10.1038/s41598-021-93575-0.
- Martono, N. 2012. *Sosiologi perubahan sosial: Perspektif klasik, modern, posmodern, dan poskolonial (sampel halaman)*. RajaGrafindo Persada Jakarta. Available at: <https://www.google.com/books?hl=en&lr=&id=6lt1BgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA435&dq=Martono,+perspektif+&ots=yF0kZGRL8A&sig=MZMXLriqDs5uLTGVP69nEHdUVo4>.
- Nurvitasari, J., Mardhiyah, A. and Nurhidayah, I. 2019. 'Masalah Psikososial Pada Penyandang Talasemia Usia Sekolah Di Poliklinik Talasemia Rsud Sumedang', *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 5(1), pp. 55–63. doi: 10.33755/jkk.v5i1.129.
- Sakinah, A. 2019. 'Rational Emotive Therapy Dalam Menangani Negative Thinking Perspektif Positivisme Logis', *Transformatif*, 3(1), pp. 85–98. doi: 10.23971/tfv3i1.1233.

- Setiadi, N. J. 2019. *Perilaku Konsumen: Perspektif Kontemporer pada Motif, Tujuan, dan Keinginan Konsumen Edisi Ketiga*. Prenada Media. Available at: <https://www.google.com/books?hl=en&lr=&id=DZLyDwAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=Perspektif+Kontemporer+Tentang+Perilaku+Tidak+Sehat&ots=12-qHERTrp&sig=oCVM4NMEP9CY7lIHrDaJGN3jfV0>.
- Suprapto. 2022. 'Buku Ajar Antropologi Kesehatan: Dalam Praktik Keperawatan'. LP2M Akademi Keperawatan Sandi Karsa. doi: 978-623-88156-0-9.
- Suprapto, S. 2022. 'Perilaku Perawat dalam Perawatan Paliatif di Era Pandemic Covid-19', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), pp. 70–74. doi: 10.35816/jiskh.v11i1.707.
- Winardit, S. D. 1999. 'Perspektif Global', *UT, Jakarta*.

BAB 4

METODE PENANGANAN GANGGUAN KESEHATAN MENTAL

Oleh Yunike

4.1 Pendahuluan

Tekanan hidup dapat terjadi kapan saja dan mengenai siapa saja, sehingga kemungkinan gangguan jiwa juga dapat terjadi pada siapa saja, tidak hanya pada sekelompok orang tertentu (Kusumawaty *et al.*, 2021). Penyakit mental mengacu pada gangguan yang dapat didiagnosis secara klinis yang secara signifikan mengganggu kemampuan kognitif, emosional, atau sosial seseorang (COAG, 2017). Penyakit mental dapat memiliki efek yang merusak pada individu dan keluarga yang terkena dampaknya, dan pengaruhnya sangat luas bagi masyarakat secara keseluruhan. Masalah sosial umumnya terkait dengan penyakit mental termasuk kemiskinan, pengangguran atau penurunan produktivitas, dan tunawisma (AIHW, 2019).

Gangguan mental memengaruhi hampir 30% orang seumur hidup mereka dan merupakan salah satu penyebab terbesar penyakit global, terhitung 32% dari semua tahun hidup dengan kecacatan, dan 13% dari tahun hidup yang disesuaikan dengan kecacatan (Vigo *et al.*, 2016). Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari suatu bentuk penyimpangan perilaku akibat distorsi emosi sehingga ditemukan penyimpangan dalam perilaku (Kusumawaty *et al.*, 2021).

World Health Organization (WHO, 2017) melaporkan bahwa 10–20% anak-anak dan remaja di seluruh dunia mengalami masalah kesehatan mental. Diperkirakan 50% dari

semua gangguan mental terjadi pada usia 14 tahun dan 75% pada usia 18 tahun (Keles *et al.*, 2020). Gangguan yang paling umum terjadi pada anak – anak dan remaja adalah gangguan kecemasan dan depresi (Mental Health Foundation, 2018).

Menurut *Royal Society for Public Health, & Young Health Movement* (2017), prevalensi kecemasan dan depresi telah meningkat sebesar 70% dalam 25 tahun terakhir pada orang muda (*Royal Society for Public Health*, 2017). Depresi dan kecemasan memiliki konsekuensi buruk pada perkembangan remaja, termasuk pencapaian pendidikan yang lebih rendah, putus sekolah, gangguan hubungan sosial, peningkatan risiko penyalahgunaan zat, masalah kesehatan mental dan bunuh diri (Hetrick *et al.*, 2016; Keles *et al.*, 2020)

Kesenjangan antara jumlah orang yang membutuhkan dan menerima pengobatan untuk gangguan kesehatan mental, merupakan tantangan kesehatan masyarakat yang utama. Meskipun gangguan kesehatan mental adalah penyebab kecacatan yang paling umum, hanya sebagian kecil dari mereka yang menderita gangguan ini menerima pengobatan (Alonso *et al.*, 2018).

Program Aksi Kesenjangan Kesehatan Mental Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (mhGAP) telah mengembangkan pedoman yang secara khusus berfokus pada kebutuhan orang yang tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Terapi psikologis menjadi pilihan utama dalam manajemen stress akut, PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*), kecemasan, dan depresi yang berdasarkan pedoman *Health Gap Action Programme* (MHGAP) (WHO, 2018).

Pentingnya setiap orang untuk mendapat perawatan kesehatan mental. Perawatan penyakit mental dapat dilakukan dalam berbagai pengaturan dan biasanya melibatkan tim penyedia multidisiplin seperti konselor, psikolog, psikiater, perawat, pembantu kesehatan mental, dan profesional dukungan sebaya (Psychguides, 2022).

4.2 Gangguan Kesehatan Mental

Kesehatan mental didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai “keadaan kesejahteraan mental dan psikologis di mana setiap individu menyadari potensinya sendiri, dan dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, bekerja secara produktif dan bermanfaat, dan mampu untuk memberikan kontribusi kepada komunitasnya” (Deloitte, 2022).

Gangguan mental adalah suatu kondisi kesehatan mental seseorang di mana sulit atau bahkan tidak mungkin untuk mengatasi pemikiran, perasaan, atau respons dan dapat mencakup kecemasan, depresi, serta stres dalam hidup yang menyebabkan kurang tidur, sakit kepala, atau gejala fisik lainnya. Kesehatan mental ditentukan oleh berbagai faktor sosial ekonomi, biologis, dan lingkungan (Deloitte, 2022; World Health Organization, 2017).

Gangguan mental, perilaku, dan perkembangan saraf adalah sindrom yang ditandai dengan gangguan signifikan secara klinis pada kognisi, regulasi emosi, atau perilaku individu yang mencerminkan disfungsi dalam proses psikologis, biologis, atau perkembangan yang mendasari fungsi mental dan perilaku. Gangguan ini biasanya berhubungan dengan distres atau gangguan pada fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya (ICD-11, 2022).

4.3 Jenis – Jenis Gangguan Mental

Pada tahun 2019, 1 dari setiap 8 orang, atau 970 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan mental, dengan gangguan kecemasan dan depresi yang paling umum (IHME, 2019). Pada tahun 2020, jumlah orang yang hidup dengan gangguan kecemasan dan depresi meningkat secara signifikan karena pandemi COVID-19 dimana kebijakan *Work From Home* yang dapat memberikan dampak negatif pada kesehatan mental individu (Kusumawaty, Yunike, Sulistyorini, *et al.*, 2022). Perkiraaan awal menunjukkan peningkatan masing-masing 26% dan 28% untuk gangguan

kecemasan dan depresi berat hanya dalam satu tahun (WHO, 2022b). Meskipun ada pilihan pencegahan dan pengobatan yang efektif, kebanyakan orang dengan gangguan mental tidak memiliki akses ke perawatan yang efektif. Banyak orang juga mengalami stigma, diskriminasi dan pelanggaran hak asasi manusia.

1) Gangguan Kecemasan

Pada tahun 2019, 301 juta orang hidup dengan gangguan kecemasan termasuk 58 juta anak-anak dan remaja (IHME, 2019). Gangguan kecemasan ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang berlebihan serta gangguan perilaku terkait. Gejalanya cukup parah untuk mengakibatkan penderitaan yang signifikan atau gangguan fungsi yang signifikan. Ada beberapa jenis gangguan kecemasan, seperti: gangguan kecemasan umum (ditandai dengan rasa khawatir yang berlebihan), gangguan panik (ditandai dengan serangan panik), gangguan kecemasan sosial (ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang berlebihan dalam situasi sosial), gangguan kecemasan perpisahan (ditandai dengan ketakutan atau kecemasan yang berlebihan tentang perpisahan dari orang-orang yang kepadanya orang tersebut memiliki ikatan emosional yang dalam), dan lain-lain. Ada pengobatan psikologis yang efektif, dan tergantung pada usia dan tingkat keparahan, pengobatan juga dapat dipertimbangkan (WHO, 2022a).

2) Depresi

Pada tahun 2019, 280 juta orang hidup dengan depresi, termasuk 23 juta anak-anak dan remaja (IHME, 2019). Depresi berbeda dari fluktuasi suasana hati yang biasa dan respons emosional jangka pendek terhadap tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Selama episode depresi, orang tersebut mengalami suasana hati yang tertekan (merasa sedih, mudah marah, kosong) atau kehilangan kesenangan atau minat dalam aktivitas, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, setidaknya selama dua minggu.

Beberapa gejala lain juga muncul, yang mungkin termasuk konsentrasi yang buruk, perasaan bersalah yang berlebihan atau harga diri yang rendah, keputusasaan tentang masa depan, pikiran tentang kematian atau bunuh diri, gangguan tidur, perubahan nafsu makan atau berat badan, dan merasa sangat lelah atau rendah energi. Orang dengan depresi berisiko lebih tinggi untuk bunuh diri. Namun, ada perawatan psikologis yang efektif, dan tergantung pada usia dan tingkat keparahannya, pengobatan juga dapat dipertimbangkan.

3) Gangguan Bipolar

Pada 2019, 40 juta orang mengalami gangguan bipolar (IHME, 2019). Orang dengan gangguan bipolar mengalami episode depresi bergantian dengan periode gejala manik. Selama episode depresi, orang tersebut mengalami suasana hati yang tertekan (merasa sedih, mudah marah, hampa) atau kehilangan kesenangan atau minat dalam aktivitas, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari. Gejala manik mungkin termasuk euphoria atau lekas marah, peningkatan aktivitas atau energi, dan gejala lain seperti banyak bicara, pikiran berpacu, peningkatan harga diri, penurunan kebutuhan untuk tidur, distraksi, dan perilaku sembrono impulsif. Orang dengan gangguan bipolar berada pada peningkatan risiko bunuh diri. Namun ada pilihan pengobatan yang efektif termasuk psikoedukasi, pengurangan stres dan penguatan fungsi sosial, dan pengobatan (WHO, 2022a)..

4) Gangguan Stress Pascatrauma (PTSD)

Prevalensi PTSD dan gangguan mental lainnya tinggi di lingkungan yang terkena dampak konflik (Charlson et al., 2019). PTSD dapat berkembang setelah terpapar peristiwa atau rangkaian peristiwa yang sangat mengancam atau mengerikan. Ini ditandai dengan semua hal berikut: 1) Mengalami kembali peristiwa traumatis atau peristiwa di

masa sekarang (ingatan yang mengganggu, kilas balik, atau mimpi buruk); 2) Menghindari pikiran dan ingatan tentang peristiwa, atau menghindari aktivitas, situasi, atau orang yang mengingatkan pada peristiwa tersebut; dan 3) persepsi terus-menerus tentang ancaman saat ini yang meningkat. Gejala-gejala ini bertahan setidaknya selama beberapa minggu dan menyebabkan gangguan fungsi yang signifikan (WHO, 2022a).

5) Skizofrenia

Skizofrenia mempengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang di seluruh dunia (IHME, 2019). Orang dengan skizofrenia memiliki harapan hidup 10-20 tahun di bawah populasi umum. Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dikenali dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan terpaat perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi perasaan yang tidak normal (Kusumawaty, Yunike, Cahyati, et al., 2022). Gejala skizofrenia mungkin termasuk delusi yang terus-menerus, halusinasi, pemikiran yang tidak teratur, perilaku yang sangat tidak teratur, atau agitasi yang ekstrim. Orang dengan skizofrenia mungkin mengalami kesulitan terus-menerus dengan fungsi kognitif mereka. Namun, ada berbagai pilihan pengobatan yang efektif, termasuk pengobatan, psikoedukasi, intervensi keluarga, dan rehabilitasi psikososial (WHO, 2022a).

6) Gangguan Makan (Eating Disorder)

Pada tahun 2019, 14 juta orang mengalami gangguan makan termasuk hampir 3 juta anak dan remaja (IHME, 2019). Gangguan makan, seperti anoreksia nervosa dan bulimia nervosa, melibatkan pola makan yang tidak normal dan keasyikan dengan makanan serta masalah berat badan dan bentuk tubuh yang menonjol. Gejala atau perilaku mengakibatkan risiko atau kerusakan yang signifikan terhadap kesehatan, tekanan yang signifikan, atau

gangguan fungsi yang signifikan. Anoreksia nervosa sering terjadi pada masa remaja atau awal masa dewasa dan berhubungan dengan kematian dini akibat komplikasi medis atau bunuh diri. Individu dengan bulimia nervosa berada pada peningkatan risiko yang signifikan untuk penggunaan zat, bunuh diri, dan komplikasi kesehatan. Ada pilihan pengobatan yang efektif, termasuk pengobatan berbasis keluarga dan terapi berbasis kognitif (WHO, 2022a).

- 7) Perilaku yang mengganggu dan gangguan dissosial
- 40 juta orang, termasuk anak-anak dan remaja, hidup dengan gangguan perilaku-dissosial pada tahun 2019 (IHME, 2019). Gangguan ini, juga dikenal sebagai gangguan perilaku, adalah salah satu dari dua gangguan perilaku dan dissosial, yang lainnya adalah gangguan pemberontak oposisi. Perilaku mengganggu dan gangguan dissosial dicirikan oleh masalah perilaku yang terus-menerus seperti terus-menerus menentang atau tidak patuh terhadap perilaku yang terus-menerus melanggar hak-hak dasar orang lain atau norma, aturan, atau hukum masyarakat yang sesuai dengan usia. Timbulnya gangguan yang mengganggu dan dissosial, umumnya, meski tidak selalu, selama masa kanak-kanak. Perawatan psikologis yang efektif ada, seringkali melibatkan orang tua, pengasuh, dan guru, pemecahan masalah kognitif atau pelatihan keterampilan social (WHO, 2022a).

- 8) Gangguan Perkembangan Saraf
- Gangguan perkembangan saraf adalah gangguan perilaku dan kognitif yang muncul selama periode perkembangan, dan melibatkan kesulitan yang signifikan dalam perolehan dan pelaksanaan fungsi intelektual, motorik, bahasa, atau sosial tertentu.

Gangguan perkembangan saraf termasuk gangguan perkembangan intelektual, gangguan spektrum autisme, dan

gangguan *attention deficit hyperactivity* (ADHD). ADHD ditandai dengan pola kurangnya perhatian dan/atau hiperaktif-impulsif yang terus-menerus yang berdampak negatif langsung pada fungsi akademik, pekerjaan, atau sosial. Gangguan perkembangan intelektual ditandai dengan keterbatasan yang signifikan dalam fungsi intelektual dan perilaku adaptif, yang mengacu pada kesulitan dengan keterampilan konseptual, sosial, dan praktis sehari-hari yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Gangguan spektrum autisme (ASD) merupakan kelompok kondisi yang beragam yang ditandai dengan beberapa tingkat kesulitan dengan komunikasi sosial dan interaksi sosial timbal balik, serta pola perilaku, minat, atau aktivitas yang terbatas, berulang, dan tidak fleksibel.

Ada pilihan pengobatan yang efektif termasuk intervensi psikososial, intervensi perilaku, terapi okupasi dan wicara. Untuk diagnosis dan kelompok usia tertentu, pengobatan juga dapat dipertimbangkan (WHO, 2022a).

4.4 Metode Penanganan Gangguan Kesehatan Mental

Health Gap Action Programme (mhGAP) telah merekomendasikan mengenai terapi psikologis bagi penderita gangguan kesehatan mental , seperti terapi perilaku-kognitif (*Cognitive-Behavioural Therapy* atau CBT). CBT sering digunakan sebagai istilah umum yang mencakup berbagai pendekatan, teknik, dan sistem terapeutik yang memiliki beberapa elemen umum. CBT termasuk perawatan psikologis yang menggabungkan komponen kognitif (ditujukan untuk berpikir secara berbeda, misalnya, dengan mengidentifikasi dan menantang pikiran negatif yang tidak realistik) dan komponen perilaku (ditujukan untuk melakukan sesuatu secara berbeda, misalnya, dengan membantu orang

tersebut untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang lebih bermanfaat (WHO, 2018).

Cognitive-Behavioural Therapy atau CBT telah diterapkan pada semua gangguan kesehatan mental dengan berbagai modifikasi atau penekanan untuk gangguan yang berbeda, berikut metode yang digunakan (Purgato *et al.*, 2018) :

1. Terapi Perilaku Kognitif Berfokus Trauma (CBT- T atau *Cognitive-Behavioural Therapy With A Trauma Focus*)

Berdasarkan gagasan orang yang pernah mengalami peristiwa traumatis memiliki pemikiran dan keyakinan negatif terkait peristiwa tersebut dan konsekuensinya. Pikiran dan keyakinan ini mengarah pada penghindaran pengingat akan peristiwa negative dan perasaan bahaya saat ini. Terapi CBT - T ini melibatkan pemaparan terhadap peristiwa yang terjadi dan menentang pikiran dan keyakinan traumatis yang tidak pantas (WHO, 2018) .

- a. Di antara CBT-T, NET (Narrative Exposure Therapy Atau Terapi Eksposur Naratif) adalah pendekatan jangka pendek standar untuk gangguan terkait trauma berdasarkan kisah kehidupan pasien dari sejak lahir hingga situasi saat ini, dengan fokus pada pemeriksaan detail pasien pengalaman traumatis, sambil menggabungkan terapi kesaksian dan elemen paparan CBT-T.
- b. Common Elements Treatment Approach – CETA (Pendekatan Pengobatan Elemen Umum) : Pendekatan pengobatan transdiagnostik yang dirancang khusus untuk pengaturan sumber daya rendah yang memungkinkan terapis untuk menggabungkan elemen pengobatan berbasis bukti tergantung pada gejala individu, termasuk psikoedukasi, manajemen kecemasan, restrukturisasi coping/kognitif.
- c. Brief Behavioural Activation – BA (Aktivasi Perilaku Singkat) : Jenis CBT manual yang berfokus pada

pengurangan gejala depresi dengan membantu individu terlibat dalam aktivitas positif setiap hari, sesuai dengan nilai dan tujuan individu tersebut di berbagai bidang kehidupan (yaitu hubungan, karier, dan spiritualitas).

2. Desensitisasi Dan Pemrosesan Ulang Gerakan Mata (*Eye Movement Desensitisation And Reprocessing* atau EMDR)

Berdasarkan gagasan bahwa pikiran, perasaan, dan perilaku negatif dihasilkan dari ingatan yang tidak diproses tentang peristiwa traumatis. Perawatan melibatkan prosedur standar yang mencakup fokus secara bersamaan pada :

- a. Asosiasi gambaran traumatis, pikiran, emosi, dan sensasi tubuh; dan
- b. Stimulasi bilateral yang paling sering terjadi dalam bentuk gerakan mata yang berulang.

3. Psikoterapi Interpersonal (*Interpersonal Psychotherapy* atau IPT)

Untuk membantu orang dalam memahami perasaan mereka yang dimana sebagai sinyal berguna dari pertemuan antarpersonal. IPT dianggap sebagai terapi berbasis bukti untuk depresi berat yang berfokus secara khusus pada hubungan antara gejala depresi dan masalah interpersonal. IPT dianggap sebagai terapui berbasis nyata untuk depresi berat yang berfokus secara khusus pada hubungan antara gejala depresi dan masalah interpersonal dan itu juga telah dievaluasi dalam pengobatan gangguan kecemasan, PTSD, dan somatoform dan gangguan terkait.

4. *Thought Field Trauma* atau TFT

intervensi trauma singkat yang menggunakan urutan self-tapping untuk merangsang titik akupunktur tertentu sambil mengingat peristiwa atau isyarat traumatis. Ini memfasilitasi respons relaksasi sementara pada orang tersebut untuk mengalami paparan masalah hanya dengan memikirkan masalahnya.

5. Terapi Psikodinamika

Berfokus pada integrasi pengalaman traumatis ke dalam pengalaman hidup seseorang secara keseluruhan, seringkali menganggap masalah masa kanak-kanak sebagai hal yang penting.

Intervensi lain, seperti konseling generik, pemecahan masalah, atau berfokus pada trauma: umumnya kurang terstruktur dibandingkan psikoterapi dan menargetkan kebutuhan serta masalah spesifik seperti yang diungkapkan oleh pasien. Intervensi juga dapat berfokus pada membangun kembali keterampilan dan strategi coping dalam situasi sosial sambil meningkatkan keterampilan komunikasi dan interaksi sosial, untuk mengurangi stres dalam kehidupan sehari-hari (WHO, 2018)

4.5 Rangkuman

Gangguan kesehatan mental ialah suatu kondisi yang hampir dialami semua orang sepanjang hidupnya yang dimana susah atau tidak mungkin untuk mengatasi pemikiran, perasaan atau reaksi berupa kecemasan, depresi, dan stress yang dapat mempengaruhi tidak bisa tidur, pusing, dan gejala fisik lainnya.

Beberapa gangguan kesehatan mental yang sering terjadi :
1) gangguan kecemasan, dikenali dengan perasaan takut dan khawatir yang tidak terkontrol, serta adanya gangguan perilaku terkait. 2) Depresi, dimana seseorang mengalami suasana hati yang tertekan (merasa sedih, mudah marah, kosong) atau kehilangan kesenangan atau minat dalam aktivitas, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, setidaknya selama dua minggu. 3) Gangguan Bipolar, 4) Gangguan Pascatrauma (PTSD), 5) Skizofrenia, 6) Gangguan Makan.

Health Gap Action Programme (mhGAP) merekomendasikan terapi psikologis bagi penderita gangguan kesehatan mental, seperti terapi perilaku-kognitif (*Cognitive-*

Behavioural Therapy atau CBT) yang menggabungkan komponen kognitif (ditujukan untuk berpikir secara berbeda, misalnya, dengan mengidentifikasi dan menantang pikiran negatif yang tidak realistik).

DAFTAR PUSTAKA

- AIHW, A. I. of H. and W. 2019. *Mental Health Services In Brief 2019*. 53(9), 1689–1699.
- Alonso, J., Benjet, C., Chiu, W. T., Florescu, S., Girolamo, G. De, Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Pennell, B. E., Sampson, N. A., Scott, K. M., Viana, M. C., Williams, D. R., Wojtyniak, B. J., Zarkov, Z., ... Gasthuisberg, C. 2018. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560–1571.
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. 2019. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- COAG, C. of A. G. 2017. The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. *The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan*, 1, 84.
- Deloitte. 2022. *Mental health and employers The case for investment-pandemic and beyond*. March.
- Foundation, M. H. 2018. *Children and Young People*. Mental Health Foundation.
- Hetrick, S. E., Cox, G. R., Witt, K. G., Bir, J. J., & Merry, S. N. 2016. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003380.pub4>
- ICD-11. 2022. *For Mortality and Morbidity Statistics*. <http://id.who.int/icd/entity/334423054>.

- IHME. 2019. *Global Health Data Exchange (GHDx)*. Institute of Health Metrics and Evaluation.
- Keles, B., McCrae, N., & Grelish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kusumawaty, I., Surahmat, R., Martini, S., & Muliyadi. 2021. Family Support For Members in Taking Care of Mental Disordered Patients. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521(ICoHSST 2020), 115–120. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.026>
- Kusumawaty, I., Yunike, Cahyati, P., & Hartono, D. 2022. *Empowerment: Jurnal Pengabdian Masyarakat Metoda Diskusi Sebagai Upaya Melambungkan Kesadaran Masyarakat Terhadap Urgensi Kesehatan Jiwa Empowerment: Jurnal Pengabdian Masyarakat*. 1, 286–293.
- Kusumawaty, I., Yunike, Y., Sulistyorini, A., & Gani, A. 2022. Dampak Covid-19 pada Kesehatan Mental: Kajian Literature Review Menggunakan Nvivo Plus 12. *JSHP: Jurnal Sosial Humaniora Dan Pendidikan*, 6(2), 121–136. <https://doi.org/10.32487/jshp.v6i2.1521>
- Kusuumawaty, I., Yunike, Haryanti, E., & Sheilalia, S. 2021. Overview of the Characteristics of People with Mental Disorders and Family Caregiver. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521(ICoHSST 2020), 282–285. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.058>
- Psychguides. 2022. *Mental Health Disorder*. Psychguides.com.

- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. 2018. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>
- Royal Society for Public Health. 2017. Social media and young people's mental health and wellbeing. *Royal Society for Public Health, May*, 32.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. 2016. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- WHO. 2018. mhGAP Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. In *Department of Mental Health and Substance Abuse* (Vol. 67, Issue 3, pp. 208–209). <https://doi.org/10.1590/0047-208500000206>
- WHO. 2022a. *Mental Disorder*. <Https://www.who.int/news-Room/fact-Sheets/detail/mental-Disorders>.
- WHO. 2022b. Mental Health and COVID-19 : Early evidence of the pandemic's impact. *Scientific Brief*, 2(March), 1–11.
- World Health Organization. 2017. Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets. *World Health Organization*, 3, 1–8.

BAB 5

GANGGUAN BELAJAR DAN KURANG MOTIVASI

Oleh Indra Febriani

5.1 Pendahuluan

Diperkirakan lima hingga 15% anak usia sekolah berjuang dengan ketidakmampuan belajar. Diperkirakan 80% dari mereka yang memiliki gangguan belajar memiliki gangguan dalam membaca khususnya (biasanya disebut sebagai disleksia). Disleksia sangat lazim mempengaruhi 20% dari populasi. Disleksia mempengaruhi laki-laki dan perempuan secara setara. Ada komorbiditas yang tinggi dari gangguan belajar spesifik dengan gangguan perkembangan saraf lainnya (seperti ADHD) serta kecemasan (APA, 2021).

Gangguan belajar (LDs) atau gangguan belajar spesifik (SLDs) adalah sekelompok gangguan perkembangan saraf yang bermanifestasi selama sekolah formal, ditandai dengan kesulitan yang terus-menerus dan mengganggu dalam mempelajari keterampilan akademik dasar untuk membaca, menulis, dan/atau matematika (Vidyadharan & Tharayil, 2019). Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM-5), diterbitkan pada 2013, karakterisasi ketidakmampuan belajar spesifik (SLD) telah diperbarui. SLD terdiri dari empat elemen kunci: (1) ditandai dengan kesulitan konstan. dalam belajar dan menggunakan satu atau lebih dari domain akademik (yaitu, pemahaman membaca, perhitungan aritmatika dan/atau ekspresi tertulis) selama setidaknya enam bulan meskipun intervensi keterampilan target telah diberikan; (2) keterampilan akademik di bawah apa yang diharapkan pada

usia individu, yang mengganggu fungsi di sekolah, di tempat kerja, dan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari; (3) SLD didiagnosis pada usia onset, pada usia sekolah, atau ketika keterampilan tingkat tinggi dituntut dan (4) mereka yang memiliki gangguan perkembangan intelektual, keterlambatan perkembangan global, gangguan pendengaran atau penglihatan, kesulitan psikososial, perbedaan bahasa dan yang kurang mahir dalam bahasa instruksi akademik dikecualikan (Blanchet & Assaiante, 2022).

Gangguan belajar, jika tidak dikenali dan dikelola, dapat menyebabkan masalah sepanjang hidup seseorang di luar pencapaian akademik yang lebih rendah. Masalah-masalah ini termasuk peningkatan risiko tekanan psikologis yang lebih besar, kesehatan mental yang lebih buruk secara keseluruhan, pengangguran, setengah menganggur dan putus sekolah (APA, 2021).

Tidak memiliki motivasi untuk belajar dapat berdampak dramatis pada nilai siswa. Jika itu terjadi dalam jangka waktu yang lama, siswa dapat membentuk kesenjangan yang signifikan dalam pengetahuan yang dapat mencegah mereka tampil optimal dalam mata pelajaran masing-masing di masa depan (Silvia, 2019).

Kabar baiknya, dengan komunikasi yang memadai, faktor utama yang menyebabkan siswa kehilangan motivasi belajar dapat diidentifikasi dan membantu mereka mengatasinya. Bagaimanapun, tugas sebagai orang tua adalah memberi anak-anak kita alat yang mereka butuhkan untuk berhasil mengatasi kesulitan dalam hidup (Silvia, 2019). Orang tua harus mampu memberikan kasih sayang, menunjukkan dukungan psikologis, menyediakan fasilitas dan secara aktif anak dalam berbagai kegiatan sehingga anak termotivasi untuk melalui aktivitas (Kusumawaty *et al.*, 2020). Pengasuhan orang tua dapat memengaruhi kesehatan mental anak; pengasuhan positif adalah bentuk terbaik. Lingkungan keluarga dan

pengasuhan yang ceria akan membantu perkembangan emosional dan psikologis anak (Kusumawaty, Yunike et al., 2022)

5.2 Gangguan Belajar

Gangguan Pembelajaran Spesifik adalah gangguan perkembangan saraf yang mempengaruhi aspek tertentu dari pembelajaran sekolah (membaca, memahami arti dari apa yang dibaca, mengeja, menulis, memahami konsep numerik/fakta/perhitungan numerik, dan melakukan penalaran matematis), dalam konteks fungsi intelektual yang jika tidak sesuai dengan usia kronologis. Ketidakmampuan belajar mengacu pada masalah di salah satu dari tiga bidang yaitu membaca, menulis, dan matematika yang merupakan dasar dari kemampuan untuk belajar. Kesulitan-kesulitan ini dimulai pada usia sekolah, yang mengarah ke keterampilan akademik jauh di bawah apa yang diharapkan untuk usia anak, dan menyebabkan masalah di sekolah dan dalam kegiatan sehari-hari (Riva et al., 2021)

Gangguan belajar spesifik (SLD) adalah kondisi perkembangan saraf yang sering menunjukkan komorbiditas gangguan lain, termasuk gangguan attention deficit hyperactivity (ADHD), gangguan perilaku, kecemasan, dan depresi. Banyak anak dengan SLD dapat mengalami harga diri yang rendah, kurang percaya diri, harapan yang rendah untuk diri mereka sendiri, dan hubungan teman sebaya yang tidak terjalin karena kemampuan belajar mereka yang buruk (Cortiella & Horowitz, 2014). SLD dengan komorbiditas apa pun dapat mempengaruhi ekspresi dan tingkat keparahan SLD dan dapat mempersulit pengelolaannya (Sahu et al., 2019).

Terkadang masalah belajar berkontribusi dan/atau memicu perilaku maladaptif. Kegagalan untuk mencapai target yang diharapkan atau mencapai hasil yang kurang dari yang diinginkan seringkali mencerminkan perasaan terisolasi dan hilangnya minat

belajar pada anak-anak ini. Selain itu, kegagalan berulang atau kinerja yang buruk terlepas dari upaya dan latihan terus menerus dapat bertanggung jawab untuk mengembangkan perasaan tidak berdaya yang dipelajari. Anak-anak mungkin menolak pergi ke sekolah dan mungkin mengeluhkan gejala somatik termasuk sering sakit perut, mual, muntah, dan sakit kepala, untuk menghindari melakukan tes keterampilan akademik yang selanjutnya menghambat perkembangan pendidikan (Sahu *et al.*, 2019).

5.3 Jenis – Jenis Gangguan Belajar

Meskipun presentasi pasien dengan gangguan belajar bersifat individual dan beragam, ada pola umum yang dapat membantu penyedia layanan kesehatan mengidentifikasi patologi yang mendasarinya dengan lebih andal. Seringkali anak-anak akan hadir untuk evaluasi setelah mengalami kesulitan lanjutan di sekolah. Seringkali, anak-anak dengan gangguan belajar juga akan menunjukkan defisit dalam fungsi keseluruhan, tidak hanya terbatas pada lingkungan akademik. Misalnya, hambatan di sekolah mungkin terkait dengan kesulitan akademik, konsep diri negatif, masalah perilaku, atau hubungan interpersonal. Sangat penting untuk menanyakan tentang riwayat sekolah masa lalu anak, pola makan, riwayat keluarga dengan masalah serupa, dan tonggak perkembangan, termasuk keterampilan social (Carugno, 2022).

Berikut jenis – jenis gangguan belajar pada anak yang paling umum (Carugno, 2022) :

- 1) Gangguan Membaca (Disleksia) adalah gangguan belajar yang paling umum, mewakili setidaknya 80% dari semua gangguan belajar, dan hasil dari defisit dalam pemrosesan fonologis. Keterampilan yang diperlukan untuk pemrosesan fonologis yang tepat melibatkan pembacaan decoding atau sebuah kode yang berupa makna untuk disampaikan, fonik (bunyi dan huruf), kemampuan untuk menghasilkan suara, dan kemampuan pendengaran yang

tepat. Perkembangannya sering kali berasal dari masalah membaca decoding di tahun-tahun awal, ke bacaan yang tidak lancar, dan kemudian kesulitan dengan pemahaman bacaan. Anak-anak ini pada akhirnya mungkin menghindari membaca sama sekalin (Franceschini et al., 2017; Kohli *et al.*, 2018).

- 2) Gangguan Berhitung (*Dyscalculia*), hadir sebagai kelemahan dalam melakukan operasi aritmatika. Pasien akan mengalami hambatan mengatur masalah, menyelesaikan perhitungan multi langkah, membedakan tanda-tanda perhitungan matematis. Akal matematika yang tepat adalah kewajiban pada berbagai fungsi perkembangan saraf termasuk pengertian angka, perhitungan dan pengambilan fakta matematika, bahasa matematika, keterampilan visual-spasial, dan pemahaman masalah kata (Carugno, 2022).
- 3) Gangguan Menulis (*Dysgraphia*) ditandai dengan tulisan yang terdistorsi meskipun ada instruksi dan kemampuan motorik yang menyeluruh. Anak-anak dengan disgrafia akan menghasilkan tulisan tangan yang tidak konsisten dan tidak terbaca sementara jarang berada di pinggir. Anak-anak ini mungkin juga menunjukkan koordinasi motorik halus yang buruk, masalah dengan pengejaan (*encoding*), tata bahasa dan sintaksis, atau mengungkapkan ide secara tertulis (Döhla & Heim, 2016; McCloskey & Rapp, 2017).
- 4) Gangguan Belajar Nonverbal
Gangguan belajar Perkembangan belahan otak kanan - seperti namanya, terdiri dari hambatan dengan aktivitas nonverbal, seperti pemecahan masalah, tugas visual-spasial, membaca bahasa tubuh, dan mengenali isyarat sosial. Seringkali gangguan ini tidak bermanifestasi sampai kelas tiga karena pasien mengalami kesulitan dengan pemahaman bacaan tingkat tinggi (Kohli et al., 2018). Ada tumpang tindih klinis yang substansial dengan gangguan

spektrum autisme (misalnya komunikasi sosial yang buruk dan pragmatic) (Carugno, 2022).

5.4 Karakteristik Gangguan Belajar Spesifik

Gangguan belajar spesifik didiagnosis melalui tinjauan klinis terhadap riwayat perkembangan, medis, pendidikan, keluarga individu, laporan nilai tes dan pengamatan guru, dan respons terhadap intervensi akademik. Diagnosis membutuhkan kesulitan terus-menerus dalam membaca, menulis, berhitung, atau keterampilan penalaran matematis selama tahun-tahun sekolah formal. Gejala mungkin termasuk pembacaan yang tidak akurat atau lambat, ekspresi tertulis yang kurang jelas, kesulitan mengingat fakta angka, atau penalaran matematika yang tidak akurat (APA, 2013).

Keterampilan akademik saat ini harus jauh di bawah rentang nilai rata-rata dalam tes membaca, menulis, atau matematika yang sesuai secara budaya dan bahasa. Kesulitan individu tidak boleh dijelaskan dengan gangguan perkembangan, neurologis, sensorik (visual atau pendengaran) atau motorik dan harus secara signifikan mengganggu kinerja akademik, kinerja kerja atau kehidupan sehari-hari. Karena perubahan dalam DSM-5, dokter akan dapat membuat diagnosis ini dengan mengidentifikasi apakah pasien tidak mampu melakukan akademik pada tingkat yang sesuai dengan kecerdasan dan usia mereka. Setelah diagnosis, dokter dapat memberikan perincian lebih lanjut tentang jenis defisit yang dimiliki seseorang melalui penentu yang ditunjuk. Sama seperti pada DSM-IV, disleksia akan dimasukkan dalam teks deskriptif gangguan belajar spesifik (APA, 2013).

5.5 Pengobatan Gangguan Belajar

Orang dengan gangguan belajar dapat diperlihatkan strategi yang membangun kemampuan dan kekuatan mereka dan membantu mereka dalam bidang kesulitan. Selain psikolog,

profesional lain seperti ahli patologi wicara dan pendidik khusus kemungkinan besar akan terlibat dan harus bekerja sebagai tim (dengan sekolah dan tempat kerja) untuk mengembangkan program yang bermanfaat bagi orang tersebut (APS, 2021).

Seperti kondisi perkembangan saraf lainnya, penting untuk memantau perkembangan perkembangan, menanyakan tentang kinerja akademik dan perilaku sekolah anak. Bagi mereka yang memiliki masalah perilaku terkait, pengobatan yang tepat juga harus dipertimbangkan. Selain itu, beberapa program perbaikan bekerja dengan anak-anak yang mengalami kesulitan membaca dan menulis (Spencer *et al.*, 2014).

Perawatan psikologis juga dapat menargetkan kesulitan non-akademis yang terkadang dapat terjadi bersamaan dengan kesulitan belajar. Ini mungkin termasuk masalah perilaku seperti perilaku mengganggu di kelas, kesulitan sosial, dan/atau masalah emosional seperti kecemasan dan harga diri rendah. Orang dengan ketidakmampuan belajar sering dikecualikan dari kelompok sebaya dan dapat menjadi korban intimidasi di sekolah dan di tempat kerja. Pelatihan keterampilan sosial dapat membantu mereka beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial mereka (APS, 2021).

Strategi pendidikan khusus dalam manajemen yaitu (Carugno, 2022) :

- 1) Pada anak-anak dengan disleksia (masalah decoding), kesadaran fonologis perlu ditingkatkan, yang mencakup kemampuan untuk memanipulasi dan mendengar fonem individu (struktur bunyi kata). Selain kesadaran fonemik, kemahiran bunyi huruf diperbaiki. Praktek berulang membaca lisan dapat membantu dalam meningkatkan kefasihan.
- 2) Anak-anak dengan disgrafia dapat memperoleh manfaat dari latihan tangan-mata yang meningkatkan koordinasi.

- 3) Strategi pendidikan yang menangani diskalkulia termasuk mempraktikkan sintaksis angka

5.6 Strategi Yang Dapat Membantu

- 1) Orang tua, guru, dan pemberi kerja harus menyediakan tempat yang tenang untuk belajar dan bekerja yang jauh dari gangguan.
- 2) Materi harus disajikan dalam satuan kecil, karena individu dengan gangguan belajar sering mengalami kesulitan dengan instruksi yang panjang dan terperinci tetapi dapat memproses dan mengikuti potongan informasi yang lebih kecil.
- 3) Untuk gangguan belajar yang memengaruhi membaca dan mengeja, pelatihan sistematis dalam fonik (menghubungkan huruf dengan bunyi) harus diberikan untuk memastikan bahwa orang tersebut memiliki kesempatan yang memadai untuk mengembangkan keterampilan ini.
- 4) Jika memungkinkan, beban kerja dan kerangka waktu harus disesuaikan untuk memungkinkan individu membaca informasi yang diperlukan dengan kecepatan mereka sendiri dan memastikan mereka memiliki cukup waktu untuk menggunakan informasi tertulis.
- 5) Berhati-hatilah untuk tidak memusatkan perhatian pada kesulitan belajar orang tersebut, misalnya dengan mengharapkan seorang anak membaca dengan keras di depan kelas.
- 6) Sekolah dan pengusaha harus memperbolehkan bentuk presentasi alternatif selain dalam bentuk tertulis. Individu atau keluarga mereka sering dapat bernegosiasi dengan sekolah atau pemberi kerja untuk mengetahui apakah bentuk lain dari pemberian informasi dapat dilakukan seperti presentasi lisan atau ujian lisan.

- 7) Jika individu mengalami masalah dengan membaca atau mengeja, mereka harus didorong untuk menggunakan pemeriksa ejaan atau meminta seseorang membaca karya tulis mereka.
- 8) Ketika mengajar anak-anak dengan gangguan belajar, jika memungkinkan buatlah tugas-tugas yang sangat memotivasi dengan mengarahkannya pada tingkat minat dan pemahaman anak. Ini akan mendorong ketekunan.
- 9) Guru harus mencoba menggunakan contoh dan memeriksa apakah anak sudah mengerti.
- 10) Hindari membuat komentar negatif seperti melabeli seseorang sebagai 'malas' atau 'bodoh'. Jelaskan sebaliknya bahwa Anda memahami kesulitan dan menyediakan lingkungan yang mendukung.
- 11) Orang dengan kesulitan belajar sering mengalami harga diri yang rendah dan penting untuk memberi penghargaan atas upaya dan keberhasilan apa pun dalam bidang apa pun dalam kehidupan mereka, meskipun kecil.
- 12) Mengembangkan bidang kompetensi non-akademis, seperti olahraga, seni atau musik yang akan memberikan individu rasa kompetensi dan meningkatkan harga diri.

Ingatlah bahwa orang dengan gangguan belajar tertentu memiliki kemampuan untuk belajar meskipun mengalami kesulitan. Oleh karena itu, mereka harus diperlakukan sebagai individu yang, dengan dukungan yang tepat, dapat mencapai dan memberikan kontribusi penting bagi masyarakat (APS, 2021).

5.7 Kurang Motivasi

Kurang motivasi adalah kurangnya gairah dan semangat dalam melakukan suatu pekerjaan (Mauliya et al., 2020). Kurang motivasi adalah sesuatu yang akan dihadapi setiap orang pada suatu waktu atau lainnya. Bagi siswa, ini bisa menjadi pandangan

utama terhadap tugas sekolah dan studi. Jika tidak diatasi, ini mengarah pada hasil negatif selama karir sekolah mereka. Lebih buruk lagi, ini dapat menyebabkan spiral motivasi dan demoralisasi yang lebih rendah. Anak-anak dengan kesulitan belajar berisiko jatuh ke dalam pola ini (Rian, 2018).

5.8 Penyebab Anak Kurang Motivasi

1) Siswa Tidak Melihat Tujuan Belajar

Anak-anak dapat mengalami kesulitan belajar jika mereka menganggap mata pelajaran itu tidak ada gunanya atau tidak berguna. Untuk memotivasi anak-anak mereka untuk belajar, orang tua sering memilih penjelasan sederhana kepada anaknya seperti belajar menghasilkan nilai yang baik, dan nilai yang baik diperlukan untuk menjadi sukses dalam hidup. Sementara bagi orang tua hal ini masuk akal, anak-anak tidak memiliki pengalaman yang sama dalam hidup, dan mereka belum tentu mengerti mengapa menjadi sukses itu penting.

Akibatnya, mereka mungkin tidak dapat melihat pentingnya belajar seperti orang tua mereka. Ini sangat umum terjadi pada anak perempuan dan mata pelajaran STEM (*Science, Technology, Engineering dan Math*). Mereka sering gagal melihat bagaimana mata pelajaran seperti matematika atau fisika bisa bermanfaat. Jadi, sebaliknya, anak-anak harus memahami kepraktisan mata pelajaran. Misalnya, jelaskan bagaimana matematika dapat membantu mereka dalam pembelian, penganggaran, dan penghematan uang.

Jangan hanya menjelaskan. Demonstrasikan juga. Misalnya, tanyakan apakah ada sesuatu yang ingin mereka beli seperti mainan, pakaian, atau video game. Kemudian bantu siswa menentukan bagaimana mereka dapat menabung untuk itu menggunakan uang saku atau pendapatan mereka jika mereka sudah memiliki pekerjaan. Libatkan anak-anak dalam

penganggaran atau perencanaan keuangan apa pun sehingga mereka mendapatkan pengalaman waktu nyata dengannya (Silvia, 2019).

2) Minat Mereka Berubah Menjadi Obsesi

Ketika anak-anak menyukai sesuatu, mereka terobsesi dengan hal itu. Jadi, hasrat atau obsesi anak dapat memengaruhi area lain dalam kehidupan mereka. Tidak ada alasan untuk mencegah anak mengembangkan minat dan hasrat. Namun, ini juga merupakan kesempatan bagus untuk mengajari mereka cara merencanakan dan mengatur waktu serta memprioritaskan tugas.

3) Metode Pengajaran yang Membosankan

Anak-anak memiliki preferensi dan kebutuhan belajar yang berbeda, dan merencanakan kelas yang akan menangani mereka semua memakan waktu.

Sementara sebagian besar guru memiliki kualifikasi yang memadai dan memulai karir mereka dengan memikirkan kepentingan terbaik siswa, banyak yang dibayar rendah, stres, terbebani, kelelahan, memiliki semangat rendah atau alasan lain yang menghalangi mereka untuk mencurahkan waktu dan upaya yang diperlukan untuk melakukan semua kelas mereka menarik bagi semua orang. Akibatnya, gaya mengajar mereka menjadi kering dan membosankan. Itu, pada gilirannya, mempengaruhi minat dan motivasi siswa mereka.

Sayangnya, tidak selalu orang tua dapat berbuat banyak tentang sekolah umum. Namun, mereka dapat mencari pilihan pengajaran alternatif seperti kelas ekstrakurikuler yang memberikan pembelajaran langsung dan pilihan pengajaran lain yang lebih menarik untuk memenuhi kebutuhan dan minat khusus anak-anak mereka.

4) Harapan yang terlalu Tinggi

Secara umum diyakini bahwa menetapkan harapan yang tinggi akan memotivasi anak-anak. Memang benar sampai taraf tertentu. Namun, ekspektasi yang terlalu tinggi

bisa menjadi alasan tidak adanya motivasi untuk belajar menurut sejumlah penelitian. Mereka dapat menyebabkan depresi pada siswa dan, akibatnya, berdampak negatif terhadap kinerja akademik. Oleh karena itu, menemukan keseimbangan itu penting (Silvia, 2019)..

5) Lingkungan Belajar yang tidak nyaman

Faktor-faktor lain seperti seberapa nyaman dan aman anak-anak merasa di lingkungan belajar mereka juga penting. Penting untuk memastikan bahwa mereka memiliki semua perbekalan yang diperlukan, cukup cahaya, serta merasa hangat dan makan.

Hubungan dengan anak lain, perundungan, dan konflik dengan guru juga dapat menyebabkan siswa tidak memiliki motivasi untuk belajar. Penting bagi orang tua untuk berkomunikasi dengan anak-anak mereka dan menanyakan tentang situasi di sekolah agar tetap mendapat informasi tentang kesejahteraan anak-anak mereka (Silvia, 2019).

6) Ketidakmampuan Belajar

Disabilitas kognitif, intelektual, dan perkembangan yang berbeda dapat memengaruhi kesehatan, kesejahteraan, dan kemampuan belajar anak secara optimal. Dalam kasus seperti itu, yang terbaik adalah mendapatkan bantuan atau nasihat profesional tentang apa yang dapat membantu anak-anak untuk berprestasi lebih baik secara akademis (Silvia, 2019).

5.9 Guru Melawan Kurangnya Motivasi Pada Anak

Penelitian telah menunjukkan bahwa memiliki pendekatan yang lebih tidak kompetitif dan berfokus pada siswa di kelas mengarah pada peningkatan motivasi. Ini kontras dengan pendekatan yang berfokus pada nilai, yang telah terbukti menyebabkan motivasi rendah. Ini berarti bahwa tujuan yang disesuaikan dan realistik lebih efektif dalam mengurangi motivasi

yang kurang. Misalnya, mendorong siswa "D" untuk pindah ke "C" berdasarkan kemampuannya sendiri daripada mencoba memberi tahu siswa tersebut untuk menjadi lebih seperti siswa "A" di kelas. Juga sangat penting bagi guru untuk menemukan cara untuk menunjukkan bagaimana topik-topik yang dibahas di kelas memiliki pengaruh pada pengalaman anak-anak itu sendiri. Mempelajari mata pelajaran yang tampak abstrak atau jauh dari realitas anak sendiri akan menambah motivasi yang rendah. Menemukan cara untuk memberi anak lebih banyak suara dalam memilih tugas dan pekerjaan rumah apa yang mereka selesaikan juga terbukti bermanfaat. Dengan cara ini, pendidik menghasilkan siswa yang memilih pekerjaan yang lebih menantang dengan semangat yang lebih besar (Rian, 2018).

5.10 Peran Orang Tua dalam Menghadapi Anak yang Kurang Motivasi

Interaksi yang penuh kasih dan tidak menghakimi adalah hal yang didambakan anak-anak. Mengetahui bahwa mereka memiliki cinta dan penerimaan dari orang tua mereka sangat penting dan sangat penting dalam melawan motivasi yang rendah. Ciptakan lingkungan di mana mereka dapat mengungkapkan alasan motivasi rendah mereka. Cobalah untuk tidak menanggapi dengan kemarahan. Ini akan membantu seorang anak untuk maju melewati sikap apatis.

Studi juga menunjukkan bahwa penghargaan dan hukuman bukanlah solusi jangka panjang untuk motivasi rendah. Jika orang tua lebih suka menemukan cara untuk mendorong anak-anak mereka, itu akan sangat memotivasi mereka untuk menangani bagian-bagian dari proyek yang menurut mereka kurang menarik. Misalnya, mulailah dengan bagian-bagian kecil dalam tugas yang ingin dikerjakan anak. Lanjutkan memecah proyek menjadi tindakan yang lebih kecil. Anak akan merasa kurang menentang

langkah-langkah kecil ini jika ruang lingkup keseluruhan proyek menurunkan motivasi (Rian, 2018).

5.11 Rangkuman

Gangguan Belajar merupakan seorang anak mengalami kesulitan dalam satu atau lebih bidang pembelajaran, bahkan ketika kecerdasan atau motivasi secara keseluruhan tidak terpengaruh.

Anak-anak dengan gangguan belajar seringkali membutuhkan bantuan dan instruksi ekstra yang khusus untuk mereka. Memiliki gangguan belajar dapat memenuhi syarat seorang anak untuk layanan pendidikan khusus di sekolah. Sekolah biasanya melakukan pengujian sendiri untuk gangguan belajar untuk melihat apakah seorang anak memerlukan intervensi. Evaluasi oleh profesional kesehatan diperlukan jika ada kekhawatiran lain tentang perilaku atau emosi anak. Orang tua, penyedia layanan kesehatan, dan sekolah dapat bekerja sama untuk menemukan rujukan dan pengobatan yang tepat.

Kurangnya motivasi dialami oleh setiap orang, termasuk siswa, karena merupakan keadaan dimana seorang siswa tidak mau belajar karena kesulitan dalam mengikuti pelajaran. Karena siswa tidak memahami apa yang mereka pelajari di kelas, mereka akhirnya merasa tidak termotivasi. Perlunya peran orang tua dan guru. Guru dapat memberikan motivasi belajar pada anak muridnya di kelas, dengan metode pembelajaran yang menyenangkan sehingga anak tidak bosan dan malas belajar. Orang tua merupakan orang terdekatnya yang selalu mendampingi anaknya tetap arahkan supaya untuk selalu belajar tetapi jangan memaksa dan menuntutnya untuk menjadi apa yang diingkan orang tuanya, dampingin anak setiap belajar, beri kasih dan cinta kepada anak, buat kegiatan belajarnya menjadi seru.

DAFTAR PUSTAKA

- APA. 2013. *Specific Learning Disorder*. American Psychiatric Association.
- APA. 2021. *Specific Learning Disorder*. American Psychiatric Association.
- APS. 2021. Specific Learning Disorder. In *The Australian Psychological Society* (Vol. 49, Issue 5, pp. 532–545). <https://doi.org/10.1177/0022219414566681>
- Blanchet, M., & Assaiante, C. 2022. Specific Learning Disorder in Children and Adolescents, a Scoping Review on Motor Impairments and Their Potential Impacts. *Children*, 9(6). <https://doi.org/10.3390/children9060892>
- Carugno, P. 2022. *Learning Disability*. National Library Of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554371/>
- Cortiella, C., & Horowitz, S. H. 2014. The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues. *National Center for Learning Disabilities*, 1–52. <http://gradnation.org/sites/default/files/The%20State%20of%20Learning%20Disabilities.pdf>
- Döhla, D., & Heim, S. 2016. Developmental dyslexia and dysgraphia: What can we learn from the one about the other? *Frontiers in Psychology*, 6(JAN), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02045>
- Franceschini, S., Bertoni, S., Gianesini, T., Gori, S., & Facoetti, A. 2017. A different vision of dyslexia: Local precedence on global perception. *Scientific Reports*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-17626-1>
- Kohli, A., Sharma, S., & Padhy, S. 2018. Specific learning disabilities: Issues that remain unanswered. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(5), 399–405. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_86_18

- Kusumawaty, I. 2022. *The Dynamics Of Parents ' Experiences Throughout Childrearing*. 62(08), 4151–4162.
- Kusumawaty, I., Yunike, & Podojoyo. 2020. The Complexity of Caring for People with Mental Disorders: Family Challenges in Contributing to Horticultural Therapy. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 14(2), 1442–1446.
- Mauliya, I., Relianisa, R. Z., & Rokhyati, U. 2020. Lack of Motivation Factors Creating Poor Academic Performance in the Context of Graduate English Department Students. *Linguists : Journal Of Linguistics and Language Teaching*, 6(2), 73. <https://doi.org/10.29300/ling.v6i2.3604>
- McCloskey, M., & Rapp, B. 2017. Developmental dysgraphia: An overview and framework for research. *Cognitive Neuropsychology*, 34(3-4), 65–82. <https://doi.org/10.1080/02643294.2017.1369016>
- Rian. 2018. *Low motivation in learners*. Japari School. <https://japari.co.za/low-motivation-learners/>
- Riva, A., Musetti, A., Bomba, M., Milani, L., Montrasi, V., & Nacinovich, R. 2021. Language-Related Skills in Bilingual Children With Specific Learning Disorders. *Frontiers in Psychology*, 11(January), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.564047>
- Sahu, A., Patil, V., Sagar, R., & Bhargava, R. 2019. Psychiatric Comorbidities in Children with Specific Learning Disorder-Mixed Type: A Cross-sectional Study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 10(4), 617–622. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697879>
- Silvia, V. 2019. *10 Reasons Your Child May Have No Motivation to Study*. BUILT BY ME – STEM LEARNING.
- Spencer, T. J., Faraone, S. V., Tarko, L., McDermott, K., & Biederman, J. 2014. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes in adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(10), 725–731. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000191>

Vidyadharan, V., & Tharayil, H. M. 2019. Learning disorder or learning disability: Time to rethink. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(3), 276–278.
https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_371_18

BAB 6

GANGGUAN ANXIETAS

Oleh Eli Saripah

6.1 Konsep Gangguan Anxietas

Gangguan anxietas merupakan gangguan yang berhubungan dengan psikologis, emosional, dan sikap (Vidayanti, Puspitasari and Sinuraya, 2018). Anxietas juga merupakan suatu keadaan kekhawatiran yang berlebihan dan dapat mempengaruhi emosi menjadi tidak stabil (Oktamarina *et al*, 2022).

Anxietas adalah salah satu gangguan alam perasaan yang individunya mengalami perasaan takut dan khawatir secara terus-menerus (Sofiyyah., S, 2021). Anxietas ini merupakan rasa khawatir atau takut yang tidak jelas penyebabnya (Normah *et al*, 2022), juga merupakan bentuk gangguan psikologis yang melibatkan reaksi tubuh terhadap situasi yang membahayakan (Febriani and Sulistiani, 2021).

Anxietas merupakan ketidakberdayaan neurotik yang menyebabkan ketidaknyamanan serta was-was akibat tuntutan lingkungan sehingga terjadi perubahan sistem jaringan tubuh (Gumantan, Mahfud and Yuliandra, 2020).

6.2 Macam-Macam Gangguan Anxietas

6.2.1 Generalized Anxiety Disorders (GAD)

GAD ditandai dengan perasaan cemas yang terus-menerus, berat, disertai gejala somatik yang akan mengakibatkan gangguan fungsi sosial dan pekerjaan (Vidayanti, Puspitasari and Sinuraya, 2018). Kriteria GAD yaitu kecemasan dan kegelisahan berlebih selama beberapa hari dalam kurun waktu enam bulan terakhir, kesulitan dalam mengontrol perasaan cemas dan gelisah, disertai

tiga gejala lain, seperti merasa tertekan, tubuh mudah merasa lelah, sulit berkonsentrasi, mudah marah, ketegangan otot, dan gangguan tidur, terganggunya fungsi sosial dan okupasional dalam kehidupan sehari-hari (Livia Prajogo and Yudiarso, 2021).

6.2.2 Gangguan Panik

Gangguan panik merupakan peristiwa panik yang tidak diharapkan oleh seseorang kemudian merasa ketakutan berulang hingga mengubah perilaku individu (Livia Prajogo and Yudiarso, 2021).

6.2.3 Gangguan Fobia

Gangguan fobia adalah salah satu dari perilaku kecemasan berupa ketakutan berlebih yang tidak rasional terhadap objek atau situasi tertentu melebihi penilaian terhadap tingkat bahaya yang sebenarnya (Fitriani and Supradewi, 2019). Fobia ini merupakan salah satu bentuk kecemasan dengan focus yang spesifik (Rama Kapailu *et al.*, 2021).

6.2.4 Gangguan Obsesif-Kompulsif

Individu yang mengalami gangguan obsesif-kompulsif membutuhkan waktu yang lama untuk memeriksa segala sesuatu sebelum melanjutkan aktivitas selanjutnya (Amalia, 2019). Perilaku ini menggambarkan sebuah dorongan yang tak tertahan, tidak dapat dikontrol, mendatangkan kecemasan, dan akan hilang jika dorongan tersebut ditindaklanjuti serta perilaku tersebut bertentangan dengan kehendak hati (Alfitman, Dharmmesta and Aritejo, 2021). Orang yang mengalami ini dipenuhi dengan gagasan yang menetap dan tidak terkontrol, dipaksa melakukan tindakan berulang, sehingga menimbulkan stres dan mengganggu fungsinya dalam kehidupan sehari-hari (Mudarsa, 2021).

6.2.5 Gangguan Stress Pasca Trauma/ *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

Bencana merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan manusia dan kondisi ini berdampak pada fisik dan psikologis masyarakat (Rimayati, 2019). Hal ini disebabkan karena ketersediaan fasilitas umum yang terbatas, lingkungan sosial dan sanitasi yang buruk sehingga menimbulkan rasa ketidaknyamanan dan timbulnya penyakit serta kehilangan keluarga terutama yang mencari nafkah sehingga berdampak khawatir yang berkepanjangan (Astuti *et al.*, 2022).

6.3 Identifikasi Gangguan Anxietas

6.3.1 Skala HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1956 yang berguna untuk mengukur tanda-tanda kecemasan baik psikis maupun somatis yang terdiri dari 14 item meliputiperasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatis, gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala pernapasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala otonom, dan perilaku sewaktu wawancara (Normah *et al.*, 2022). Pada gejala kardiovaskuler akan mempengaruhi rencana pengobatan, karena akan menyebabkan penurunan kemampuan dalam beradaptasi terhadap dampak penyakit (Juli Andri, Padila and Nur Afni Wulandari Arifin, 2021).

6.3.2 Tes Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Tes ini berguna untuk mengevaluasi kondisi kesehatan mental berupa fungsi kepribadian, keadaan emosional, sifat keparahan psikopatologi, dan dapat merumuskan intervensi atau pengobatan selanjutnya (Putri *et al.*, 2018). MMPI ini didesain pada tahun 1930-1940 sebagai instrument psikologi yang dapat membantu mendiagnosa pasien neuroses atau psychoses (Chandra

et al., 2016). Tes MMPI ini merupakan tes psikometrik standar yang banyak digunakan dan diteliti mengenai kepribadian orang dewasa (Marpaung, Wendra and Simon, 2019).

6.4 Akibat dari Anxietas

Anxietas yang berlebihan dapat mempengaruhi kondisi fisik sehingga menjadi tidak tenang, tidur terganggu, kelelahan, sakit kepala, tangan gemetar, dan jantung yang berdebar-debar (Oktapiani and Pranata, 2018).

6.5 Cara Mengatasi Anxietas

Aromaterapi merupakan salah satu pengobatan alternatif yang dapat mengurangi tingkat stress dan kecemasan. Minyak esensial merupakan salah satu minyak yang berasal dari lavender, buah jeruk bargamot, buah lemon dan pepermin, bunga kamomil, bunga kenanga, , daun sereh, , buah jeruk pahit, dan tanaman rosemary (Sundara, 2022). Selain itu, upaya pencegahan terjadinya kecemasan juga bisa dengan teknik *mindfullness* (Hamil *et al.*, 2022).

Konseling *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) merupakan pendekatan yang dilakukan untuk menangani masalah yang berhubungan dengan kognisi, emosi, dan tingkah laku dengan cara mengubah persepsi klien sehingga klien lebih dapat meningkatkan kemampuannya dalam mengembangkan diri (Oktapiani and Pranata, 2018). Selain itu Terapi rekreasional diperlukan juga dalam penanganan trauma dan ketakutan sebagai efek psikis (Safitri *et al.*, 2021).

Salah satu media edukasi berupa *motion comic* dapat mencegah kecemasan. *Motion comic* ini merupakan media hasil penggabungan antara komik dengan pergerakan animasi permainan layer per layer dengan gerakan minimalis ke kiri atau ke kanan, *zoom in* atau *zoom out* serta dilengkapi dengan *backsound* (Selvia, Prestiliano and Prasida, 2020). Selain itu teknik

imagery akan melatih klien dalam menghadapi situasi yang ditakutinya (Fitriani and Supradewi, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Adinda Khansa Sundara, Bintang Larasati, Dewi Sheyka Meli, Dheandra Mariska Wibowo, Fitri Nurulliza Utami, Silky Maulina, Yuliana Latifah, N. S. G. 2022. 'Review Article : Aromaterapi Sebagai Terapi Stres Dan Gangguan Kecemasan', *Jurnal Buana F arma*, 2(2), pp. 78–84. Available at: <http://journal.ubpkarawang.ac.id/mahasiswa/index.php/buanafarma/article/view/396>.
- Alfitman, Dharmmesta, B. S. and Aritejo, B. A. 2021. 'Konsep Pembelian Kompulsif: Sebuah Keterpaksaan', *Jurnal Ilmiah Manajemen*, 11(2), pp. 216–227.
- Amalia, R. 2019. 'Cognitive Behavior Therapy Untuk Menurunkan Perilaku Obsesif Kompulsif Pada Remaja', *Prosiding Seminar Nasional Multidisiplin*, 2(1), pp. 192–200. Available at: <https://ejournal.unwaha.ac.id/index.php/snami/article/view/689>.
- Astuti, N. L. S. et al. 2022. 'Efektivitas Intervensi Berbasis Psikososial terhadap Penanggulangan Trauma Pasca Bencana: A Systematic Literature Review', *Jurnal Keperawatan*, 14(4), pp. 1069–1080. Available at: <http://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/516>.
- Chandra, Y. G. et al. 2016. '(MMPI – Edisi 2) Berbasis Web(Studi Kasus : Capacity Building Center , Universitas Ciputra)', *Snapti*, p. 6. Available at: <https://informatika.uc.ac.id/wp-content/uploads/2017/11/snapti-2016/53-58 - Chandra YG.Rancang-bangun Aplikasi Tes Kepribadian.pdf>.
- Febriani, S. and Sulistiani, H. 2021. 'Analisis Data Hasil Diagnosa Untuk Klasifikasi Gangguan Kepribadian Menggunakan Algoritma C4.5', *89Jurnal Teknologi dan Sistem Informasi (JTSI)*, 2(4), pp. 89–95.

- Fitriani, A. and Supradewi, R. 2019. 'Desensitisasi Sistematis dengan Relaksasi Zikir untuk Mengurangi Gejala Kecemasan pada Kasus Gangguan Fobia', *PHILANTHROPY: Journal of Psychology*, 3(2), p. 75. doi: 10.26623/philanthropy.v3i2.1689.
- Gumantan, A., Mahfud, I. and Yuliandra, R. 2020. 'Tingkat Kecemasan Seseorang Terhadap Pemberlakuan New Normal Dan Pengetahuan Terhadap Imunitas Tubuh', *Sport Science and Education Journal*, 1(2), pp. 18–27. doi: 10.33365/ssej.v1i2.718.
- Hamil, I. B. U. et al. 2022. 'Poltekkes Kemenkes Malang Supportive Education About Pregnant Mother Anxiety Principles During Covid-19 Pandemic And Effort To Overcome In Bandar Lor Kelurahan Kediri', 6(2), pp. 69–76.
- Juli Andri, Padila and Nur Afni Wulandari Arifin. 2021. 'Tingkat Kecemasan Pasien Kardiovaskuler Pada Masa Pandemi COVID-19', *Journal of Telenursing(JOTING)*, 3(1), pp. 382–389.
- Livia Prajogo, S. and Yudiarso, A. 2021. 'Metaanalisis Efektivitas Acceptance and Commitment Therapy untuk Menangani Gangguan Kecemasan Umum', *Psikologika: Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi*, 26(1), pp. 85–100. doi: 10.20885/psikologika.vol26.iss1.art5.
- Mansyur, A. R. 2020. 'Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia', *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, pp. 113–123.
- Marpaung, E. T. M., Wendra, S. and Simon, E. I. 2019. 'Comparison of Anxiety Level on Medical Skill Examination Between Students of Medical Faculty of Hang Tuah University Surabaya in 1st Semester Who Have Received Mental Health Tests During The Entrance Test with 3rd Semester Who Have not Received A Mental H', *Oceana Biomedicina Journal*, 2(1), pp. 20–26. doi: 10.30649/obj.v2i1.20.

- Mudarsa, H. 2021. 'Dampak Gangguan Obsesif Kompulsif Disorder Pada Impact of Obsessive Compulsive Disorder on Lectures', *Ash-Shuduur*, 1(1), pp. 41–53.
- Normah *et al.* 2022. 'Analisa Sentimen Perkembangan Vtuber Dengan Metode Support Vector Machine Berbasis SMOTE', *Jurnal Teknik Komputer AMIK BSI*, 8(2), pp. 174–180. doi: 10.31294/jtk.v4i2.
- Oktamarina, L. *et al.* 2022. 'Gangguan Kecemasan (Axiety Disorder) Pada Anak Usia Dini', *Jurnal Multidisiliner Bharasumba*, 1(1), pp. 116–131.
- Oktapiani, N. and Pranata, A. P. 2018. 'Gangguan Kecemasan Sosial dengan Menggunakan Pendekatan Rasional Emotif Terapi', *Fokus*, 1(6), pp. 227–232. Available at: <https://journal.ikipsiliwangi.ac.id/index.php/fokus/article/download/3024/1488>.
- Putri, P. P. *et al.* 2018. 'Hubungan Hasil Tes Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) dengan Indeks Prestasi Kumulatif Mahasiswa Angkatan 2016 Fakultas Kedokteran Universitas Lampung The Relation Between Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI- 2) Tes', *Jurnal Majority*, 7(2), pp. 136–143.
- Rama Kapailu, F. *et al.* 2021 'Penerapan Terapi Kognitif Untuk Remaja Yang Mengalami Fobia Sosial: Sebuah Kajian Kepustakaan Implementation of Cognitive Therapy To Adolescent With Social Phobia: a Literature Review', *Counselling Research and Applications*, 1(1), pp. 13–20.
- Rimayati, E. 2019. 'Konseling Traumatik Dengan CBT: Pendekatan dalam Mereduksi Trauma Masyarakat Pasca Bencana Tsunami di Selat Sunda', *Indonesian Journal of Guidance and Counseling: Theory and Application*, 8(1), pp. 55–61. doi: 10.15294/ijgc.v8i1.28273.

- Safitri, R. P. et al. 2021. 'Mencegah Trauma Pasca Bencana Gempa Bumi pada Anak dengan Terapi Rekreasional di Lombok Utara', *ADMA: Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat*, 2(1), pp. 93–98. doi: 10.30812/adma.v2i1.1265.
- Santyasa, I. W. 2005. 'Model Pembelajaran inovatif dalam implementasi kurikulum berbasis kompetensi', *Makalah disampaikan Dalam Penataran Guru-Guru SMP, SMA, dan SMK se Kabupaten Jembrana Juni-Juli*.
- Selvia, Prestiliano, J. and Prasida, T. A. S. 2020. '48 Intuisi 12 (1) (2020)', *Intuisi: Jurnal Psikologi Ilmiah*, 12(1), pp. 48–65. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/INTUISI>.
- Sofiyyah, S. R. 2021. 'Case Study of General Anxiety Disorders of Female Inmates in Jakarta Prison', *Mind Set Edisi Khusus TIN*, 1(1), pp. 146–156.
- Vidayanti, H., Puspitasari, I. M. and Sinuraya, R. K. 2018. 'Review: Farmakoterapi Gangguan Anxietas', *Farmaka*, 16(1), pp. 196–213. Available at: <http://jurnal.unpad.ac.id/farmaka/article/view/17446->.

BAB 7

GANGGUAN DISOSIATIF DAN SOMATOFORM

Oleh Gama Bagus Kuntoadi

7.1 Pendahuluan

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 memperlihatkan bahwa lebih dari 19 juta penduduk Indonesia berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami depresi. Pada rentang tahun 2019-2022 angka penderita gangguan mental semakin meningkat sebagai akibat adanya masalah-masalah sosioekonomi yang timbul sebagai akibat pandemi Covid-19.

Kesehatan mental yang baik adalah kondisi ketika batin seseorang dalam keadaan tenram dan tenang, sehingga memungkinkan seseorang untuk menikmati kehidupan sehari-hari dan menghargai orang sekitar (Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI, 2018). Seseorang yang memiliki mental yang sehat akan mampu menggunakan potensi dan kemampuan dirinya maksimal dalam menghadapi berbagai masalah dan tantangan hidup, sekaligus menjalin hubungan sosial interpersonal positif dengan orang lain dilingkungan sekelilingnya.

Gangguan Mental (jiwa) atau disebut juga dalam bahasa Inggris sebagai *Mental Illness (Mental Disorder)* adalah salah satu kondisi kesehatan yang mempengaruhi pola pikir, perasaan, suasana hati, perilaku, atau kombinasi diantaranya (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Terdapat berbagai jenis gangguan mental dalam dunia kedokteran jiwa, salah satunya adalah Gangguan Disosiatif dan Somatoform.

7.2 Gangguan Disosiatif

7.2.1 Definisi

Gangguan disosiatif atau dalam bahasa Inggris ditulis juga sebagai *dissociative (conversion) disorder* adalah salah satu jenis gangguan mental yang ditandai dengan ketidaksesuaian atau tidak adanya kontinuitas antara ingatan, pikiran, identitas diri, tindakan, dan juga lingkungan. Definisi lain gangguan disosiatif adalah hilangnya sebagian atau seluruh integrasi normal antara kenangan masa lalu, kesadaran identitas dan sensasi langsung, dan kontrol gerakan tubuh.



Gambar 7.1 : Dissociative Identity Disorder

(Sumber : <https://www.kordanews.com/83203/mengenal-kepribadian-ganda-alias-gangguan-disosiatif/>)

7.2.2 Etiologi

Penyebab atau etiologi dari gangguan disosiatif adalah trauma psikis masa lalu. Trauma psikis masa lalu dapat berupa:

1. Trauma masa anak-anak,
2. Trauma penyiksaan fisik,
3. Trauma peperangan,
4. Trauma bencana alam,
5. Trauma kecelakaan hebat,
6. Trauma pelecehan seksual, dan
7. Kecemasan luar biasa sebagai akibat munculnya ingatan yang menyakitkan.

7.2.3 Symptom

Terdapat beberapa gejala (simptom) pada gangguan disosiatif, yaitu:

1. Memiliki dua atau lebih identitas atau kepribadian yang berbeda-beda dalam satu orang, sehingga memengaruhi perilaku pengidapnya.
2. Munculnya memori yang tidak diingat dalam aktivitas, informasi diri, atau kejadian traumatis yang pernah dialami.
3. Merasa seperti ada orang lain di dalam pikiran.
4. Sering bertindak di luar karakter sebenarnya.
5. Kadang merasa asing dengan diri sendiri.
6. Gangguan kelemahan akan kontrol gerakan tubuh.

7.2.4 Klasifikasi

Terdapat beberapa jenis gangguan yang termasuk didalam gangguan disosiatif, seperti:

1. Disosiatif Amnesia

Disosiatif amnesia atau amnesia disosiatif ciri-ciri utamanya adalah kehilangan ingatan, biasanya tentang kejadian penting yang terjadi baru-baru ini, yang mana bukan disebabkan oleh gangguan mental organik, dan

terlalu berat untuk dijelaskan oleh kelupaan biasa atau kelelahan. Amnesia biasanya berfokus pada peristiwa traumatis, seperti kecelakaan atau kehilangan tak terduga, dan biasanya bersifat parsial dan selektif.

2. Disosiatif Fugue

Individu yang mengalami disosiatif fugue memiliki semua tanda-tanda amnesia disosiatif, ditambah individu melakukan perjalanan yang disengaja di luar jangkauan sehari-hari yang biasa. Meskipun ada amnesia selama periode fugue, perilaku individu selama periode fugue mungkin tampak normal bagi orang-orang lain disekelilingnya.

3. Disosiatif Stupor

Disosiatif stupor ditegakkan diagnosisnya atas dasar terjadinya penurunan atau tidak adanya gerakan volunter dan respons normal terhadap rangsangan eksternal seperti cahaya, kebisingan, dan sentuhan, tetapi pemeriksaan tidak menunjukkan adanya bukti penyebab fisik. Tetapi ditemukan adanya penyebab psikogenik dalam bentuk peristiwa atau masalah yang membuat stres baru-baru ini.

4. Gangguan Kesurupan dan Kerasukan

Gangguan kesurupan dan kerasukan atau dalam bahasa Inggris ditulis sebagai *trance and possession disorders* adalah gangguan di mana terjadi hilangnya identitas pribadi dan hilangnya kesadaran penuh terhadap lingkungan untuk sementara. Trans disini hanya kondisi atau keadaan trans yang tidak disengaja atau tidak diinginkan, terjadi di luar situasi yang diterima secara agama atau budaya.

5. Gangguan Motorik Disosiatif

Gangguan motorik disosiatif adalah jenis gangguan disosiatif yang paling umum terjadi dimana individu kehilangan kemampuan untuk menggerakkan seluruh atau sebagian anggota tubuh atau tungkai. Mungkin ada

kemiripan yang dekat dengan hampir semua jenis ataksia, apraxia, akinesia, aphonia, disartria, diskinesia, kejang, atau kelumpuhan.

6. Kejang Disosiatif

Kejang disosiatif atau dalam bahasa Inggris ditulis sebagai *dissociative convulsion* adalah sebuah gangguan yang mirip dengan serangan epilepsi yang mana sangat mirip dalam hal gerakan, tetapi kondisi seperti memar karena jatuh, menggigit lidah, dan inkontinensia urin sangat jarang terjadi, dan penderita dalam kesadaran penuh atau digantikan oleh keadaan pingsan atau kesurupan.

7. Anestesi Disosiatif dan Kehilangan Sensorik

Anestesi disosiatif dan kehilangan sensorik (*dissociative anaesthesia and sensory loss*) adalah salah satu jenis gangguan disosiatif dimana klien merasakan tubuhnya khususnya kulit merasa seperti teranesthesia dan kehilangan fungsi sensoriknya, meski pada kenyataannya tidak. Kehilangan sensorik dapat disertai dengan keluhan parestesia. Kehilangan penglihatan dan pendengaran jarang terjadi pada gangguan disosiatif.

8. Gangguan Disosiatif Lainnya

Gangguan disosiatif lainnya adalah seperti kepribadian ganda (*multiple personality*), gangguan jenis ini disebut juga sebagai *Dissociative Identity Disorder* (DID). Orang dengan tipe gangguan ini dapat dengan sadar merasa dirinya mempunyai kepribadian satu dengan kepribadian lainnya, atau bisa juga tidak merasakannya sama sekali.

7.2.5 Terapi

Terapi atau pengobatan yang bisa diberikan untuk gangguan disosiatif adalah sebagai berikut:

1. Psikoterapi
2. Farmakoterapi

Meski tidak ada obat yang dapat menyembuhkan gangguan disosiatif, tetapi obat dapat diberikan terkait dengan gejala-gejala yang bisa timbul seperti ansietas (kecemasan berlebih), dan depresi. Untuk kedua kondisi ini, umumnya diberikan obat antiansietas dan antidepressan.

7.3 Gangguan Somatoform

7.3.1 Definisi

Gangguan somatoform atau *Somatic Symptom Disorder* (SSD) adalah salah satu gangguan jiwa yang mampu menyebabkan timbulnya gangguan fisik seperti sakit perut, mules, sesak nafas, nyeri, dan bahkan bisa menyebabkan timbulnya gangguan pada organ-organ tubuh lainnya. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh tidak ditemukan apa penyebab dari gangguan-gangguan fisik ini. Gangguan somatoform ini terbukti dapat menyebabkan timbulnya stres emosional bahkan depresi pada penderitanya.



Gambar 7.2 : Somatoform Disorder

(Sumber :

[https://health.kompas.com/penyakit/read/2022/03/19/070000568/gangguan-somatoform\)](https://health.kompas.com/penyakit/read/2022/03/19/070000568/gangguan-somatoform)

7.3.2 Etiologi

Penyebab atau etiologi dari gangguan somatoform terdiri atas beberapa, yaitu:

1. Faktor genetik dan biologis,
2. Memiliki riwayat penyakit atau keluarga dengan riwayat penyakit berat,
3. Riwayat gangguan ansietas dan/atau depresi,
4. Pengalaman traumatis masa lalu,
5. Riwayat penurunan kesadaran dan masalah pemrosesan emosi, dan
6. Tingkat pendidikan dan ekonomi yang rendah.

7.3.3 Symptom

Gejala-gejala dari somatoform disorder adalah sebagai berikut:

1. Sensasi spesifik (nyeri, pusing, sesak napas, kelelahan, atau lemas).
2. Sakit perut, diare, atau konstipasi.
3. Disfungsi seksual.
4. Tidak ditemukan adanya penyebab medis terkait dengan gejala atau keluhan.
5. Gejala bisa tunggal atau banyak dan bisa juga bervariasi.
6. Gejala bisa ringan, sedang, atau bahkan berat.

7.3.4 Klasifikasi

Terdapat beberapa klasifikasi atau

1. Gangguan Somatisasi

Gangguan somatisasi atau ditulis juga dalam bahasa Inggris sebagai *somatization disorder* mempunyai ciri utama berupa gejala fisik yang timbul berulang-ulang dan sering berubah selama minimal dua tahun. Sebagian besar pasien memiliki riwayat kontak yang panjang dan rumit dengan layanan perawatan medis primer dan spesialis, di mana banyak pemeriksaan yang dilakukan dan ternyata tidak

menemukan apa penyebabnya. Gejala dapat terjadi ke bagian atau sistem tubuh mana pun seperti sakit kepala, nyeri, kelelahan, dan lain-lain.

2. Hipokondriasis

Hipokondriasis atau dalam bahasa Inggris ditulis sebagai *hypochondriacal disorder* adalah sebuah kondisi dimana penderita percaya bahwa tampilan atau tanda-tanda normal yang muncul pada tubuhnya sebagai gejala-gejala sebuah kondisi medis yang berat. Sebagai contoh adalah kondisi lambung kosong (keroncongan) diartikan sebagai tanda kanker perut. Contoh lainnya seperti saat penderita mengalami sakit kepala, mereka percaya hal tersebut sebagai tanda-tanda dari kanker otak, dan lain-lain. Kondisi-kondisi ini dapat atau sering menimbulkan kecemasan berlebih (ansietas), dan depresi.

3. Gangguan Rasa Sakit

Gangguan rasa sakit atau *persistent somatoform pain disorder* dalam bahasa Inggris. Keluhan utamanya adalah rasa sakit yang persisten, parah, dan menyusahkan, yang tidak dapat dijelaskan sepenuhnya oleh proses fisiologis atau gangguan fisik, dan yang terjadi terkait dengan konflik emosional atau masalah psikososial.

7.3.5 Terapi

Terapi atau pengobatan yang dapat diberikan kepada pasien dengan gangguan somatoform adalah sebagai berikut:

1. Terapi perilaku kognitif

Pada terapi ini dokter atau psikolog bersama pasien akan mencoba berdiskusi dalam beberapa sesi konsultasi untuk membantu penderita memahami situasi dirinya dan mengetahui apa penyebabnya dan mencari tahu solusi yang terbaik untuk masalahnya.

2. Hipnosis

3. Pemberian obat anti-depresan

DAFTAR PUSTAKA

- Bagus Kuntoadi, G. 2022. *Buku Ajar Anatomi Fisiologi 2 untuk Mahasiswa Rekam Medis & Infokes*. 2nd edn. Edited by I. Febrina. Jakarta: Panca Terra Firma Publishing.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2022. *Definisi Mental Illness (Gangguan Mental)*. Available at: http://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/definisi-mental-ilnessgangguan-mental (Accessed: 6 January 2023).
- Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Pengertian Kesehatan Mental*. Available at: <http://promkes.kemkes.go.id/pengertian-kesehatan-mental> (Accessed: 6 January 2023).

BAB 8

MOOD DAN BUNUH DIRI

Oleh Zakiyah

8.1 Pendahuluan

Angka kematian akibat bunuh diri meningkat antara tahun 2008 sampai 2017 dikalangan remaja (12-17 tahun), dewasa muda (18-25 tahun, dan dewasa (di atas 26 tahun) (Twenge *et al.*, 2019). Menurut WHO (2019), terdapat sekitar 800.000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahun, dan tingkat bunuh diri lebih tinggi di kalangan anak muda. Indonesia memiliki angka bunuh diri tertinggi kelima (3,7 per 100.000 penduduk) di Asia Tenggara, setelah Thailand (12,9), Singapura (7,9), Vietnam (7,0), dan Malaysia (6,2). Perilaku bunuh diri dikaitkan dengan berbagai gangguan mental, seperti gangguan depresi(Frijanto, 2022).

Kebanyakan orang yang melakukan bunuh diri memiliki gangguan mood, dan mereka yang menderita gangguan mood memiliki risiko kematian akibat bunuh diri yang lebih tinggi daripada populasi lainnya (Nierenberg, 2001). Gangguan mood adalah disfungsi neurobiologi yang menyebabkan perubahan respons emosional. Gangguan mood mengganggu kehidupan seseorang. Orang-orang dipenuhi dengan kesedihan, kegembiraan atau kegembiraan yang berkepanjangan dan intens, disertai dengan keraguan diri, rasa bersalah dan kemarahan, yang mengubah aktivitas hidup mereka, terutama aktivitas yang berkaitan dengan harga diri, pekerjaan, dan hubungan (Videbeck, 2011), dan ketika kondisi ini berlangsung lama dan terus menerus, orang bisa mengalami keputusasaan dan bunuh diri.

Kematian akibat bunuh diri dapat dicegah dan dapat mengurangi kejadian bunuh diri. Memahami, mendekripsi, dan mengobati gangguan mood dapat digunakan sebagai dasar

pencegahan bunuh diri. Bab ini membahas gangguan mood dan bunuh diri.

8.2 Pengertian

Gangguan Afektif/suasana hati adalah perubahan suasana hati atau kesan, biasanya ke arah depresi (dengan atau tanpa kecemasan), atau kegembiraan (suasana hati meningkat). Perubahan afektif ini biasanya disertai dengan perubahan tingkat aktivitas secara umum, dan sebagian besar gejala lainnya bersifat sekunder atau mudah dipahami dari perubahan ini (Maslim, 2013). Gangguan mood didefinisikan sebagai gangguan umum mood dan fungsi psikomotor yang berhubungan dengan gangguan bioritme dan kognitif (Nasution and Firdausi, 2021).

Gangguan mood adalah disfungsi neurobiologis yang menyebabkan perubahan respons emosional. Teori gangguan mood berfokus pada pengalaman hidup dan bagaimana orang memilih untuk meresponnya. Pada saat yang sama, penelitian saat ini berfokus pada keyakinan bahwa gangguan mood adalah ketidakseimbangan kimiawi yang bersifat biologis (hormonal, neurologis, atau genetik) (Widowati, 2023).

Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa Gangguan mood yaitu perubahan atau gangguan suasana perasaan yang merupakan reaksi neurobiologis dari ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, yang secara umum menimbulkan perubahan dalam aktivitas hidup seseorang.

8.3 Etiologi

Beberapa teori menjelaskan penyebab gangguan mood. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab gangguan mood disebabkan oleh ketidakseimbangan biologis-kimiawi. Stresor psikososial dan interpersonal juga memicu perubahan fisiologis dan kimiawi di otak yang secara signifikan

mengubah keseimbangan neurotransmiter. Penyebab gangguan mood (Videbeck, 2008 & 2011), adalah sebagai berikut:

8.3.1 Teori Biologi

a. Teori Genetik

Faktor genetik atau keturunan merupakan salah satu penyebab gangguan mood.

- 1) Generasi derajat pertama memiliki risiko penularan depresi unipolar dua kali lipat dibandingkan populasi umum.
- 2) Kembar monozigotik yang diasuh terpisah memiliki insiden penyakit penyerta yang lebih tinggi sebesar 54%, dan kembar dizigotik sebesar 24%.

b. Teori neurokimia

- 1) Defisiensi serotonin dalam darah dan cairan serebrospinal; dan penurunan metabolisme di korteks prefrontal pada individu yang depresi.
- 2) Kadar Norepinefrin meningkat pada mania dan menurun pada depresi.
- 3) Gangguan asetilkolin dan dopamin berhubungan dengan gangguan mood.

c. Teori Neuroendokrin

Gangguan mood juga terjadi pada orang dengan kelainan hormonal, seperti gangguan tiroid, adrenal, paratiroid, dan hipofisis. Pada fungsi hipotalamus-hipofisis-adrenokortikal kadar kortisol meningkat pada individu yang depresi, dan pada fungsi hipotalamus-hipofisis-tiroid respon hormon perangsang tiroid menurun. Kondisi hipotiroid maupun hipertiroid berhubungan dengan gangguan mood.

d. Siklus Biologi

- 1) *Perubahan hormonal* akibat siklus menstruasi juga dapat mempengaruhi suasana hati, seperti sindrom pramenstruasi.
- 2) *Ritme sirkadian* mengacu pada ritme sirkadian (suasana hati yang bervariasi menurut waktu).
- 3) *Tertidur*. Pada orang yang depresi, gerakan mata yang cepat saat tidur segera dimulai dan tetap aktif untuk waktu yang lama, yang meningkatkan waktu tidur, sedangkan waktu tidur sebenarnya berkurang dan jumlah terbangun meningkat.

8.3.2 Teori Psikodinamika

Freud, (1917, Videbeck, 2008) melihat harga diri orang yang depresi sebagai akibat dari kemarahan yang tidak terkendali yang disebabkan oleh kematian ibu anak, isolasi emosional, atau pengabaian karena pengabaian lainnya. kehilangan objek yang dicintai itu menciptakan perasaan tidak aman, hampa, sedih, dan marah. Kehilangan ini terjadi selama fase perkembangan oral/mulut ketika anak tanggungan tidak memiliki pemahaman orangtua tentang individuasi. Sebagai orang dewasa, individu yang berduka kembali ke tahap oral dan menyalurkan kemarahan mereka dari penolakan dan konflik yang belum terselesaikan tentang objek yang hilang menjadi kemarahan pada diri sendiri.

8.3.3 Teori Kognitif

Beck (1976, Videbeck, 2008) melihat depresi sebagai konsekuensi dari distorsi kognitif tertentu (pikiran yang menyimpang) dari orang-orang yang rentan. Pengalaman awal membentuk mereka untuk melihat diri mereka sendiri, dunia, dan masa depan mereka dalam hal kegagalan yang terdistorsi, berulangkali menafsirkan pengalaman sebagai hal sulit dan berlebihan dan menafsirkan diri mereka sendiri sebagai orang yang tidak konsisten dan tidak kompeten. Distorsi kognitif/Penyimpangan pikiran ini melibatkan melebih-lebihkan

peristiwa, sifat, dan ekspektasi negatif sambil meminimalkan segala sesuatu yang positif.

8.3.4 Teori Sosial/Lingkungan

- Lingkungan seperti hubungan keluarga yang ambivalen, kekerasan, mengandung penolakan atau ketergantungan yang kuat, dapat meningkatkan risiko gangguan mood.
- Kehilangan hubungan atau peran penting dalam hidup dapat menyebabkan depresi.
- Kekerasan fisik atau seksual dapat menjadi faktor berkembangnya depresi.
- Isolasi sosial dan ekonomi yang sangat terbatas, juga terkait dengan depresi.

8.4 Klasifikasi Gangguan Mood

Saat menerapkan diagnosis gangguan mental, referensi dibuat untuk *Manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5* (DSM-5). Klasifikasi DSM-5 gangguan mood dibagi menjadi: bipolar dan gangguan terkait, dan gangguan depresi (Gambar 8.1 dan 8.2) (American Psychiatric Association, 2013).

Bipolar and Related Disorders (105)

The following specifiers apply to Bipolar and Related Disorders where indicated:

*Specify: With anxious distress (specify current severity: mild, moderate, moderate-severe, severe); With mixed features; With rapid cycling; With melancholic features; With atypical features; With mood-congruent psychotic features; With mood-incongruent psychotic features; With catatonia (use additional code 293.89 [F06.1]); With peripartum onset; With seasonal pattern

_____	_____	Bipolar I Disorder, * (105)
_____	_____	Current or most recent episode manic
296.41	(F31.11)	Mild
296.42	(F31.12)	Moderate
296.43	(F31.13)	Severe
296.44	(F31.2)	With psychotic features
296.45	(F31.73)	In partial remission
296.46	(F31.74)	In full remission
296.49	(F31.9)	Unspecified
296.49	(F31.0)	Current or most recent episode hypomanic
296.45	(F31.73)	In partial remission
296.46	(F31.74)	In full remission
296.49	(F31.9)	Unspecified
_____	_____	Current or most recent episode depressed
296.51	(F31.31)	Mild
296.52	(F31.32)	Moderate
296.53	(F31.4)	Severe
296.54	(F31.5)	With psychotic features
296.55	(F31.75)	In partial remission
296.56	(F31.76)	In full remission
296.59	(F31.9)	Unspecified
296.7	(F31.9)	Current or most recent episode unspecified
296.89	(F31.81)	Bipolar II Disorder, * (113)
		Specify current or most recent episode: Hypomanic, Depressed
		Specify course: If full criteria for a mood episode are not currently met: In partial remission, In full remission
		Specify severity if full criteria for a mood episode are not currently met: Mild, Moderate, Severe
301.13	(F34.0)	Cyclothymic Disorder (120)
		Specify if: With anxious distress
_____	_____	Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder (122)
		Note: See the criteria set and corresponding recording procedures for substance-specific codes and ICD-9-CM and ICD-10-CM coding.
		Specify if: With onset during intoxication, With onset during withdrawal
293.83	_____	Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition (125)
		Specify if:
	(F06.33)	With manic features
	(F06.33)	With manic- or hypomanic-like episode
	(F06.34)	With mixed features
296.89	(F31.89)	Other Specified Bipolar and Related Disorder (127)
296.80	(F31.9)	Unspecified Bipolar and Related Disorder (128)

Gambar 8.1 : Gangguan Mood dalam DSM-5
(Sumber: American Psychology Association, 2013)

Depressive Disorders (134)

The following specifiers apply to Depressive Disorders where indicated:

*Specify: With anxious distress (specify current severity: mild, moderate, moderate-severe, severe); With mixed features; With melancholic features; With atypical features; With mood-congruent psychotic features; With mood-incongruent psychotic features; With catatonia (use additional code 293.89 [06.1]); With peripartum onset; With seasonal pattern

296.99	(F34.8)	Disruptive Mood Dysregulation Disorder (135)
—	(—)	Major Depressive Disorder. * (138)
—	(—)	Single episode
296.21	(F32.0)	Mild
296.22	(F32.1)	Moderate
296.23	(F32.2)	Severe
296.24	(F32.3)	With psychotic features
296.25	(F32.4)	In partial remission
296.26	(F32.5)	In full remission
296.20	(F32.8)	Unspecified
—	(—)	Recurrent episode
296.31	(F33.0)	Mild
296.32	(F33.1)	Moderate
296.33	(F33.2)	Severe
296.34	(F33.3)	With psychotic features
296.35	(F33.41)	In partial remission
296.36	(F33.42)	In full remission
296.30	(F33.9)	Unspecified
300.4	(F34.1)	Persistent Depressive Disorder (Dysthymia). * (146)
		Specify if: In partial remission, In full remission
		Specify if: Early onset, Late onset
		Specify if: With pure dysthymic syndrome; With persistent major depressive episode; With intermittent major depressive episodes, with current episode; With intermittent major depressive episodes, without current episode
		Specify current severity: Mild, Moderate, Severe
625.4	(N94.3)	Premenstrual Dysphoric Disorder (149)
—	(—)	Substance/Medication-Induced Depressive Disorder (152)
		Note: See the criteria set and corresponding recording procedures for substance-specific codes and ICD-9-CM and ICD-10-CM coding.
293.83	(—)	Specify if: With onset during intoxication, With onset during withdrawal
		Depressive Disorder Due to Another Medical Condition (157)
		Specify if:
	(F06.31)	With depressive features
	(F06.32)	With major depressive-like episode
	(F06.34)	With mixed features
311	(F32.8)	Other Specified Depressive Disorder (160)
311	(F32.9)	Unspecified Depressive Disorder (160)

Gambar 8.2 : Gangguan Mood Dalam DSM-5
(Sumber: American Psychology Association, 2013)

Penegakkan diagnosis gangguan mental di Indonesia mengacu pada Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) yang merujuk kepada DSM-5 (Maslim, 2013), dan untuk pelayanan penanganan masalah gangguan jiwa merujuk pada Keputusan Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa.

Klasifikasi gangguan mood (Maslim, 2013) adalah sebagai berikut:

a. Gangguan Manik (F30)

Gejala gangguan ini termasuk emosi yang meningkat disertai dengan aktivitas fisik dan mental yang tinggi dan cepat, ekspansif dan mudah tersinggung. Gangguan ini memiliki klasifikasi sebagai berikut:

- 1) Hipomania (F30.0)
- 2) Mania tanpa gejala psikotik (F30.1)
- 3) Mania dengan gejala psikotik (F30.2)
- 4) Episode manik lainnya (F30.8)
- 5) Episode manik yang tidak terkласifikasi (YTT) (F30.9)

b. Gangguan Afektif Bipolar (F31)

Gangguan ini memiliki gejala manik, hipomanik, depresi dan campuran. Kadang-kadang dapat menunjukkan suasana hati yang meningkat, energi dan aktivitas yang terganggu (mania atau hipomania), sementara di lain waktu dapat menunjukkan penurunan suasana hati, energi dan aktivitas (depresi). Penyakit ini diklasifikasikan sebagai:

- 1) gangguan afektif bipolar episode kini hipomania (F31.0)
- 2) gangguan afektif bipolar episode kini manik tanpa gejala psikotik (F31.1)
- 3) gangguan afektif bipolar episode kini dengan gejala psikotik (F31.2)

- 4) gangguan afektif bipolar episode kini depresif ringan atau sedang (F31.3)
- 5) gangguan afektif bipolar episode kini depresi berat tanpa gejala psikotik (F31.4)
- 6) gangguan afektif bipolar episode kini depresif berat dengan gejala psikotik (F31.5)
- 7) gangguan afektif bipolar episode kini (F31.6)
- 8) gangguan afektif bipolar kini dan remisi (F31.7)
- 9) gangguan afektif bipolar lainnya (F31.8)
- 10) gangguan afektif bipolar (YTT F31.9)

c. **Episode Depresif (F32)**

Jika Episode ini berdiri sendiri disebut unipolar, atau dapat juga menjadi bagian dari gangguan bipolar. Gejalanya terjadi sekurangnya 2 minggu dan ditemukan tingkat fungsi sebelumnya mengalami perubahan. **Gejala utama**: ditemukan pada depresi Ringan, Sedang, dan Berat, adanya perasaan depresi, hilang minat dan rasa gembira, energi berkurang sampai pada kondisi mudah lelah walaupun sedikit bekerja, dan penurunan aktivitas. **Gejala penyertanya**, antara lain: kurang perhatian dan konsentrasi, kurang percaya diri, harga diri rendah, merasa bersalah, merasa tidak berguna, pesimis, pandangan suram tentang masa depan, melakukan tindakan yang dapat mencederai diri sendiri, memiliki gagasan bunuh diri, gangguan tidur, dan kurang nafsu makan. Klasifikasi gangguan depresif adalah:

- 1) Episode depresif ringan (F32.0)
- 2) Episode depresif sedang (F32.1)
- 3) Episode depresif berat tanpa gejala psikotik (F32.2)
- 4) Episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3)
- 5) Episode depresif lainnya (F32.8)
- 6) Episode depresif YTT (F32.9)

d. Gangguan Depresif Berulang (F33)

Gejala klinis gangguan depresi berulang adalah: gangguan depresi berulang tanpa mania atau hipomania; onset, keparahan, durasi dan frekuensi bervariasi; gejala 3-12 bulan terakhir; remisi lengkap; gejala terjadi karena ada stresor; wanita memiliki risiko 2 kali lebih tinggi daripada pria. Klasifikasi gangguan depresi berulang adalah sebagai berikut:

- 1) Gangguan depresif berulang, episode kini ringan (F33.0)
- 2) Gangguan depresif berulang, episode kini sedang (F33.1)
- 3) Gangguan depresif berulang, episode kini berat tanpa gejala psikotik (F33.2)
- 4) Gangguan depresif berulang, episode kini berat dengan gejala psikotik (F33.3)
- 5) Gangguan depresif berulang, kini dalam remisi (F33.4)
- 6) Gangguan depresif berulang, lainnya (F33.8)
- 7) Gangguan depresif berulang YTT (F33.9)

e. Gangguan Suasana Perasaan Menetap (F34)

Klasifikasi gangguan mood menetap adalah:

- 1) Siklotimia (F34.0)
- 2) Distimia (F34.1)
- 3) Gangguan suasana perasaan menetap lainnya (F34.8)
- 4) Gangguan suasana perasaan menetap YTT (F34.9)

f. Gangguan Suasana Perasaan Lainnya (F38)

- 1) Gangguan suasana perasaan/mood tunggal lainnya (F38.0)
- 2) Gangguan suasana perasaan/mood berulang lainnya (F38.1)
- 3) Gangguan suasana perasaan/mood lainnya YDT (F38.8)

g. Gangguan Suasana Perasaan YTT (F39)

8.5 Penatalaksanaan Gangguan Mood

8.5.1 Terapi Psikofarmakologi

Keputusan no. HK.02.02/MENKES/73/2015 Menteri Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan penatalaksanaan gangguan *mood* dibagi menjadi: **Pengobatan fase akut; Terapi Fase lanjutan; dan pengobatan fase pemulihan.** Tujuan utama pengobatan adalah menghentikan episode depresi saat ini dan mencegah episode penyakit selanjutnya.

a. Pengobatan Fase Akut

Dimulai dengan keputusan pengobatan dan diakhiri dengan remisi. Skala keparahan depresi (HAM-D dan MADRS) dapat membantu menentukan tingkat keparahan penyakit dan perbaikan gejala. Tujuan pengobatan pada fase akut adalah untuk mencapai respon atau remisi (lebih baik). Durasi pengobatan pada fase akut adalah 2-6 minggu. Indikasi definitif untuk rawat inap, adalah:

- 1) Prosedur diagnostik
- 2) Ancaman bunuh diri atau pembunuhan
- 3) Gangguan nutrisi dan kebutuhan perlindungan yang parah
- 4) Perburukan gejala yang cepat
- 5) Umumnya sistem pendukung yang memadai hilang..

Untuk memberikan hasil yang lebih baik, dapat diberikan terapi gabungan: terapi psikososial dan farmakoterapi. Dalam kasus ringan, terapi psikososial saja dapat memberikan hasil yang baik.

Pemberian medikasi ke pasien perlu memperhatikan panduan sebagai berikut: 1) tanggapan terhadap pengobatan dalam anamnesis; 2) memprediksi respons

pengobatan terhadap gejala; 3) adanya gangguan kejiwaan/medis lainnya; 4) Keamanan; 5) Kemungkinan efek samping. Gambar 2 menggambarkan jenis obat, dosis harian, dan efek samping obat.

b. Fase Perawatan Lanjutan

Tujuan perawatan pada fase ini adalah untuk mencapai remisi dan mencegah kekambuhan. Remisi, itu jika HAM-D ≤ 7 atau MADRS ≤ 8 , berlangsung minimal 3 minggu. Dosis obatnya sama dengan pada fase akut.

c. Terapi Fase Pemulihan

Tujuannya adalah untuk mencegah kekambuhan penyakit. Hal yang perlu dipertimbangkan adalah risiko kambuh, biaya dan manfaat pengobatan jangka panjang. Pasien dengan 3 atau lebih episode depresi.

Nama Obat	Dosis Harian (mg)	Efek Samping
SSRI		
Escitalopram	20-60	Semua SSRI bisa menimbulkan insomnia, agitasi, sedasi, gangguan saluran cerna dan disfungsi seksual
Fluoksetin	10-40	
Sertralin	50-150	
Fluvoksamin	150-300	
Trisiklik/Tetrasiklik		
Amitriptilin	75-300	Antikolinergik
Maprotilin	100-225	
Imipramin	75-300	
SNRI		
Duloksetin	40-60	Mengantuk, kenaikan Berat Badan, hipertensi, gangguan saluran cerna
Venlafaksin	150-375	
RIMA		
Moklobemid	150-300	Pusing, sakit kepala, mual, berkeringat, mulut kering, mata (penglihatan) kabur
NaSSA		
Mirtazapin	15-45	Somnolen, mual
SSRE		
Tianeptin	12,5-37,5	Somnolen, mual, gangguan kardiovaskular
Melatonin Agonis		
Agomelatin	25-50	Sakit kepala

Gambar 8.2 : Jenis Obat Antidepresan, Dosis dan Efek Samping

(Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/73/2015)

Episode berat, dipertimbangkan terapi pemeliharaan jangka panjang. Antidepresan yang telah berhasil mencapai remisi dilanjutkan dengan dosis yang sama selama masa pemeliharaan.

Selain diberikan farmakoterapi, penatalaksanaan pasien gangguan mood juga dapat diberikan terapi lainnya sebagai

kombinasi dari terapi obat-obatan, seperti: Terapi Psikososial, dan Terapi modalitas.

8.5.2 Terapi Medis Lain

Terapi elektrokonvulsif (ECT) dapat dilakukan pada pasien depresi yang tidak dapat mentoleransi efek samping antidepresan (Videbeck, 2011). ECT diberikan untuk depresi katatonik, tendensi bunuh diri berulang, refrakter (KepMenKes, 2015).

8.5.3 Psikoterapi

Kombinasi psikoterapi dan obat-obatan psikoterapeutik dianggap sebagai terapi yang paling efektif untuk mengatasi gangguan depresi, akan tetapi tidak ada satu tipe terapi tertentu yang lebih baik untuk mengatasi depresi. Mengacu pada (Videbeck, 2011) dan Kepmenkes (2015). Psikoterapi yang dapat dilakukan pada pasien dengan ganggauan mood adalah:

1) Terapi Kognitif

Terapi ini berfokus pada pembentukan kembali dan upaya untuk tidak membenarkan asumsi yang maladaptif, pikiran yang terganggu secara otomatis, serta proses pikir tidak logis yang dibesar-besarkan.

2) Terapi Interpersonal

Terapi ini berfokus pada kesulitan-kesulitan dalam hubungan, seperti reaksi berduka, pertentangan peran, dan transisi peran. Terapi interpersonal membantu individu menemukan cara untuk menyelesaikan tugas perkembangan individu dalam mempercayai orang lain, dan memiliki hubungan dengan orang lain.

3) Terapi Perilaku

Terapi perilaku diberikan kepada pasien dalam rangka untuk pembentukan perilaku baru pasien yang lebih baik, tepat dan adaptif. Untuk mendukung pembentukan

perilaku baru yang adaptif tersebut, tim profesional baik perawat, psikiater, dan interdisiplin lainnya dapat memberikan *reinforcement* dan umpan balik positif untuk perilaku nondepresif dan keterampilan sosial yang ditunjukkan oleh pasien.

4) Terapi Orientasi-Psikoanalitik

Terapi ini menganalisis pikiran, perasaan, impuls, keinginan, fantasi, impian, tindakan, ucapan individu serta pengalaman masa kanak-kanaknya untuk memperoleh pemahaman tentang penyebab kemarahan dirinya yang diintroyeksikan secara tidak sadar.

5) Terapi Keluarga

Pola Disfungsional di keluarga dapat menimbulkan permasalahan bagi setiap sistem yang ada di keluarga. Tujuan dari terapi ini ialah mengubah satu bagian dari sistem (dalam hal ini pasien) di keluarga sehingga sistem tersebut berfungsi dengan cara yang lebih sehat sehingga sistem lainnya dalam keluarga ikut berubah.

Fenomena tentang kematian akibat bunuh diri merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan dampak yang mendalam pada orang-orang di sekitarnya. Upaya peningkatan kesadaran, pengurangan stigma seputar bunuh diri, dan mendorong tindakan yang terinformasi dengan baik kepada masyarakat, serta penatalaksanaan yang tepat oleh profesional dapat mencegah dan mengurangi angka bunuh diri.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edit. USA: Arlington, VA.
- Frijanto, A. 2022. 'Depresi dan Bunuh Diri', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Pelayanan Kesehatan*, p. 1.
- Maslim, R. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. Cetakan ke. Jakarta-Indonesia: FK-UNIKA Atmajaya.
- Nasution, H. N. and Firdausi, H. 2021. 'Pendekatan Diagnosis Dan Tatalaksana Gangguan Mood Pada Usia Lanjut', *Jurnal Kedokteran*, 6(2), p. 131. doi: 10.36679/kedokteran.v6i2.333.
- Nierenberg, A. . et al. 2001. 'Mood Disorders and Suicide', *Mood Disorders and Suicide*, 25(2001), pp. 27–30. Available at: <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/12235/>.
- Twenge, J. M. et al. 2019. 'Supplemental Material for Age, Period, and Cohort Trends in Mood Disorder Indicators and Suicide-Related Outcomes in a Nationally Representative Dataset, 2005–2017', *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), pp. 185–199. doi: 10.1037/abn0000410.supp.
- Videbeck, S. L. 2008. *Psychiatric Mental Health Nursing*. alih bahas. Edited by Pamilih Eko Karyuni. Jakarta: EGC.
- Videbeck, S. L. 2011. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Fifth Edit. Edited by Jean Rodenberger. philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Widowati, C. . 2023. 'Mengenal Mood Disorder (Depresi)', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Pelayanan Kesehatan*, p. 1. Available at: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2041/mengenal-mood-disorder-depresi.

BAB 9

GANGGUAN PRIBADI

Oleh Ira Kusumawaty

9.1 Pendahuluan

Masa remaja adalah tahap perkembangan yang ditandai dengan perubahan biologis, psikologis dan sosial yang penting (Osborn *et al.*, 2022). Eksplorasi dan memperbarui identitas serta hubungan interpersonal adalah tugas perkembangan inti bagi orang muda, yang seringkali memengaruhi stabilitas emosi mereka. Bagi sebagian orang, periode ini berarti menghadapi gangguan pengaturan suasana hati menjadi lebih serius. Orang tua yang menjadi teman terdekatnya harus memberikan komunikasi yang tegas dan menegakkan disiplin yang positif untuk membentuk hubungan dan kasih sayang dengan anak serta pola pengasuhan yang positif dapat diperlakukan, sehingga anak dapat membentuk kepribadian diri mereka (Yunike & Kusumawaty, 2022). Masa remaja tampaknya juga menjadi periode yang sangat rentan untuk perkembangan gangguan kejiwaan yang lebih kompleks, seperti gangguan kepribadian (Korsgaard *et al.*, 2022).

Gangguan kepribadian adalah definisi yang digunakan untuk karakteristik umum fisik, mental dan spiritual. Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) oleh *American Psychiatric Association* (APA) mendefinisikan gangguan kepribadian sebagai ketidakmampuan penyesuaian jangka panjang dan disposisi ketat yang dimanifestasikan oleh tekanan individu. Individu dengan gangguan kepribadian memiliki masalah dalam hubungannya dengan lingkungannya dan memiliki kemungkinan yang tinggi untuk mencoba bunuh diri dan melukai diri sendiri serta membahayakan lingkungannya. Oleh karena itu,

gangguan kepribadian juga menyebabkan kematian pada usia dini (Köse, 2020).

Gangguan kepribadian diklasifikasikan sebagai kelompok A, B, dan C. Kelompok A ditandai dengan kepribadian yang aneh dan eksentrik dan termasuk gangguan kepribadian paranoid, skizoid, dan skizotipal. Gangguan kepribadian dalam kelompok ini dievaluasi dalam spektrum skizofrenia. Cluster B dicirikan oleh kepribadian yang sangat emosional dan mudah berubah; gangguan kepribadian antisosial, ambang, histriponik, dan narsistik termasuk dalam kelompok ini. Gangguan kepribadian Cluster C ditandai dengan kepribadian cemas dan takut; menarik diri, kecanduan, dan gangguan kepribadian obsesif-kompulsif (OCPD) termasuk dalam cluster C (Köse, 2020).

Gangguan kepribadian berasal dari interaksi kompleks pengaruh biologis, keluarga, dan sosial. Oleh karena itu, pemahaman yang lebih baik tentang disfungsi ini dan bagaimana mereka dapat diperbaiki harus datang dari kolaborasi interdisipliner dan bukan hanya perspektif disiplin tunggal mana pun (Alwin *et al.*, 2006). Berdasarkan pernyataan diatas pentingnya untuk mengetahui penyebab, gejala, dan pengobatannya.

9.2 Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian adalah kondisi kronis, yang berarti gangguan karakteristik berlanjut dalam jangka waktu yang lama biasanya muncul pada masa remaja atau dewasa awal, mereka relatif stabil dan dapat terus - menerus ke kehidupan selanjutnya. Ciri-ciri bermasalah ini mengakibatkan penderitaan atau kesulitan dalam sejumlah aspek kehidupan seseorang yang berbeda, seperti hubungan intim, keluarga dan sosial, bagaimana seseorang mengalami dunia di sekitar mereka, hubungan mereka dengan diri mereka sendiri (yaitu, dunia batin mereka), dan dalam setiap

pekerjaan atau jabatan yang diikuti oleh orang tersebut (Wood *et al.*, 2014).

Gangguan kepribadian (PD) dapat digambarkan dengan kepribadian ekstrim yang mengganggu kehidupan sehari-hari dan berkontribusi pada penderitaan yang signifikan, keterbatasan fungsional, atau keduanya. Mereka umum dan sering ditemui di hampir semua bentuk perawatan kesehatan. PD dikaitkan dengan kualitas hidup yang rendah (*Quality of Life*), kesehatan yang buruk, dan kematian dini (Ekselius, 2018)

Gangguan kepribadian dapat memengaruhi seseorang dalam mengatasi kehidupan, mengelola hubungan, dan perasaan emosional. Seseorang mungkin menemukan keyakinan dan cara untuk menghadapi kehidupan sehari-hari berbeda dari orang lain dan sulit bagi orang tersebut untuk mengubahnya. seseorang mungkin merasa emosi membingungkan, melelahkan, dan sulit dikendalikan. Ini bisa berakhir dengan menyusahkan diri sendiri, dan orang lain sehingga dapat menyebabkan masalah kesehatan mental lainnya seperti depresi atau kecemasan dan juga dapat melakukan hal-hal lain seperti banyak minum, menggunakan obat-obatan atau menyakiti diri sendiri untuk mengatasinya (Rethink, 2016).

9.3 Etiologi Gangguan Kepribadian

Para ilmuan belum dapat menetukan etiologi yang tepat mengenai gangguan kepribadian, sehingga menimbulkan hipotesis yang luas. Psikoanalisis berpendapat bahwa gangguan ini diakibatkan oleh kegagalan untuk berkembang melalui perkembangan psikoseksual yang tepat. Trauma masa kecil adalah hipotesis etiologi lainnya. Mereka dengan gangguan borderline dan antisosial menderita keintiman dan defisit kepercayaan, yang keduanya mungkin terkait dengan pelecehan dan trauma masa kanak-kanak. Baru-baru ini, para peneliti telah menemukan korelasi genetik, khususnya pada schizotypal, borderline

personality disorder (BPD), dan PD antisosial (gangguan kepribadian). Gen-gen yang menarik adalah yang mengatur neurotransmisi - serotonin (5-HT), dopamin (DA), dan norepinefrin (NE), yang secara tidak langsung berpartisipasi dalam mempengaruhi regulasi (Fariba *et al.*, 2022). Faktor budaya juga dapat memainkan peran penting dalam perkembangan gangguan kepribadian, seperti yang ditunjukkan oleh berbagai prevalensi gangguan kepribadian di berbagai negara. Fenomena ini dibuktikan dengan prevalensi gangguan kepribadian antisosial yang sangat rendah di negara-negara termasuk Taiwan, Cina, dan Jepang, bersama dengan insiden gangguan kepribadian cluster C yang jauh lebih tinggi (Ma *et al.*, 2016).

9.4 Tanda – Tanda Gangguan Kepribadian

Berikut tanda – tanda seseorang mengalami gangguan kepribadian, yaitu (Mind, 2020) :

1. Seseorang akan berpikir, merasakan, dan perilaku yang dapat menyebabkan masalah dalam kehidupan sehari – hari. Misalnya, merasa tidak dapat mempercayai orang lain atau sering merasa ditinggalkan, menyebabkan diri sendiri atau orang lain tertekan dalam hubungan sehari-hari.
2. Seseorang mengalami berbagai masalah diaspek kehidupan. Misalnya, kesulitan memulai atau mempertahankan persahabatan, mengendalikan perasaan dan perilaku, atau bergaul dengan orang lain. Mungkin ada intensitas pada emosi yang terkadang membuat mereka merasa menakutkan dan berlebihan.
3. Masalah-masalah ini berlanjut untuk waktu yang lama. Pola-pola sulit ini mungkin sudah dimulai saat masih kecil atau remaja dan dapat berlanjut hingga dewasa.
4. Masalah ini tidak semata-mata disebabkan oleh zat atau kondisi medis. Misalnya, menggunakan obat-obatan atau obat-obatan dapat menyebabkan perubahan pada orang,

begitu pula efek fisik dari pengalaman seperti trauma kepala.

9.5 Jenis – Jenis Gangguan Kepribadian

Diagnosis gangguan kepribadian, dibagi menjadi 3 kelompok, sebagai berikut (Rethink, 2016) :

1. Gangguan kepribadian Cluster A

1) Gangguan kepribadian paranoid

Jika telah didiagnosis dengan gangguan kepribadian paranoid, mungkin merasa sangat curiga terhadap orang lain tanpa ada alasan tertentu. Kecurigaan ini dapat membuat seseorang merasa orang lain berbohong atau mengeksplorasinya. Ini bisa membuat seseorang sulit mempercayai orang lain, bahkan teman dan mungkin merasa sulit untuk memaafkan penghinaan serta akan menyimpan dendam.

2) Gangguan kepribadian skizoid

Dengan gangguan kepribadian skizoid, seseorang akan memiliki sedikit hubungan sosial dan lebih suka menyendiri. Orang tersebut mungkin sebenarnya sangat pemalu, tetapi orang lain mungkin menganggapnya cukup dingin dan jauh.

3) Gangguan kepribadian skizotipal

Gangguan kepribadian skizotipal adalah di mana seseorang memiliki masalah dengan hubungan sosial dan interpersonal, serta mungkin mempunyai pikiran yang aneh, merasa paranoid dan melihat atau mendengar hal-hal yang sebenarnya tidak ada. seseorang mungkin juga kurang emosi atau digambarkan sebagai 'eksentrik'. Jika dokter mendiagnosis dengan gangguan kepribadian skizotipal, mereka harus mengesampingkan skizofrenia dan gangguan mood yang mencakup psikosis.

2. Gangguan kepribadian Cluster B

1) Gangguan kepribadian antisosial (*Antisocial personality disorder*)

Jika didiagnosis dengan gangguan kepribadian antisocial, seseorang mungkin impulsif atau sembrono tanpa memikirkan dampaknya pada orang lain, serta mudah frustrasi, agresif, dan rentan terhadap kekerasan. seseorang dapat melakukan sesuatu untuk mendapatkan apa yang diinginkan. Orang lain mungkin melihat ini sebagai tindakan egois dan tanpa rasa bersalah.

2) Gangguan kepribadian ambang (*Borderline personality disorder* atau BPD)

Jika memiliki gangguan kepribadian ambang (BPD), mungkin mempunyai emosi yang kuat, perubahan suasana hati, dan perasaan yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Seseorang mungkin sering merasa cemas dan tertekan dan memiliki masalah dengan citra diri (bagaimana melihat diri sendiri) dan identitas diri sendiri dan mungkin menyakiti diri sendiri atau menggunakan narkoba serta alkohol untuk mengatasi perasaan ini. Ini dapat memengaruhi hubungan individu dengan orang lain.

3) Gangguan kepribadian histrionik

Jika memiliki diagnosis gangguan kepribadian histrionik, mungkin akan merasa senang menjadi pusat perhatian dan merasa cemas karena diabaikan. Ini dapat menyebabkan seseorang menjadi hidup dan terlalu dramatis serta mungkin bosan dengan rutinitas normal, sangat khawatir dengan penampilannya, dan ingin diperhatikan.

4) Gangguan kepribadian narsistik

Gangguan kepribadian narsistik dapat berarti memiliki rasa mementingkan diri sendiri, mempunyai fantasi

tentang kesuksesan tanpa batas dan menginginkan perhatian dan kekaguman. Seseorang merasa lebih berhak atas sesuatu daripada orang lain, dan bertindak egois untuk mendapatkan kesuksesan seperti itu karena merasa tidak berarti atau tidak penting.

3. Gangguan kepribadian Cluster C

1) Gangguan kepribadian dependen

Jika memiliki gangguan kepribadian dependen, individu akan membiarkan orang lain mengambil tanggung jawab atas sebagian hidupnya. Seseorang merasa kurang percaya diri atau tidak mampu melakukan hal-hal normal sendirian sehingga menempatkan kebutuhan diri sendiri di atas kebutuhan orang lain, dan merasa putus asa atau takut sendirian.

2) Gangguan kepribadian menghindar

Jika memiliki gangguan kepribadian menghindar, mungkin takut dihakimi secara negatif. Ini dapat menyebabkan individu merasa tidak nyaman dalam situasi sosial. Sesorang akan merasa peka terhadap kritik, sangat khawatir, dan memiliki harga diri yang rendah. Sehingga, mungkin menginginkan kasih sayang, tetapi khawatir akan ditolak.

3) Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif

Jika memiliki kondisi ini, mungkin akan merasa cemas dengan masalah yang tampak tidak teratur atau 'berantakan'. Segala sesuatu yang dilakukan harus tepat, dan tidak ada yang bisa dibiarkan begitu saja. seseorang mungkin terlalu berhati-hati tentang berbagai hal dan disibukkan dengan detail. Orang lain mungkin menganggapnya sebagai pengendali.

Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif berbeda dengan gangguan obsesif kompulsif (OCD). Jika

memiliki gangguan kepribadian obsesif-kompulsif, mungkin percaya tindakan yang dilakukan benar. Orang dengan OCD cenderung menyadari bahwa perilakunya tidak rasional.

9.6 Perawatan Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian adalah salah satu gangguan yang paling sulit diobati dalam psikiatri. Secara umum, tidak ada pendekatan umum untuk mengobati gangguan kepribadian. Jika dokter umum merasa pasiennya memiliki gangguan kepribadian yang kompleks, mereka mungkin merujuk ke :

- Tim kesehatan jiwa komunitas
- Layanan atau unit spesialis gangguan kepribadian, jika ada di daerah setempat.

Layanan ini terdiri dari para profesional seperti psikolog, psikiater dan terapis yang akan memiliki pengalaman khusus dalam membantu orang dengan gangguan kepribadian. Terkadang mungkin untuk menghubungi layanan ini sendiri dan mendapatkan bantuan dengan cara itu (Rethink, 2016).

Pasien dan dokter atau tim perawatan kesehatan harus menyetujui rencana perawatan yang paling sesuai untuk pasiennya. Perawatan psikologis satu-ke-satu dan kelompok atau 'terapi bicara' sering direkomendasikan dan efektif dalam membantu. Semuanya melibatkan pembicaraan dengan terapis, tetapi berbeda satu sama lain. Namun, pilihan untuk mengobati gangguan kepribadian terus berkembang.

Berikut perawatan gangguan kepribadian (Rethink, 2016) :

- 1) Terapi Perilaku Dialektis (*Dialectical behaviour therapy*)

Terapi perilaku dialektis dapat membantu individu dalam belajar menemukan dan mengendalikan emosi serta perilaku. Ini diadaptasi dari terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behavior Therapy*) yang dimana bertujuan untuk

membantu dalam mengenali kemudian mengubah perilaku yang tidak membantu dengan mempelajari keterampilan baru. Perilaku yang tidak membantu mungkin termasuk berpikir untuk bunuh diri, menyakiti diri sendiri, minum alkohol, atau menggunakan obat-obatan untuk mengatasi emosi induvidu.

2) Terapi analitik kognitif (*Cognitive analytical therapy*)

Terapi analitik kognitif membantu induvidu dalam mengenali pola hubungan yang dapat menimbulkan masalah baginya dan sulit diubah serta mungkin telah mempelajari pola-pola ini saat tumbuh dewasa untuk mengatasi emosi yang sulit. pasien dan terapis akan bekerja sama untuk mengenali pola-pola ini dan kemudian mencoba mengubahnya. Jenis terapi ini biasanya berlangsung selama 16 -20 sesi.

3) Terapi berbasis mentalisasi (*Mentalisation based therapy*)

Mentalisasi adalah tentang memahami apa yang orang lain pikirkan, niatkan, butuhkan atau inginkan. Ini tentang menyadari apa yang terjadi di kepala diri sendiri dan di benak orang lain. Mentalisasi mengacu pada fakta bahwa terkadang ketika merasa tertekan, akan lebih sulit untuk 'mentalisasi'.

Seseorang akan menghadiri terapi kelompok dan satu-ke-satu. Tujuannya adalah untuk membantu memahami diri sendiri dan orang lain dengan lebih baik, dan belajar 'bagaimana' mentalisasi.

4) Terapi psikodinamik / psikoanalitik

Jenis terapi ini memberi waktu untuk berbicara perasaan tentang diri sendiri dan orang lain. Ini mungkin termasuk :

- Apa yang telah terjadi di masa lalu?
- Apa yang terjadi dalam hidup sekarang?
- Bagaimana masa lalu dapat memengaruhi perasaan, pemikiran, dan perilaku saat ini?

Kegiatan ini biasanya memiliki sesi reguler (mingguan atau dua minggu) secara satu per satu. Jenis terapi ini bisa berkelanjutan.

5) Komunitas terapeutik

Komunitas terapeutik adalah tempat di mana akan mendapatkan terapi kelompok jangka panjang yang dimana akan mengunjungi, atau terkadang tinggal, selama beberapa minggu atau bulan. Kadang-kadang dapat berkunjung hanya beberapa hari dalam seminggu (disebut 'program hari'). seseorang belajar dari bergaul – atau tidak bergaul – dengan orang lain dalam kelompok perlakuan. Ini menawarkan tempat yang aman jika ada ketidaksepakatan atau gangguan. Orang-orang dalam komunitas terapeutik sering kali memiliki banyak pendapat tentang bagaimana komunitas berjalan.

6) Pengobatan

Tidak ada obat yang direkomendasikan untuk pengobatan gangguan kepribadian. Namun, dokter terkadang menyarankan obat untuk membantu mengatasi gejala seperti kecemasan, kemarahan, atau suasana hati yang buruk. Ini mungkin termasuk antidepresan, penstabil suasana hati atau antipsikotik.

9.7 Komplikasi

Gangguan kepribadian dapat mengakibatkan konflik interpersonal dan hubungan sosial yang buruk. Individu yang menderita gangguan kepribadian akan mengalami kesulitan pekerjaan, gangguan fungsi sosial, dan kesulitan interpersonal. Studi menunjukkan peningkatan tingkat pengangguran, perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, penggunaan narkoba, dan tunawisma. Masyarakat juga dipengaruhi oleh beban perawatan kesehatan. Orang dengan gangguan kepribadian lebih mungkin mengunjungi unit gawat darurat, mengalami kecelakaan traumatis, dan menderita kematian dini karena bunuh diri. Dilema utama

adalah bahwa pasien ini sering datang dengan depresi atau kecemasan yang resistan terhadap pengobatan. Mengingat kurangnya diagnosis yang akurat, manajemen pengobatan untuk masalah psikologis mereka tidak memberikan hasil yang baik. Gangguan kepribadian mengakibatkan biaya dan beban yang signifikan bagi masyarakat dan negara. Sifat mereka yang menyebar dan kurangnya diagnosis dan pengobatan yang akurat menyebabkan masalah yang berkelanjutan. Selain itu, kurangnya wawasan menghadirkan masalah dalam mencari pengobatan (Fariba *et al.*, 2022).

9.8 Cara Menolong Teman dengan Gangguan Kepribadian

Jika seseorang yang dikenal dengan diagnosis gangguan kepribadian, pikiran, perasaan, dan perilaku mungkin akan menyulitkan mereka untuk selalu menjaga hubungan baik dengan orang lain. Terkadang, mungkin merasa sulit untuk mengetahui apa yang harus dikatakan atau bagaimana cara membantu. Tetapi ada banyak hal positif yang dapat dilakukan untuk mendukung mereka (Mind, 2020) :

1) Cobalah untuk bersabar

Jika orang yang disayangi sedang berjuang untuk mengatasi emosinya, cobalah untuk tidak terlibat dalam pertengkaran di saat-saat panas. Mungkin lebih baik menunggu sampai merasa lebih tenang untuk membicarakan semuanya.

2) Bicaralah dengan mereka dengan penuh kasih dan tenang

Ketika seseorang mengalami pikiran dan perasaan yang sulit, perilaku mereka mungkin tidak terduga atau menjengkelkan, dan mungkin merasa gelisah. Cobalah untuk memahami apa yang mereka alami dan apa yang memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku mereka , ini dapat membantunya untuk tetap tenang.

3) Jangan menghakimi mereka

Cobalah untuk mendengarkan mereka tanpa memberi tahu mereka bahwa mereka harus merasakan apa yang mereka rasakan atau bahwa mereka terlalu sensitif. Seseorang mungkin tidak mengerti mengapa mereka merasa seperti ini, tetapi mengakui dan menghargai perasaan mereka bisa sangat berarti.

4) Ingatkan mereka tentang aspek lain dari kepribadian mereka

Diagnosis gangguan kepribadian tidak menghentikan seseorang untuk menjadi menyenangkan, cerdas, lucu, baik hati, bermotivasi tinggi, atau kreatif. Dapat meyakinkan untuk mengingatkan mereka tentang hal-hal lain yang di lihat dalam diri mereka, terutama jika mereka kesulitan untuk melihatnya sendiri.

5) Cobalah untuk menetapkan batasan dan ekspektasi yang jelas

Akan sangat membantu jika mengetahui di mana batasan hubungannya dengan orang lain, dan apa yang di harapkan dari satu sama lain. Ini dapat membantu mengelola perasaan dan situasi yang sulit. Menyepakati bagaimana berharap untuk berbicara satu sama lain, diajak bicara atau apa yang bisa atau tidak bisa bantu bisa menjadi hal yang berguna untuk diklarifikasi.

6) Bantu mereka mencari pengobatan dan dukungan.

9.9 Pencegahan dan Pendidikan Pasien

Karena kurangnya wawasan, keluarga dan teman harus tetap waspada dan membujuk pasien untuk berobat. Mereka yang paling dekat dengan pasien didorong untuk mendidik diri mereka sendiri sehubungan dengan sifat gangguan tertentu yang ada. Memahami penyakit tidak hanya bermanfaat bagi pasien tetapi juga bagi mereka yang berada di dekatnya. Studi menunjukkan

bahwa pernikahan, pekerjaan, dan pendidikan tinggi merupakan faktor pelindung dari kecacatan. Pasien yang belum menikah, menganggur, dan berpendidikan rendah lebih cenderung menderita gejala sisa yang signifikan dari gangguan mereka masing-masing (Zhang *et al.*, 2016). Faktor-faktor pelindung ini didalilkan untuk mencegah gangguan kepribadian berkembang menjadi psikopatologi yang lebih parah (Ma *et al.*, 2016).

9.10 Rangkuman

Gangguan kepribadian adalah pola perilaku, kognisi, dan suasana hati yang meresap, maladaptif, dan kronis. Orang yang memiliki gangguan kepribadian mengalami distorsi persepsi realitas dan respon afektif abnormal, akhirnya bermanifestasi dalam kesusahan di semua aspek kehidupan individu, termasuk kesulitan pekerjaan, gangguan fungsi sosial, dan kesulitan interpersonal.

Penyebab gangguan kepribadian belum diketahui secara pasti, tetapi banyak orang yang didiagnosis dengan gangguan kepribadian menggambarkan pengalaman trauma atau peristiwa masa lalu. Ini sering termasuk kesulitan tumbuh dewasa, termasuk pengabaian masa kanak-kanak atau pelecehan fisik, emosional atau seksual. Saat tumbuh dewasa, individu akan belajar mengatasi dan mengelola perubahan emosional yang intens dan membentuk hubungan dengan orang lain. Anak-anak yang dilecehkan atau ditelantarkan sering tidak mempelajari hal-hal ini, sehingga mereka mungkin merasa lebih sulit untuk mengatur perasaan mereka ketika mereka dewasa.

Gangguan kepribadian di kelompokkan menjadi tiga bagian yaitu : 1) Gangguan Kepribadian Cluster A (paranoid, Skizoid, Skizotipal), 2) Gangguan Kepribadian Cluster B (Antisosial, ambang, nasistik, Histrionik), 3) Gangguan Kepribadian Cluster C (Depede, Menghindar, dan Obsesif – Kompulsif.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwin, N., Blackburn, R., Davidson, K., Hilton, M., Logan, C., & Shine, J. 2006. Understanding personality disorder: A report by the British Psychological Society. ... *Psychological* ..., 56.
- Ekselius, L. 2018. Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(4), 194–204. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>
- Fariba, K. A., Gupta, V., & Kass, E. 2022. *Personality Disorder*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Korsgaard, H. O., Ulberg, R., Hummelen, B., Midgley, N., Thorén, A., & Dahl, H. S. J. 2022. Personality Disorders as a Possible Moderator of the Effects of Relational Interventions in Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy with Depressed Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710952>
- Köse, S. S. 2020. Personality disorders diagnosis, causes, and treatments. *Demiroglu Science University Florence Nightingale Transplantation Journal*, 5(1-2), 22–31. <https://doi.org/10.5606/dsufnjt.2020.013>
- Ma, G., Fan, H., Shen, C., & Wang, W. 2016. Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neuroscience Bulletin*, 32(3), 286–306. <https://doi.org/10.1007/s12264-016-0027-8>
- Mind. 2020. Personality Disorders. In *Clinical Case Studies in Home Health Care*. <https://doi.org/10.1002/9781118785744.ch18>
- Osborn, T. L., Wasanga, C. M., & Ndetei, D. M. 2022. Transforming mental health for all. In *The BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1593>

- Rethink. 2016. Personality disorders. In *Rethink Mental Illness Advoce Service* (Vol. 4, Issue 5).
- Wood, H., Bolton, W., Lovell, K., & Morgan, L. 2014. *Working effectively to support people with personality disorder in the community. THIS HANDBOOK HAS BEEN WRITTEN AND COMPILED BY.*
- Yunike, & Kusumawaty, I. 2022. Evaluation of Positive Parenting Training Program in Improving Mental Health of Children. *Budapest International Research and Critics Institute-Journal (BIRCI-Journal)*, 5(2), 10643–10655.
- Zhang, T. T., Huang, Y. Q., Liu, Z. R., & Chen, H. G. 2016. Distribution and risk factors of disability attributed to personality disorders: A national cross-sectional survey in China. *Chinese Medical Journal*, 129(15), 1765–1771. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.186649>

BAB 10

NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN ZAT ADIKTIF

Oleh Muji Rahayu

10.1 Pendahuluan

Narkotika, psikotropika dan zat adiktif disingkat NAPZA atau dengan sebutan lain yaitu narkoba (narkotika dan obat berbahaya) adalah sekelompok senyawa yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi tidak hanya fisik tetapi juga psikis bahkan sosial. Ketiga golongan senyawa tersebut menimbulkan masalah internasional akibat adanya penyalahgunaan dan kecanduan atau adiksi. Akibat dari ketergantungan ini tidak hanya merugikan individu, tetapi juga keluarga dan masyarakat. Pengaruh merugikan terhadap individu meliputi fisik, psikologis dan juga psikososial.

Faktor yang berhubungan dengan latar belakang sosial yang dapat berkontribusi terhadap konsumsi narkoba meliputi lingkaran pertemanan individu, kegagalan sosial, putus sekolah, kurangnya pengakuan dalam hubungan dengan orang lain, kondisi kerja keras, iklan yang menggoda, mudahnya akses untuk mendapatkan obat-obatan terlarang dan adanya kesempatan untuk menggunakan.

Apa yang terjadi pada otak ketika menggunakan NAPZA?

Perilaku dan emosi manusia dimodulasi oleh neurotransmitter, suatu senyawa kimia alami yang bertindak sebagai kunci antar sel saraf. Jumlah neurotransmitter tertentu di sirkuit otak dikontrol dengan tepat oleh berbagai mekanisme umpan balik. Narkoba adalah zat yang mengganggu keseimbangan halus ini (Gill, 2023a).

Narkotika, psikotropika dan zat adiktif mempengaruhi sistem komunikasi di otak dan dapat mengganggu fungsi sel syaraf. Senyawa tersebut mengganggu aktivitas sel saraf untuk mengirim, menerima dan memproses informasi secara normal (Ikawati, Z., 2016).

Para peneliti menyimpulkan bahwa semua zat yang memicu ketergantungan pada manusia, termasuk nikotin pada tembakau/rokok bekerja dengan cara meningkatkan pelepasan dopamin di area otak tertentu. Mekanisme yang terjadi secara langsung maupun tidak langsung mengaktifkan sistem *reward* dengan meningkatkan ketersediaan **dopamin** di otak (Gill, 2023a).

Sistem *reward* adalah kumpulan struktur otak dan jalur saraf pada mesolimbik (otak tengah) terdiri dari neuron dopaminergik di area tegmental ventral (VTA) dan proyeksinya ke nukleus accumbens (NAc), amigdala, korteks prefrontal (PFC), dan area otak depan lainnya. Sistem ini menghasilkan sinyal di bagian VTA yang menghasilkan pelepasan molekul dopamin di bagian *nukleus accumbens* (Volkow, Michaelides dan Baler, 2019). Pelepasan DA ke dalam NAc ini menyebabkan perasaan senang. Area lain di otak menciptakan catatan atau ingatan abadi yang menghubungkan perasaan senang ini dengan keadaan dan lingkungan tempat terjadinya. Kenangan ini, yang disebut asosiasi terkondisi, sering mengarah pada keinginan akan narkoba ketika penyalahguna menemukan kembali orang, tempat, atau benda tersebut, dan mereka mendorong penyalahguna untuk mencari lebih banyak narkoba meskipun ada banyak kendala (Kosten dan George, 2002).

Dopamin adalah satu jenis neurotransmitter di otak yang bekerja mengontrol gerakan, emosi, motivasi, dan perasaan senang. Stimulasi yang berlebihan pada system *reward*, yang normalnya adalah berespon terhadap stimulus alami menghasilkan efek euphoria ketika menggunakan NAPZA. Reaksi ini kemudian membentuk suatu pola di otak yang mendorong orang untuk melakukan dan melakukan lagi perilaku ini (penggunaan NAPZA)

untuk memperoleh kesenangan. Dengan demikian, jelaskan bahwa **kecanduan dan penyalahgunaan NAPZA dikategorikan penyakit otak karena terjadi suatu proses yang mempengaruhi struktur dan fungsi kerja otak**, sehingga menghentikan kecanduan obat dan miras bukan hanya masalah kemauan (Ikawati, Z., 2016).

Jika seseorang terus menerus menggunakan NAPZA, maka otak akan beradaptasi terhadap keberadaan dopamin yang tinggi dengan cara **mengurangi produksi dopamin atau mengurangi reseptor dopamin**. Hal ini menyebabkan pengguna NAPZA berusaha untuk terus menggunakan NAPZA untuk menjaga agar fungsi dopamin kembali ke “normal”, atau berusaha menambah dosis NAPZA untuk mencapai kadar dopamin yang tinggi untuk mencapai “tingkat kesenangan” yang diinginkan. Tidak jarang pula mereka mencoba jenis NAPZA yang lain dan dicampur dengan alkohol dan aneka tambahan lain untuk mendapatkan efek kesenangan yang diharapkan (Ikawati, Z, 2016)).

Penggunaan yang terus menerus akan menyebabkan perubahan pada system dan sirkuit di otak. Penelitian menunjukkan bahwa pada penderita kecanduan NAPZA terjadi perubahan area di otak pada bagian yang mengatur kemampuan menilai, pengambilan keputusan, belajar dan mengingat serta control perilaku. Bersamaan dengan itu, perubahan fungsi otak ini juga mendorong pengguna untuk mencari dan menggunakan obat terus menerus, yang kita kenal dengan istilah **kecanduan obat atau adiksi obat**. Mereka tidak mempedulikan lagi bahayanya jika terjadi overdosis maupun efek-efeknya terhadap organ tubuh lainnya, bahkan sampai kematian pun mereka tidak pikirkan. Jika mereka tidak mendapatkan obat, tubuh mereka akan “**sakaw**” karena pada saat tidak mendapat obat, otak mereka akan kekurangan dopamin sehingga mengakibatkan berbagai gejala fisik maupun psikis. Hal ini yang menyebabkan mereka terus terdorong untuk mendapatkan obat bagaimanapun caranya. Manifestasi

“sakaw” dari masing-masing obat berbeda tergantung dari jenis obatnya.(<https://zulliesikawati.wordpress.com/?s=adiksi>)

10.2 Narkotika

Narkotika berasal dari kata narkose (Yunani) yang artinya menidurkan atau membius, namun demikian narkotika bukan obat bius dan awalnya mengacu pada berbagai zat yang menumpulkan indra dan menghilangkan rasa sakit. Narkotika menekan saraf pusat sehingga menghasilkan efek penurunan sensitivitas terhadap rasa sakit dan aktivitas fisik, menimbulkan rasa kantuk.

Menurut Undang-undang nomor 35 tahun 2009, narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Narkotika dapat berasal dari bahan alami seperti golongan opium, dan sintetis. Narkotika sintetis antara lain: fentanyl, metadon, dekstropropoksifin, pethidin.

10.2.1 Ganja

Ganja merupakan salah satu narkotika golongan I yaitu narkotika yang hanya dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan dilarang digunakan untuk kepentingan lainnya, sesuai Undang-Undang Narkotika nomor 35 tahun 2009, pasal 5.

Ganja adalah tanaman penghasil produk kanabis. Ganja dan produknya disebut juga bhang, hashish, mariyuana, marihuana dll. Yang disebut marijuana biasanya merupakan campuran daun dan bagian atas bunga. Sedangkan *hashish* dan *charas* biasanya berupa resin.

Kanabis mengandung lebih dari 60 senyawa yang disebut kanabinoid. Empat kandungan utamanya adalah Δ-9-

tetrahydrocannabinol (THC), *Cannabinol* (CBN), Cannabidiol (CBD), *Cannabichromene*(CBCh). Kandungan THC terdapat di seluruh bagian tanaman, bervariasi tergantung pada bagian tanaman termasuk akar. *Tetrahydrocannabinol* (THC) merupakan kanabinoid yang mempunyai efek psikologik paling kuat dari produk kanabis. Bentuk-bentuk kanabis ada 3 yang berbeda kandungan tetrahydro cannabinol nya yaitu marijuana (produk herbal), dengan kandungan THC 0,5-5 %, resin kanabis : 2-10 %, dan kanabis cair (*hashish oil*) 10-30 % (Departemen Kesehatan dan BNN, 2008).

Ganja biasanya digunakan dengan cara dihisap atau sebagai rokok. Ganja yang masuk ke saluran pernapasan melalui hidung atau mulut akan terus ke bronkus, kemudian melalui bronkiolus masuk ke dalam paru-paru dan berakhir di alveolus. Di dalam alveolus, butiran “debu” zat aktif itu diserap oleh pembuluh darah kapiler, kemudian dibawa melalui pembuluh darah vena ke jantung dan disebarluaskan ke seluruh tubuh.

Tetrahydrocannabinol (THC), mengikat dan mengaktifkan reseptor spesifik, yang disebut reseptor cannabinoid. Ada banyak reseptor ini di bagian otak yang mengendalikan ingatan, pikiran, konsentrasi, persepsi waktu dan kedalaman, dan gerakan terkoordinasi. Ikatan senyawa THC dengan akan mengganggu fungsi normal reseptor tersebut.

Otak kecil (*Cerebellum*) adalah bagian otak yang terlibat dalam pengaturan keseimbangan, postur tubuh, dan koordinasi gerakan sehingga tubuh bergerak dengan lancar dan efisien. Sedangkan hippocampus berperan dalam pembentukan memori baru. Penelitian menunjukkan bahwa ganja mempengaruhi memori dengan mengurangi aktivitas neuron di daerah ini. Oleh karena itu, seseorang yang berada di bawah pengaruh ganja akan mengalami gangguan ingatan jangka pendek.

Ganja juga mempengaruhi area otak yang bertanggung jawab atas persepsi sensorik (misalnya sentuhan, penglihatan, pendengaran, rasa, dan bau) pada korteks serebral. Marijuana mengaktifkan reseptor cannabinoid di berbagai daerah korteks ini, yang menyebabkan persepsi sensoris yang berubah yang dialami pengguna di bawah pengaruhnya.

Efek akut ganja bervariasi, termasuk tertawa-tawa peningkatan nafsu makan, perubahan persepsi dan *mood*, dan efek stimulan atau sedatif. Jika digunakan dalam dosis yang sangat besar, pengguna juga mengalami halusinasi, kegelisahan, paranoid, penurunan ingatan jangka pendek, dan gaya berjalan yang tidak stabil. Penggunaan ganja secara intravena dapat menyebabkan kolaps kardiovaskular, koagulopati intravaskular diseminata, atau kematian. Penggunaan ganja jangka panjang dapat mengakibatkan Penurunan memori dan perhatian (UNODC, 2014).

Pada pengkonsumsi ganja kronis, hilangnya reseptor *cannabinoid 1* pada pembuluh darah arteri otak mengurangi aliran darah, dan karenanya menurunkan glukosa dan oksigen ke otak. Hasil utamanya adalah menurunnya perhatian, penurunan ingatan, dan kemampuan belajar terganggu (*The Brain, from top to bottom*).

10.2.2 Kokain

Kokain adalah obat perangsang yang sangat adiktif yang dibuat dari daun tanaman koka (*Erythroxylon coca*) asli Amerika Selatan (NIDA, 2021). Kokain menghasilkan efek psikoaktif dan adiktifnya terutama dengan bekerja pada sistem limbik otak, satu set area yang saling berhubungan yang mengatur kesenangan dan motivasi. Efek awal jangka pendek adalah penumpukan dopamine yang menimbulkan euforia dan keinginan untuk minum obat lagi (Nestler, 2005).

Mekanisme kerja kokain adalah meningkatkan kadar dopamine, neurotransmitter alami di sirkuit otak yang terkait dengan kontrol gerakan dan sistem *reward*. Biasanya, dopamin didaur ulang kembali ke sel yang melepaskannya, sehingga

menghentikan sinyal antar sel saraf. Namun, kokain mencegah dopamin didaur ulang, menyebabkan sejumlah besar menumpuk di ruang antara dua sel saraf, menghentikan komunikasi normal mereka. Banjir dopamin di sirkuit *reward* otak ini sangat memperkuat perilaku minum obat. Dengan terus menggunakan narkoba, sirkuit *reward* dapat beradaptasi, menjadi kurang sensitif terhadap narkotika ini. Akibatnya, orang yang menggunakan harus mengambil dosis yang lebih besar dan lebih sering supaya merasakan kenikmatan yang sama. Hal inilah yang menyebabkan ketagihan. Jika digunakan dengan cara dihirup, dihisap, atau disuntikkan, kokain dengan cepat memasuki aliran darah dan menembus otak.

Dopamin bertindak sebagai penentu kecepatan bagi banyak sel saraf di seluruh otak. Di setiap saat dalam hidup kita, dopamin bertanggung jawab untuk menjaga agar sel-sel tersebut beroperasi pada tingkat aktivitas yang sesuai untuk mencapai kebutuhan dan tujuan kita. Setiap kali kita perlu menggerakkan otot atau pikiran kita untuk bekerja lebih keras atau lebih cepat, dopamin mendorong beberapa sel otak yang terlibat untuk menghadapi tantangan tersebut. Kokain mengganggu mekanisme kontrol yang terakhir ini: Ini mengikat transporter dopamin, protein yang digunakan sel dopaminergik untuk mengambil molekul dopamin dari lingkungannya. Akibatnya, dengan kokain di dalamnya, molekul dopamin yang seharusnya diambil tetap beraksi. Dopamin menumpuk dan mengaktifkan sel penerima secara berlebihan.

Kokain menyebabkan perasaan “high” yang sangat kuat dan singkat, kemudian langsung diikuti dengan kebalikannya — depresi berat, resah dan ketagihan. Pengguna umumnya makan dan tidurnya tidak cukup. Mereka biasanya mengalami peningkatan detak jantung, kejang otot dan kejang-kejang. Zat ini mengakibatkan seseorang paranoid, marah, bermusuhan dan cemas — meskipun saat mereka sedang tidak *high*. Depresi sangat parah yang berasal dari narkotika ini, menyebabkan pengguna akan melakukan apa saja untuk mendapatkan narkotika, bahkan

melakukan pembunuhan. Bila pengguna tidak mendapatkan kokain, depresinya akan meningkat sekali sehingga dapat mendorong pecandu melakukan bunuh diri (*Foundation for a Drug-Free World*, 2010).

Beberapa konsekuensi kesehatan yang paling sering dan parah dari overdosis kokain adalah aritmia jantung, serangan jantung, kejang, dan stroke. Gejala overdosis kokain lainnya termasuk kesulitan bernapas, tekanan darah tinggi, suhu tubuh tinggi, halusinasi, dan agitasi atau kecemasan yang ekstrem (Gill, 2023).

10.2.3 Opioid

Istilah "opioid" mencakup senyawa yang diekstraksi dari biji poppy (*Papaver somniferum*) serta senyawa semisintetik (*dihidromorfin, oxycodone, hidrocodon, nalorfin, dihidrokodein*) dan sintetis (*fentanyl, pethidine, levorphanol, methadone, tramadol*) dengan sifat serupa yang dapat berinteraksi dengan reseptor opioid di otak (Yip, Megarbane dan Borron, 2007).

Penggunaan non-medis, penggunaan jangka panjang, penyalahgunaan dan penggunaan tanpa pengawasan medis dapat menyebabkan ketergantungan opioid dan masalah kesehatan lainnya. Karena efek farmakologisnya, opioid dapat menyebabkan kesulitan bernapas, dan overdosis opioid dapat menyebabkan kematian (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>).

Mekanisme adiksi obat-obat golongan opiat

Reseptor opiat terdapat di sekitar *reward pathway* (jalur reward pada otak: VTA, *nucleus accumbens* dan cortex), dan juga pada *pain pathway* (jalur nyeri) yang meliputi thalamus, batang otak (brainstem), dan *spinal cord*. Ketika seseorang menggunakan obat-obat golongan opiat seperti morfin, heroin, kodein, dll, maka obat akan mengikat reseptornya di jalur reward, dan juga jalur nyeri. Pada jalur nyeri, obat-obat opiat akan memberikan efek analgesia, sedangkan pada jalur reward akan memberikan

reinforcement positif (rasa senang, euphoria), yang menyebabkan orang ingin menggunakan lagi. Hal ini karena ikatan obat opiat dengan reseptornya pada *nucleus accumbens* akan menyebabkan pelepasan dopamin yang terlibat dalam *system reward*.

Pada tahap awal penyalahgunaan, stimulasi opioid pada sistem reward otak adalah alasan utama beberapa orang menggunakan narkoba berulang kali. Namun, dorongan untuk menggunakan opioid berkembang dari waktu ke waktu untuk melampaui dorongan sederhana untuk kesenangan. Paksaan yang meningkat ini terkait dengan toleransi dan ketergantungan. Paparan berulang terhadap dosis opioid yang meningkat mengubah otak sehingga berfungsi lebih atau kurang normal saat obat ada dan tidak normal saat tidak ada. Hal inilah yang disebut tahap toleransi (kebutuhan untuk mengonsumsi obat dengan dosis yang lebih tinggi dan lebih tinggi untuk mencapai efek opioid yang sama). Toleransi opioid terjadi karena sel-sel otak yang memiliki reseptor opioid secara bertahap menjadi kurang responsif terhadap rangsangan opioid. Oleh karena itu, lebih banyak opioid dibutuhkan untuk menghasilkan kesenangan yang sebanding dengan yang diberikan pada episode penggunaan narkoba sebelumnya (Kosten dan George, 2002).

10.2.4 Amfetamin, Metamfetamin dan Metilendioksi-metamfetamin (MDMA)

Menurut Undang-undang No. 5 tahun 1997 tentang Psikotropika, amfetamin, metamfetamin dan MDMA digolongkan sebagai psikotropika golongan II, tetapi kemudian dimasukkan ke dalam klasifikasi narkotika golongan I pada Undang-undang No. 35 tahun 2009 tentang Narkotika.

Aktivitas Amfetamin adalah merangsang sistem saraf pusat dan perifer. Senyawa ini menyebabkan peningkatan amina biogenik yang berasal dari terminal sinaptik saraf, yang pada gilirannya menghambat pengambilan kembali neurotransmitter tertentu. Amfetamin larut dalam lemak dan dengan demikian

melintasi penghalang darah-otak dengan cepat setelah menelan atau menyuntikkan. Amfetamin meningkatkan aktivitas neurotransmitter dopamin dan norepinefrin. Namun, mereka juga menginduksi pelepasan epinefrin, serotonin, dan histamin. Serotonin yang meningkat dapat mempengaruhi hipotalamus dan dengan demikian, menyebabkan hipertermia. Peningkatan kadar dopamin di sistem saraf pusat (SSP) menyebabkan psikosis, efek euforia, dan gangguan gerak lainnya. Toksisitas amfetamin juga dapat menyebabkan kejang akibat kematian neuron akibat interaksi antara amfetamin dan reseptor NMDA. Kadar katekolamin juga meningkat pada overdosis amfetamin yang menyebabkan peningkatan energi dan peningkatan stimulasi dengan penurunan kelesuan. Takikardia dan aritmia lainnya disebabkan oleh efek simpatomimetik amfetamin. Amfetamin menyebabkan takikardia dan hipertensi dan dapat menyebabkan aliran darah serebral yang signifikan yang meningkat sebesar 30%. Ini terlihat terutama di korteks frontal kiri yang dapat menyebabkan perdarahan dan bentuk stroke lainnya. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa penyalahgunaan amfetamin sangat terkait dengan penyakit arteri koroner dan dengan perdarahan subarachnoid. Penggunaan amfetamin jangka panjang dikaitkan dengan mionekrosis, kardiomiopati, dan infark miokard (Vasan dan Olango, 2022).

Metamfetamin

Metamfetamin adalah salah satu turunan amfetamin, dikenal dengan nama *shabu* atau *meth* oleh pengguna. Selain itu, turunan amfetamin yang lain dikenal sebagai *ecstasy* adalah metilen dioksi metamfetamin (MDMA). Meth adalah obat yang sangat adiktif dengan sifat stimulan sistem saraf pusat (SSP) yang kuat. Sensasi singkat dan intens, atau terburu-buru, dilaporkan oleh mereka yang merokok atau menyuntikkannya. Menelan oral atau menghisap serbuknya menghasilkan rasa *high* yang tahan lama alih-alih terburu-buru, yang dilaporkan dapat berlanjut

selama setengah hari. Baik rasa terburu-buru maupun rasa *high* diyakini sebagai hasil dari pelepasan kadar neurotransmitter dopamin yang sangat tinggi ke area otak yang mengatur perasaan senang. Penggunaan sabu dalam jangka panjang menghasilkan banyak efek yang merusak, termasuk kecanduan. Penyalahgunaan sabu kronis menunjukkan perilaku kekerasan, kecemasan, kebingungan, dan insomnia. Mereka juga dapat menampilkan sejumlah fitur psikotik, termasuk paranoia, agresi, halusinasi visual dan pendengaran, gangguan mood, dan delusi. Paranoia dapat menyebabkan pikiran membunuh dan bunuh diri.

Para peneliti telah melaporkan bahwa sebanyak 50% dari sel penghasil dopamin di otak dapat rusak setelah paparan yang lama pada kadar metamfetamin yang relatif rendah. Para peneliti juga telah menemukan bahwa sel saraf yang mengandung serotonin dapat rusak lebih parah lagi (DEA, 2022).

Mengonsumsi sabu dalam jumlah kecil sekalipun dapat mengakibatkan peningkatan kesadaran, peningkatan aktivitas fisik, penurunan nafsu makan, pernapasan dan detak jantung yang cepat, detak jantung tidak teratur, peningkatan tekanan darah, dan hipertermia (kepanasan). Dosis tinggi dapat meningkatkan suhu tubuh ke tingkat yang berbahaya, terkadang mematikan, serta menyebabkan kejang-kejang dan bahkan kolaps kardiovaskular dan kematian. Penyalahgunaan met juga dapat menyebabkan anoreksia ekstrim, kehilangan ingatan, dan masalah gigi yang parah (Drug Enforcement Administration, 2022).

10.3 Psikotropika

Menurut Undang-undang Psikotropika nomor 5 tahun 1997, Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Dalam undang-undang ini psikotropika digolongkan menjadi 4 golongan berdasarkan potensi mengakibatkan ketergantungan sebagai berikut:

- a. Psikotropika golongan I adalah psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi amat kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan.
 - b. Psikotropika golongan II adalah psikotropika yang berkasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan.
 - c. Psikotropika Golongan III adalah psikotropika yang berkasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan.
 - d. Psikotropika golongan IV adalah psikotropika yang berkasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma ketergantungan
- Peraturan Menteri Kesehatan yang terbaru yang mengatur penggolongan psikotropika adalah Permenkes No. 10 tahun 2022.

Psikotropika juga memegang peranan penting dalam pelayanan kesehatan. Di samping itu, psikotropika juga digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan meliputi penelitian, pengembangan, pendidikan, dan pengajaran.

LSD

Lisergide asid dietilamide (LSD) adalah halusinogen, **memiliki efek psikedelik** kuat, termasuk psikotropika golongan I. Zat ini dibuat dari zat asam lisergik yang ditemukan pada jamur ergot, jamur yang tumbuh pada sejenis gandum hitam dan biji-bijian. Diproduksi terutama di Amerika Serikat, dalam bentuk kristal di laboratorium tidak resmi. Kristal-kristal ini diubah menjadi bentuk cairan untuk diedarkan. Cairan ini tidak berbau, tidak berwarna, dan sedikit agak pahit. Dikenal sebagai “asid” dan banyak nama lainnya, LSD dijual di jalanan berupa tablet kecil (“microdots”), kapsul atau agar-agar persegi (“kaca jendela”). Kadang-kadang diletakkan pada kertas serap, yang kemudian dibagi ke dalam persegi-persegi yang kecil dihiasi dengan gambar-gambar atau karakter kartun (“loony toons”). Kadang-kadang dijual juga dalam bentuk cairan. Tetapi bagaimanapun bentuknya, LSD membawa penggunanya ke situasi yang serupa –membuat seseorang terputus dengan kenyataan. Pengguna LSD menyebutkan pengalaman menggunakan LSD sebagai sebuah “perjalanan”, biasanya selama 12 jam atau lebih. Reaksi yang sebaliknya disebut “perjalanan buruk,” sebuah istilah yang tepat untuk mencicipi kehidupan neraka (drugfreeworld.org, 2010).

Benzodiazepin

Benzodiazepin, seperti diazepam (Valium) dan clonazepam (Rivotril) adalah ansiolitik (peredam cemas) yang juga dapat memiliki efek hipnotis atau penginduksi amnesia. Seperti alkohol, obat ini meningkatkan efisiensi transmisi sinaptik dari neurotransmitter asam gamma amino butirat (*gamma amino butyric acid=GABA*) dengan bekerja pada reseptornya. Reseptor GABA sebenarnya adalah kompleks makromolekul, selain mengandung situs untuk mengikat GABA, juga mengandung situs untuk mengikat molekul lain seperti benzodiazepin yang memodulasi aktivitas GABA. Ketika benzodiazepin berikatan dengan situs spesifik pada reseptor GABA, mereka tidak

merangsangnya secara langsung. Tetapi, mereka membuatnya lebih efisien dengan meningkatkan frekuensi pembukaan saluran ion klorida ketika GABA berikan dengan situsnya sendiri pada reseptor ini. Hasil peningkatan konsentrasi ion Cl⁻ pada neuron post-sinaptik segera membuat neuron ini mengalami hiperpolarisasi, sehingga membuatnya kurang tereksitasi (Gill, 2023b).

Benzodiazepin digunakan untuk meningkatkan efek euforia obat lain; mengurangi efek obat yang tidak diinginkan, seperti insomnia akibat penggunaan stimulan; dan meringankan sindrom penarikan (*withdrawl syndrome*). Mencampur benzodiazepin dengan alkohol sangat berbahaya, karena efek masing-masing pada saluran Cl⁻ dapat bersifat aditif. Benzodiazepin dapat menyebabkan ketergantungan obat bahkan dalam dosis terapeutik, dan bahkan dalam pengobatan singkat.

10.4 Zat adiktif

Zat adiktif dalam hal ini merujuk pada senyawa yang bila dikonsumsi mengakibatkan terjadinya ketagihan (adiksi) selain narkotika dan psikotropika.

Minuman Berkohol

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa 4,5% dari beban global penyakit dan cedera, dan 4% dari semua kematian di seluruh dunia disebabkan oleh alkohol (Rusyn dan Bataller, 2013). Menurut Peraturan Presiden Nomor 74 Tahun 2013, Minuman Beralkohol adalah minuman yang mengandung etil alkohol atau etanol (C₂H₅OH) yang diproses dari bahan hasil pertanian yang mengandung karbohidrat dengan cara fermentasi dan destilasi atau fermentasi tanpa destilasi. Kadungan alcohol dalam minuman beralkohol tersebut antara 5 – 55%.

Perubahan patologis yang terkait dengan minum alkohol mencakup sebagian besar atau semua, tergantung pada jaringan yang terkena, sebagai berikut: akumulasi lemak (steatosis),

peradangan, nekrosis, dan fibrosis (Gao and Bataller, 2012). Penurunan fungsi organ dan karsinogenesis merupakan efek patologis yang paling akhir. Oleh sebab itu, minuman beralkohol dan etanol dalam minuman beralkohol diklasifikasikan oleh WHO *International Agency for Research on Cancer* sebagai “karsinogenik bagi manusia” (Rusyn and Bataller, 2013).

Alkohol sangat mudah menyebar melalui membran sel dan dimetabolisme oleh sebagian besar jaringan, sehingga toksitasnya mempengaruhi sebagian besar organ. Hati adalah tempat utama metabolisme alkohol, mengakibatkan organ ini adalah salah satu target utama kerusakan organ akibat alkohol. Penyakit hati alkoholik termasuk steatosis, sirosis dan karsinoma hepatoseluler (Gao and Bataller, 2012). Dari jumlah tersebut, sirosis hati adalah penyebab utama ketiga (16,6%) penyebab kematian akibat alkohol di seluruh dunia. Selain itu, alkohol juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan morbiditas dan mortalitas yang paling banyak adalah tumor ganas pada rongga mulut, faring, laring, esofagus dan kolorektum (Baan *et al.*, 2007). Di pankreas, metabolit toksik alkohol menyebabkan cedera sel asinar yang menyebabkan pankreatitis dan selanjutnya fibrosis (Apte, Pirola, Wilson, 2010). Pada sistem kardiovaskular alcohol mengakibatkan hipertensi, penyakit jantung iskemik, stroke, kardiomiopati dan miokarditis, serta berbagai aritmia. Penggunaan alkohol juga menyebabkan gangguan neuropsikiatri misalnya depresi berat [8]. Selain itu, gangguan neurobehavioral akibat keracunan alkohol merupakan kontributor utama kematian akibat kekerasan, kecelakaan lalu lintas dan cedera. Di ginjal, alkohol telah dikaitkan dengan glomerulonefritis, nefropati akut dan gagal ginjal [9]. Efek samping alkohol pada reproduksi dan perkembangan manusia, mulai dari gangguan kesuburan, kelahiran prematur dan berat badan rendah, dan cacat janin (Rusyn and Bataller, 2013). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa hingga total sekitar 50.000 kasus kanker payudara di seluruh dunia yang disebabkan oleh alkohol (Seitz *et al.*, 2012).

Nikotin

Nikotin adalah komponen adiktif utama dalam tembakau yang diperoleh melalui merokok (misalnya, rokok, cerutu) atau dalam bentuk tanpa asap (misalnya, celup, tembakau, kunyah) dan sekarang juga melalui penguapan (misalnya rokok elektrik, perangkat *vaping*). Ketika seseorang menghirup asap rokok, nikotin terdistilasi dari tembakau, dibawa dalam partikel asap ke dalam paru-paru, dan segera diserap ke dalam sirkulasi darah serta bergerak cepat ke otak (Benowitz, 2009).

Nikotin meniru aksi neurotransmitter alami yang disebut asetilkolin dan berikatan dengan jenis reseptor asetilkolin tertentu, yang dikenal sebagai reseptor nikotinat. Baik asetilkolin maupun nikotin yang berikatan dengan reseptor ini, akan direspon dengan cara yang sama yaitu mengubah konformasinya, yang menyebabkan saluran ion terkaitnya terbuka selama beberapa milidetik. Saluran ini kemudian memungkinkan ion natrium untuk memasuki neuron, mendepolarisasi membran dan meningkatkan aktivitas sel. Kemudian saluran menutup lagi, dan reseptor nikotinik menjadi tidak responsif untuk sementara waktu terhadap neurotransmitter apa pun. Keadaan desensitiasi inilah yang secara artifisial diperpanjang oleh paparan terus-menerus terhadap nikotin.

Ketergantungan terhadap tembakau, yang kemudian berkembang sangat cepat, muncul karena reseptor nikotinik terdapat pada neuron area tegmental ventral yang memproyeksikan penghentiannya ke dalam nukleus akumbens. Pada perokok, stimulasi nikotin berulang sehingga meningkatkan jumlah dopamin yang dilepaskan di nukleus akumbens. Namun, di antara rokok, perokok kronis mempertahankan konsentrasi nikotin yang cukup tinggi untuk menonaktifkan reseptor dan memperlambat pemulihannya. Inilah sebabnya mengapa perokok mengembangkan toleransi terhadap nikotin dan mengalami penurunan kenikmatan darinya.

Setelah periode singkat tanpa merokok (tidur malam, misalnya), konsentrasi dasar nikotin turun lagi, dan beberapa reseptor mendapatkan kembali sensitivitasnya. Ketika semua reseptor ini berfungsi kembali, neurotransmisi kolinergik dinaikkan ke tingkat tinggi yang tidak normal yang memengaruhi semua jalur kolinergik di otak. Perokok kemudian mengalami agitasi dan ketidaknyamanan yang membuat mereka merokok lagi (Gill, 2023c).

DAFTAR PUSTAKA

- Benowitz, N. L. 2009. 'Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics', *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 49, pp. 1-16. doi: 10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742.Pharmacology.
- Departemen Kesehatan dan BNN. 2008. *PEDOMAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN OBAT BERBAHAYA*. Jakarta, Indonesia: Badan Narkotika Nasional.
- Drug Enforcement Administration. 2022. *Methamphetamine, Drug Fact Sheet*. Available at: <https://www.getsmartaboutdrugs.gov/> (Accessed: 2 January 2023).
- drugfreeworld.org. 2010. *LSD*. Los Angeles, USA.
- Foundation for a Drug-Free World. 2010. *Cocaine, Fact Sheet*. Los Angeles, USA. Available at: drugfreeworld.org.
- Gao, B. and Bataller, R. 2012. 'Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and New Therapeutic Targets', *Gastroenterology*, 141(5), pp. 1572-1585. doi: 10.1053/j.gastro.2011.09.002.Alcoholic.
- Gill, M. 2023a. *The Brain From Top to Bottom: How Drugs Affect Neurotransmitter*. Available at: https://thebrain.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par.html.
- Gill, M. 2023b. *The Brain from Top to Bottom: How Drugs Effect to Neurotransmitter-Benzidiazepines*. Available at: https://thebrain.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_benzodiazepines.html#drogues.
- Gill, M. 2023c. *THE BRAIN FROM TOP TO BOTTOM: Nicotine in Tobacco*. Available at: https://thebrain.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_alcool.html#drogues (Accessed: 2 January 2023).

- Kosten, T. R. and George, T. P. 2002. 'The Neurobiology of Opioid Dependence: Implication for Treatment (Review article)'. Connecticut, pp. 13–20. doi: 10.1002/macp.1996.021970128.
- Nestler, E. J. 2005. 'The Neurobiology of Cocaine Addiction', *Sci Pract Perspect.*, 3 (1)(December), pp. 4–10. doi: 10.1151/spp05314.
- NIDA. 2021. *Cocaine Drug Facts, Drug Facts*. Available at: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/cocaine>.
- Rusyn, I. and Bataller, R. 2013. 'Alcohol and Toxicity', *Journal Hepatology*, 25(2), pp. 387–388. doi: 10.1016/j.jhep.2013.01.035.ALCOHOL.
- Vasan, S. and Olango, G. J. 2022. 'Amphetamine Toxicity', in *NIH Bookshelf Statpearl*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470276/>.
- Volkow, N. D., Michaelides, M. and Baler, R. 2019. 'The Neuroscience of Drug Reward and Addiction', *Physiol Rev*, 99, pp. 2115–2140. doi: 10.1152/physrev.00014.2018.
- Yip, L., Megarbane, B. and Borron, S. W. 2007. 'Opioids', in *Haddad and Winchester's Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose (Fourth Edition)*. Elsevier, pp. 635–658. doi: 10.1016/B978-0-7216-0693-4.50038-4.
- Baqirian M, Al Khalili Y. Lysergic Acid Diethylamide Toxicity. [Updated 2022 Jul 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553216/>

BAB 11

GANGGUAN MAKAN, OBESITAS, GANGGUAN TIDUR

Oleh Egy Sunanda Putra

11.1 Gangguan Makan

11.1.1 Pendahuluan

Gangguan makan adalah gangguan mental yang melumpuhkan, mematikan, dan mahal yang sangat merusak kesehatan fisik dan mengganggu fungsi psikososial. Sikap yang terganggu terhadap berat badan, bentuk tubuh memaikan peran kunci asal mula gangguan makan. Bentuk keprihatinan ini berbeda-beda menurut jenis kelamin; pada pria misalnya masalah citra tubuh mungkin berfokus pada otot, sedangkan wanita berfokus pada penurunan berat badan. Gangguan makan dapat didiagnosis menggunakan *Diagnostic Statistic Manual* (DSM-5) dan *International Classification of Disease* (ICD-11) mencakup enam pertanyaan gangguan makan dan makan utama yang memberikan kualifikasi subtipe, dan tingkat keparahan untuk anorexia, bulimia, dan *binge eating* (makan berlebihan).

Anorexia merupakan gangguan mental serius yang sangat khas ditandai dengan rasa takut yang terus-menerus terhadap kenaikan berat badan dan/atau citra tubuh yang dapat meningkatkan motivasi pembatasan diet berlebihan dan aktivitas fisik berlebihan. Kekhawatiran berat dan bentuk badan menjadi ciri khas anorexia dari gangguan membatasi dan menghindari makanan tertentu. Anorexia menyebabkan fungsi kognitif, emosional, dan gastrointestinal (Schalla and Stengel, 2019).

Menurut (Wade, 2019) bulimia dapat terjadi pada individu yang memiliki berat badan normal, kelebihan berat badan, dan

obesitas. Bulimia ditandai dengan episode berulang makan berlebihan dengan kehilangan kendali, akan tetapi takut terjadi penambahan berat badan. Ketakutan tersebut membuat individu menginduksi untuk bisa muntah, penggunaan obat-obatan untuk tidak muntah, puasa, olahraga ekstrim. Perilaku ini didorong karena evaluasi diri yang negatif terkait dengan berat badan, bentuk tubuh, atau penampilan

Binge eating yang ditandai dengan makan berlebihan yang berulang tanpa bisa dikendalikan dengan perilaku kompensasi yang lebih sedikit dari pada bulimia. Permasalahan tersebut menyebabkan obesitas 30-45% dan gangguan metabolism memiliki risiko tinggi diabetes, komplikasi diabetes, kematian dini karena penurunan sensitivitas insulin (Hilbert, 2019).

11.1.2 Epidemiologi gangguan makan

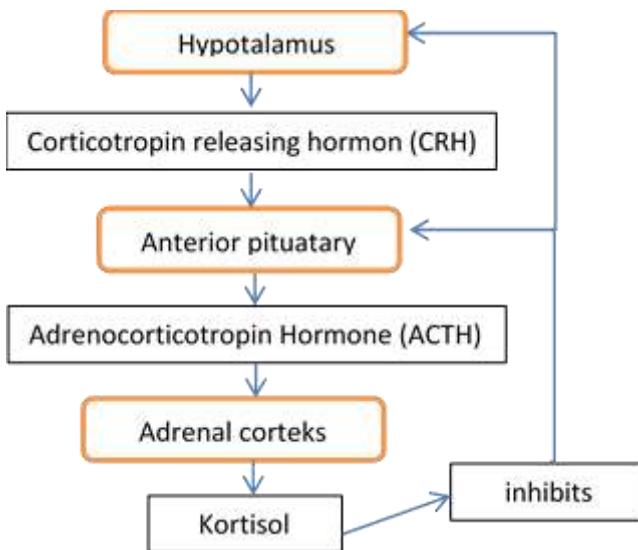
Gangguan makan telah meningkat selama 50 tahun terakhir. Secara global gangguan makan telah meningkat sebesar 25% (Mitchison *et al.*, 2020). Gangguan makan umum terjadi pada anak muda dengan prevalensi 5 – 10% dengan 50% dari prevalensi tersebut memiliki gangguan makan menetap >5 tahun (Treasure *et al.*, 2020). (Treasure, Duarte and Schmidt, 2020). Gangguan makan umumnya berkembang antara akhir masa kanak-kanak dan masa dewasa. Gangguan makan paling banyak terjadi pada perempuan sekitar 0,9% mengalami anorexia, Bulimia (1,5%), *binge eating* (3,5%) (Treasure, 2020).

Pada individu yang mengalami gangguan makan 20% dari individu datang ke fasilitas kesehatan untuk melakukan pengobatan. Durasi gangguan makan yang tidak diobati sebelum dimulainya pengobatan pertama sangat bervariasi yaitu anorexia nervosa (29 bulan), bulimia (53 bulan), *binge eating* (49 bulan), dan lebih pendek waktu pengobatan pada anak – anak (10 bulan) dibandingkan dewasa 35 bulan (Treasure *et al.*, 2020).

11.1.3 Patofisiologi

Faktor genetik merupakan salah satu kontributor gangguan makan dimulai sejak konsepsi. Individu dengan anorexia lahir secara prematur dan ibu mereka lebih cenderung mengalami tingkat kecemasan yang tinggi selama kehamilan. Selama masa kanak-kanak, peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti penganiayaan, kehilangan orang yang dicintai, stress, atau pengalaman seksual yang tidak menyenangkan menjadi faktor risiko penyebab utama dari banyak gangguan makan.

Mekanisme biologis endogen yang mengatur respon tubuh terhadap stresor lingkungan yang mengancam keseimbangan proses fisiologis tubuh dari respons rangsangan yang diterima, kemudian dipersepsikan oleh panca indra, dan direspons oleh saraf pusat. Amigdala memainkan peran kunci atau utama dalam jalur untuk gangguan makan. Informasi sensorik dari sesuatu yang bersifat mengancam diproyeksikan ke talamus, kemudian infomasi tersebut diarahkan ke daerah otak lain untuk diproses. Stimulasi emosional melalui jalur primer menuju amigdala. Informasi sensorik tersebut terkoneksi langsung antara talamus dan amigdala yang dihubungkan ke hipotalamus, adanya respon perilaku (*fight or flight*) yang kemudian diaktifkan dan dikoordinasikan melalui proyeksi dari hipotalamus, kelenjar endokrin, dan sistem saraf sistem endokrin berkaitan erat dengan etiologi gangguan suasana perasaan adalah *hypothalamic-pituitary adrenal* (HPA). HPA ini bekerja dengan melibatkan *corticotropin-releasing factor* (CRF) yaitu suatu neuropeptida terdapat hipotalamus memiliki fungsi memacu pelepasan *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) dari pituitari anterior. Peningkatan sekresi ACTH akan menyebabkan korteks adrenal mesekresi kortisol, sehingga terjadinya peningkatan hormon kortisol. Hormon kortisol bekerja di hippocampus yang pada gilirannya memberikan umpan balik negatif dengan memberikan tekanan pada hipotalamus dan anterior pituary (Putra, 2018; Chami *et al.*, 2019) (Gambar 12. 1).



Gambar 11.1 : Mekanisme biologis respon stress tubuh (Putra, 2018)

Neurotransmitter yang bertanggung jawab terhadap regulasi emosi seperti kecemasan adalah serotonin, norepinefrin, *gamma aminobutyric acid* (GABA) dan dopamin, mengurangi kadar serotonin dan GABA dapat memprovokasi peningkatan gangguan kecemasan dan ketakutan pada individu (Putra, 2018).

Penurunan kadar serotonin pada individu dengan gangguan kesehatan mental akan mengaktifiasi HPA untuk meningkatkan produksi hormon kortisol di adrenal korteks sehingga memacu saraf otonom, terutama saraf simpatis yang merupakan perantara gejala kecemasan. Saraf simpatis terutama serabut postganglionik simpatis akan menginervasi organ dengan respon meningkatkan denyut jantung, tekanan darah, keringat, gelisah, gugup, dan meningkatnya kewaspadaaan otak (Culman *et al.*, 2018).

Pengalaman hidup dapat memengaruhi reaktivitas kortisol terhadap stres, yang dapat menjelaskan mengapa beberapa individu berisiko tinggi mengembangkan psikopatologi stres-

reaktif. Sampai taraf tertentu, reaktivitas kortisol dapat diprediksi oleh varian gen tertentu (khususnya, 5-HTTLPR dan CRHR1), sedemikian rupa sehingga pembawa genotipe ini menunjukkan stabilitas kadar kortisol yang lebih besar dari waktu ke waktu (Hankin *et al.*, 2015).

Pada Hipotesis neuroplastisitas dari stres kronis menggambarkan kemungkinan mekanisme perubahan di otak sebagai respons terhadap stres kronis, bahwa pensinyalan glutamatergik ke amigdala basolateral meningkat selama stres, menghasilkan peningkatan ekspresi *brain-deprived neurotropic factor* (BDNF) penghasil pertumbuhan dendritik dan hipertrofi. Sebaliknya, peningkatan pensinyalan glutamatergik di hippocampus bersamaan dengan penurunan pensinyalan BDNF, menghambat pertumbuhan dendritik dan menyebabkan atrofi (yaitu kerusakan). Perubahan ini mungkin membuatnya lebih menantang untuk mengatur respons stres, karena menghasilkan pensinyalan sumbu HPA yang abnormal (Boyle, 2013; Morena *et al.*, 2019).

Gangguan makan juga memengaruhi regulasi keseimbangan metabolisme energi dan ancaman terhadap keseimbangan tubuh melalui hipotalamus yang mengatur respon stress tubuh dan memodulasi perilaku makan yang didistribusikan ke seluruh otak, usus, dan jaringan adiposa. singkatnya, untuk keseimbangan energi, informasi dari batang otak dan daerah limbik otak depan berkumpul di nukleus arkuata hipotalamus mengatur asupan makanan dan pengeluaran energi melalui hubungannya dengan, *hypothalamic paraventricular nucleus* (PVN) area hipotalamus lateral, dan batang otak. Terjadinya proses yang tumpang tindih ini, respons stres yang diprakarsai untuk menghadapi ancaman lingkungan, juga memiliki efek metabolik. Ketika dinilai sebaliknya, informasi mengenai status energi yang disampaikan oleh modulator di sistem saraf pusat dan periferal dapat memengaruhi sistem pengaturan stres, yang mengatur intensitas dan/atau durasi respons stres.

11.1.4 Treatment Gangguan Makan

Tatalaksana perawatan gangguan makan harus melibatkan dokter, psikiater, dan ahli gizi dengan tujuan untuk membantu pasien dalam menjalani pola makan yang sehat. Beberapa treatment harus dilakukan seperti 1) terapi perilaku kognitif yang bertujuan mengenali, memahami, dan mengubah perilaku makan; 2) terapi berbasis keluarga biasa dilakukan anak – anak atau remaja dengan keluarga sebagai role model agar pasien mengikuti pola makan yang sehat dan menjaga berat badan ideal; 3) pemberian obat antidepressan dan antiemesis agar mampu mengatasi kekhawatiran yang berlebihan terhadap makanan yang dikonsumsi; 4) konsultasi dengan ahli gizi untuk membantu memperbaiki pola makan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien melalui pemberian makanan dengan jenis dan cara pengolahan yang tepat.

11.2 Obesitas

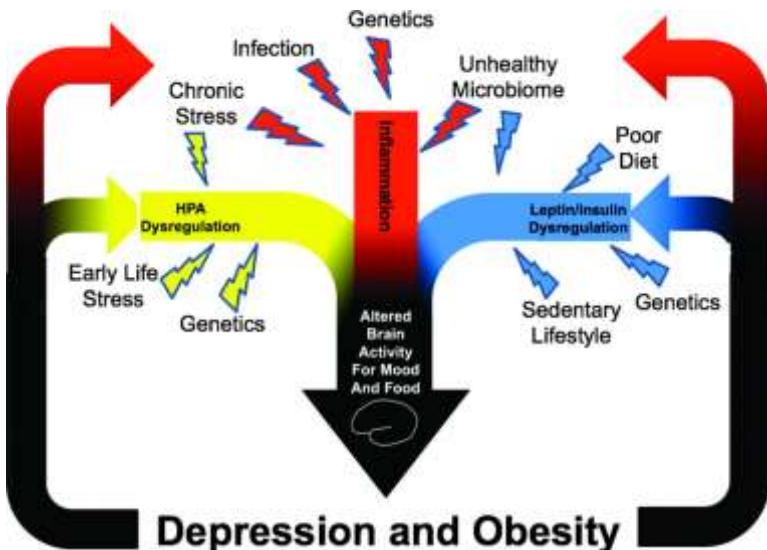
Depresi dan obesitas adalah kondisi umum dengan implikasi kesehatan masyarakat utama yang cenderung terjadi bersamaan dalam diri individu. Hubungan antara kondisi ini bersifat dua arah: kehadiran salah satunya meningkatkan risiko berkembangnya kondisi lainnya. Individu dengan penyakit mental memiliki peningkatan risiko obesitas 2 hingga 3 kali lipat, dan risiko mental penyakit pada individu dengan obesitas kisaran antara 30 dan 70% (Avila *et al.*, 2015). Tinjauan ini berfokus secara khusus pada mekanisme biologis menjelaskan hubungan depresi-obesitas, termasuk genetika, perubahan dalam sistem terlibat dalam penyesuaian homeostatis (sumbu HPA, aktivasi inflamasi sistem imun, metabolisme neuroendokrin yang mengatur metabolisme energi termasuk leptin dan insulin) dan sirkuit otak yang mengintegrasikan pengaturan homeostatis dan suasana hati tanggapan.

11.2.1 Epidemiologi Kesehatan Mental dan Obesitas

Bukti epidemiologi sangat mendukung asosiasi antara depresi dan obesitas. Beberapa studi meta-analisis yang menggabungkan hingga 26 studi cross-sectional menunjukkan hubungan positif antara depresi dan kegemukan. Risiko terjadinya depresi di antara orang gemuk berkisar antara 1,23 hingga 1,41 kali berdasarkan penelitian pada gejala yang dilaporkan sendiri, dan dari 1,14 hingga 1,30 dalam studi berdasarkan diagnosa klinis (Jung *et al.*, 2017; Pereira-Miranda *et al.*, 2017; Quek *et al.*, 2017; Rao *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2019; Gibson-Smith *et al.*, 2020). studi meta-analisis longitudinal menunjukkan hubungan dua arah: obesitas meningkatkan risiko berkembangnya depresi, dan sebaliknya, depresi meningkatkan risiko obesitas (Mannan *et al.*, 2016b, 2016a).

11.2.2 Patofisiologi

Faktor biologis, psikologis, dan perilaku mungkin mempengaruhi hubungan dua arah antara depresi dan obesitas. Di bawah ini kami meninjau jalur biologis yang mungkin terjadi secara mekanis menjelaskan hubungan depresi-obesitas (Gambar. 11.2).



Gambar 11.2 : Patofisiologi depresi dan obesitas (Milaneschi *et al.*, 2019)

1. Genetik

Faktor genetik memengaruhi depresi dan obesitas yang serupa, dengan efek genetik aditif yang menjelaskan 40% fenotipik variasi (heritabilitas) untuk Depresi dan indeks massa tubuh (Robinson *et al.*, 2017). Genetik mungkin memilik peran sentral pada bagian sistem saraf dan otak untuk mengatur massa tubuh dan kesembaangan energi dengan suasana hati. menemukan lebih dari 50 lokus genetik yang terkait secara andal dengan fenotipe depresi. Beberapa sinyal terkuat tumpang tindih atau dekat dengan gen (*NEGR1*, neuronal *Growth regulator 1*; *OLFM4*, olfaktomedin 4; *KSR2*, *kinase suppressors of ras 2*) sebelumnya dikaitkan dengan BMI dan obesitas dini (Finucane and Bulik-Sullivan, 2014). Fungsi *NEGR1* memodulasi plastisitas sinaptik di area otak yang penting untuk pengaturan suasana hati dan nafsu makan, seperti korteks, hippocampus, dan hipotalamus (Kaare *et al.*,

2022). ekspresi hipotalamus NEGR1 telah terbukti ditingkatkan pada model hewan yang terpapar pada jadwal makan terbatas yang menentukan penurunan berat badan dan sinyal endokrin yang memengaruhi adipositas dan suasana hati.

2. HPA

Hiperaktivasi sumbu HPA, menentukan nonadaptif pelepasan kortisol yang tidak berkurang adalah salah satu temuan yang paling konsisten dalam jalur biologis psikiatri . Paparan jangka panjang terhadap kortisol menyebabkan kerusakan saraf dan hilangnya daerah limbik hipokampus dan amigdala yang rentan terhadap stres dan berhubungan dengan depresi (Schmaal *et al.*, 2017).

Paparan kortisol tinggi dapat menyebabkan obesitas melalui beberapa mekanisme: (1) peningkatan nafsu makan dengan preferensi makanan padat energi; (2) promosi adipogenesis dan hipertrofi terutama pada lemak visceral; (3) penekanan termogenesis dalam lemak coklat dengan pengurangan terkait pengeluaran energi. Peradangan kronis khas obesitas dapat mengganggu fungsi reseptor glukokortikoid (GR), reseptor pengikat kortisol yang memulai umpan balik negatif dan dengan demikian menekan aktivitas HPA. Sitokin proinflamasi mengaktifkan elemen kaskade transduksi seluler yang menghambat GR translokasi nuklir atau mengganggu interaksi GR dengan elemen respons pada promotor gen (Van Der Meulen *et al.*, 2022). disregulasi 11- β -hidroksisteroid dehidrogenase (11- β HSD) isozim 2 dan 1 (mengubah, masing-masing, kortisol bioaktif menjadi kortison tidak aktif dan sebaliknya) dikaitkan dengan gangguan metabolisme kortisol pada obesitas dan kesehatan mental. Selain itu, aktivitas 5 α -reduktase yang terganggu (mengurangi klirens glukokortikoid) dapat mempotensiasi akumulasi jaringan adiposa viseral dan perkembangan depresi (Fardet and Fève, 2014) .

3. Aktivasi peradangan sistem imun

Peradangan tingkat rendah yang kronis merupakan tanda obesitas. Jarigan lemak putih diinfiltrasi oleh makrofag sel imun menghasilkan sitokin proinflamasi. Aktivasi imun perifer dapat diterjemahkan melalui jalur humorai, saraf, dan seluler ke otak peradangan, seperti yang ditunjukkan oleh hippocampal yang lebih tinggi dan ekspresi kortikal sitokin pada model hewan obesitas. Jalur saraf yang berbeda diatur untuk menyediakan respons balik terhadap peradangan sentral yang ditujukan untuk menghambat sumber perifernya: misalnya, aktivasi sitokin saraf vagus aferen dicerminkan oleh sinyal eferen menghambat pelepasan sitokin (Pavlov and Tracey, 2017).

Disregulasi dari sirkuit ini dapat berkontribusi pada peradangan yang meningkat terkait obesitas. Inflamasi sentral berdampak pada proses patofisiologis depresi, seperti perubahan neurotransmisi monoaminergik. Aktivasi enzim indoleamin yang diinduksi oleh sitokin 2,3-dioksigenase memodulasi penipisan dan degradasi triptofan yang menghasilkan produk akhir neurotoksik seperti asam kuimolat dapat mengakibatkan kerusakan saraf hippocampal (Campbell *et al.*, 2014). Asam kuinolat berikatan dengan reseptor glutamat dan, disinergi dengan pelepasan glutamat terjadi reuptake reduksi sitokin sehingga meningkatkan eksitotoksisitas, dan menurunkan sintesis faktor neurotropik (Dantzer and Walker, 2014). Akhirnya, seperti yang dijelaskan di atas, sitokin menentukan hiperaktivasi aksis HPA dengan mengganggu jalur umpan balik sehingga berdampak negatif.

Heterogenitas klinis dapat memengaruhi interaksi yang kompleks antara depresi, obesitas, dan peradangan. Tiga studi kohort menemukan konsentrasi *C-reaktif Protein* (CRP) yang lebih tinggi pada pasien depresi dengan peningkatan neurovegetatif fitur, dibandingkan dengan pasien lain dan kontrol yang sehat. Secara konsisten, studi kolaboratif

menunjukkan bahwa depresi meningkatkan nafsu makan/berat badan lebih tinggi (Milaneschi *et al.*, 2019)

4. Regulator Neuroendocrine

Jalur leptin-melanocortin merupakan neuroendokrin utama pengatur homeostatis energi. Leptin diproduksi oleh jaringan adiposa putih sebanding dengan lemak tubuh dan bertindak sebagai sinyal negatif adipositas. Ikatan leptin dengan reseptor hipotalamus mengaktifkan pro-neuron opiomelanocortin, yang berinteraksi dengan pusat otak untuk mengintegrasikan proses fisiologis untuk perilaku menekan asupan makanan dan pengeluaran energi (Van Der Klaauw and Farooqi, 2015). Hubungan yang sangat signifikan antara kadar leptin dan kesehatan mental. Leptin terlibat dalam plastisitas hippocampal sebagai isoform fungsional dari reseptor leptin dan glukokortikoid. Reseptor berkolokasi dalam sel-sel progenitor saraf hippocampal. leptin tampaknya menyatu pada glikogen sintase kinase-3beta (GSK-3 β) dan β -katenin yang merupakan pengatur kunci dalam mengendalikan proliferasi sel progenitor saraf hippocampal. Leptin dapat menurunkan sekresi basal dopamin serta pelepasan dopamin yang distimulasi oleh makanan di dalam ventral striatum tikus. Selanjutnya, aktivasi reseptor leptin menghambat penembakan dopamin, sedangkan blokade pensinyalan leptin jangka panjang dalam meningkatkan aktivitas alat gerak dan asupan makanan(Lang and Borgwardt, 2013).

Selain itu, obesitas dan depresi berat dapat berasal dari disregulasi umpan balik ghrelin di daerah otak yang mengatur makan dan suasana hati. Ghrelin mengatur sistem pusat perkembangan dan suasana hati memberikan efek antidepresan pada tikus dan pria yang memengaruhi perilaku. Karbohidrat tampaknya merupakan makronutrien yang paling efektif untuk menekan ghrelin. Efek antidepresan dilaporkan setelah pemberian

ghrelin pada tikus dan pria. Menariknya, stres kronis, seperti kekalahan sosial yang berulang, dapat meningkatkan kadar ghrelin dengan aktivasi sistem saraf simpatik dan peningkatan respons ghrelin kemudian membantu subjek mengatasi stres dengan menghasilkan adaptasi perilaku seperti anxiolytic dan antidepressan (Koliaki *et al.*, 2010).

Beberapa kasus depresi mungkin diakibatkan oleh disfungsi ekspresi perifer ke otak yang dapat meningkatkan neurogenesis hipokampus dan sensitiasi sentral pensinyalan insulin melalui IGF mungkin mengurangi gejala depresi. Kolesistokinin relevan dengan gejala seperti depresi kekalahan sosial berulang memicu pelepasan cholecystokinin (Lang and Borgwardt, 2013).

Neuropeptida Y awalnya digambarkan sebagai 'co-transmitter' dari neuron simpatik, memodulasi aksi norepinefrin dalam sistem kardiovaskular. Belakangan, banyak fungsi Neuropeptida Y lainnya, khususnya di sistem saraf pusat (SSP) ditemukan, menghubungkan Neuropeptida Y dengan respons stres, asupan makanan, kontrol keseimbangan energi, pengaturan tidur, proses inflamasi, pertumbuhan dan pemodelan ulang jaringan. Neuropeptida Y mengintegrasikan respons kompleks dari sistem tubuh yang berbeda, seperti pengurangan kecemasan dan depresi, penghambatan pelepasan Neuropeptida Y, glutamat dan GABA, angiogenesis dan pengaturan tekanan darah dan pengaturan ritme sirkadian (Brothers and Wahlestedt, 2010).

BDNF adalah mediator kontrol asupan makanan di area otak yang kaya akan reseptor BDNF, termasuk hipotalamus dan terlebih lagi terlibat dalam impuls gastrointestinal aferen vagal dan dengan demikian mendorong makan berlebihan dan penambahan berat badan yang terkait dengan peningkatan ukuran dan frekuensi makan (Lang and Borgwardt, 2013).

Pengaruh hormon metabolisme seperti insulin, leptin, ghrelin, kortisol, NPY, ACT, dan peran pengaturan metabolisme glukosa serta keseimbangan energi pada jalur di hipotalamus dan ekstrahipotalamus otak khususnya dalam konteks yang

berhubungan dengan berat badan, adaptasi dalam keseimbangan energi dan perubahan metabolisme serta hormon stres pada individu yang kelebihan berat badan dan obesitas. Glukokortikoid terlibat dalam glukoneogenesis, keseimbangan energi dan stimulasi perilaku motivasi, adaptasi dalam respon GC/kortisol. Stres dan trauma dibahas dalam konteks faktor kerentanan yang secara signifikan memengaruhi glukokortikoid untuk mengubah keinginan makan dan asupan pada mereka yang berisiko obesitas dan penambahan berat badan. Dengan demikian, kami juga menggambarkan efek neurobiologis dari beban stres yang tinggi pada fungsi metabolisme dan jalur penghargaan otak dalam konteks lingkungan obesogenik, dengan demikian menunjukkan dasar neurobiologis untuk hubungan antara kecanduan, stres, asupan makanan berlebihan, dan risiko obesitas (Sinha, 2018).

Meskipun ada kemajuan signifikan dalam pengetahuan tentang neurobiologi obesitas, masih ada kesenjangan dalam pemahaman kita tentang faktor multifaktorial yang mendorong risiko obesitas. Secara khusus, hubungan antara glukokortikoid, ghrelin, insulin dan leptin pada motivasi dan asupan makanan pada manusia masih belum jelas. Misalnya, diketahui bahwa stres kronis menurunkan respons aksis HPA, tetapi pengaruh jenis makanan tertentu pada glukokortikoid perifer dan sentral terkait dan pengaruhnya terhadap keinginan dan asupan makanan tidak diketahui. Demikian pula, dengan peningkatan berat badan terjadi peningkatan ketidakpekaan insulin dan perubahan pensinyalan leptin dan ghrelin, tetapi pengaruhnya terhadap motivasi dan asupan makanan dan penghargaan tidak dipahami dengan baik. Apakah motivasi adiktif dan adaptasi yang relevan dengan stres ini berbeda untuk makanan manis, lemak, dan karbohidrat versus protein dan dampaknya terhadap asupan makanan dan nutrisi tertentu yang berlebihan untuk meningkatkan risiko obesitas juga tidak jelas. Demikian pula peran produk terkait makanan seperti aditif dan pengawet pada stres dan perubahan metabolisme belum

dipelajari dengan baik dan perlu perhatian lebih lanjut (Sinha, 2018).

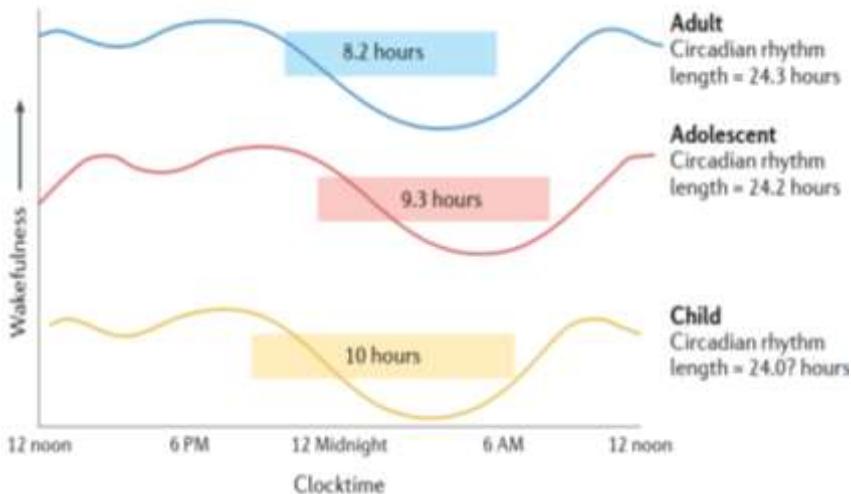
Diperlukan studi longitudinal yang mengukur adaptasi metabolisme dan hormon stres serta dampaknya terhadap asupan makanan dan penambahan berat badan dalam sampel komunitas. Selain itu, studi eksperimental menilai perubahan saraf dan biobehavioral yang berkaitan dengan isyarat makanan, stres, dan asupan makanan berpotensi mengidentifikasi mekanisme yang mendorong asupan makanan berlebihan dan penambahan berat badan di masa depan. Misalnya, perubahan neuromolekuler yang terjadi pada stres dan jalur metabolisme karena berhubungan dengan diet tinggi lemak atau gula tinggi, dan stres kronis, dan bagaimana hubungannya dengan asupan makanan dan penambahan berat badan, akan sangat penting dalam memahami peran penghargaan, stres, dan adaptasi metabolismik berperan dalam motivasi makan, makan berlebihan, dan penambahan berat badan (Sinha, 2018).

11.3 Kualitas Tidur

Durasi tidur yang berlebihan atau pendek, sulit tidur, dan tingkat gelombang tidur yang lambat dan rendah semuanya terkait dengan peningkatan risiko diabetes tipe 2. Sebuah studi meta-analisis menunjukkan peningkatan risiko aterosklerosis, penyakit jantung koroner, hipertensi, dan stroke pada individu terjadi karena durasi tidur yang pendek dan terlalu lama (Gradisar *et al.*, 2022).

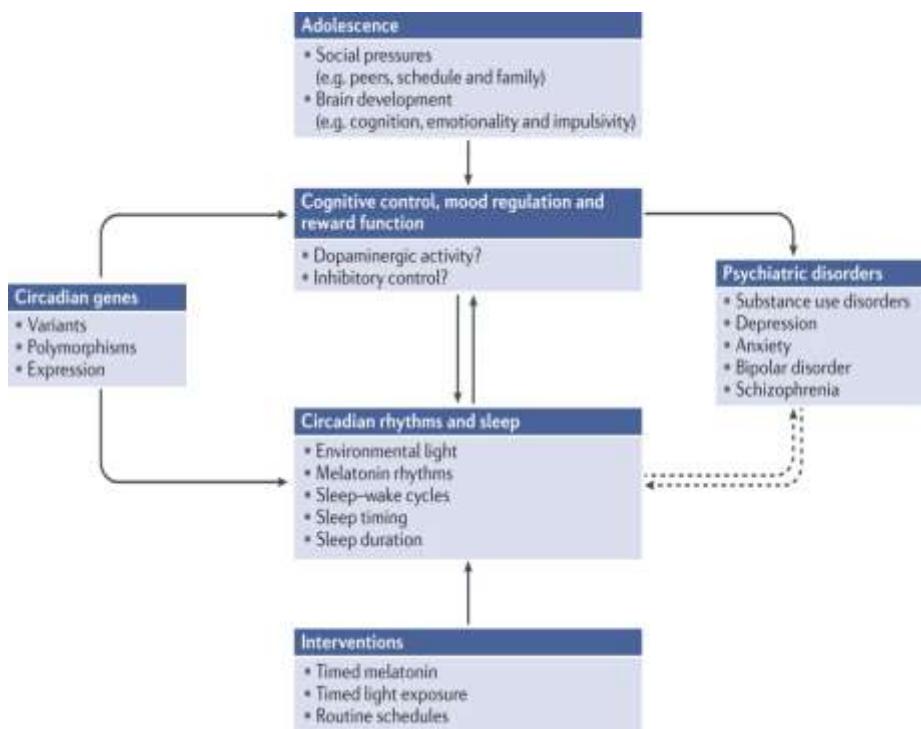
Gangguan tidur dimulai dari remaja awal yang memasuki fase pubertas yang dalam hal ini bertepatan dengan periode peningkatan risiko depresi pada remaja. Pada awal remaja 2,6% mengalami depresi dan meningkat menjadi 20% pada akhir masa remaja. Remaja yang mengalami gangguan kesehatan mental seperti depresi memiliki gangguan tidur sebesar 92% (Thapar *et al.*, 2012).

Remaja mengalami perubahan fisiologis drastis dalam pengaturan tidur dalam ritme sirkadian. Remaja memiliki kecenderungan kuat untuk begadang lebih lama dari pada anak-anak, karena penundaan waktu sirkadian untuk tidur dan mungkin mengalami penundaan bangun pagi Panjang ritme sirkadian, waktu relatif terhadap waktu jam dan durasi tidur optimal untuk remaja, anak-anak, dan orang dewasa. Ada perbedaan kecil dalam panjang ritme sirkadian tetapi perbedaan yang signifikan dalam waktu puncak tidur pada kelompok usia (Gambar 11.3).



Gambar 11.3 : Ritme Durasi Tidur (Gradisar *et al.*, 2022)

Pada studi meta-analisis dari 74 peneliti terhadap 361.505 remaja menemukan bahwa gangguan tidur dikaitkan dengan 55% peningkatan depresi (Short *et al.*, 2020).



Gambar 11.4 : Ritme sirkadian dengan kesehatan mental (Logan and McClung, 2019)

Model yang diusulkan untuk hubungan antara tidur, ritme sirkadian, dan gangguan kejiwaan selama masa remaja. Sirkuit saraf yang bertanggung jawab untuk mengendalikan kognisi, suasana hati, dan hadiah menjadi matang dengan cepat selama masa remaja dan dapat dipengaruhi secara negatif oleh kurang tidur dan ketidaksejajaran sirkadian, yang berpotensi menyebabkan pengambilan keputusan yang buruk, impulsif, dan perilaku berisiko. Studi dasar dan klinis telah menghubungkan gen sirkadian dan variannya dengan pensinyalan dopamin dan glutamatergik kortikostriatal yang penting untuk kognisi, suasana hati, dan penghargaan. Perubahan ini berkontribusi pada

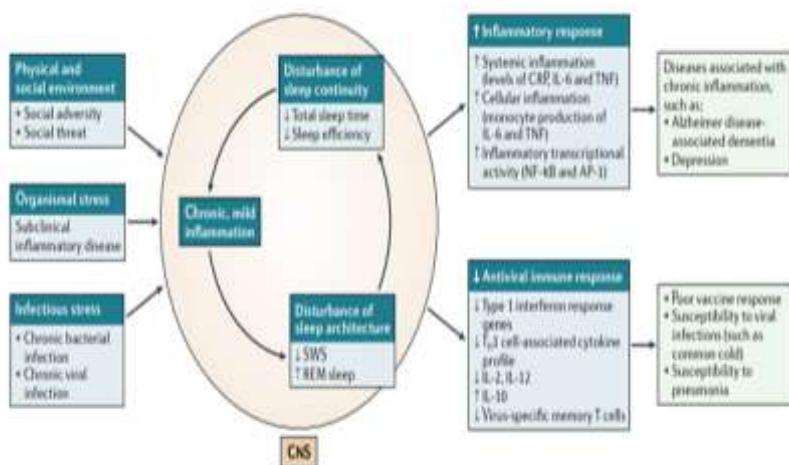
kerentanan mengembangkan gangguan kejiwaan. Beberapa gangguan kejiwaan, termasuk gangguan mood, gangguan penggunaan zat, dan skizofrenia, terkait dengan perubahan ritme dan/atau tidur yang memengaruhi kognisi, motivasi, dan impulsif. Gangguan tidur dan/atau ritme sirkadian (misalnya, gangguan genetik dan/atau lingkungan) juga terkait dengan kerentanan dan perkembangan gangguan kejiwaan. Intervensi untuk menargetkan tidur dan/atau ritme sirkadian mungkin efektif secara terapeutik untuk mengobati gangguan yang muncul selama masa remaja yang rentan.

Hormon glukokortikoid kortisol diproduksi sebagai respons terhadap aktivasi hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) sumbu. Kortisol adalah hormon neuroendokrin yang bersirkulasi yang mengatur ekspresi gen dalam sel kekebalan, dan juga sebagian besar sel-sel lain dari tubuh, dengan menghambat inflamasi dan *Immune response genes* (IRGs). Namun, bila ada keterlibatan berkelanjutan dari sumbu HPA, seperti yang mungkin terjadi dengan gangguan tidur kronis, resistensi glukokortikoid kemungkinan akan berkembang, yang berarti bahwa penekanan khas jaringan gen proinflamasi (seperti yang mengkode IL-1 β , IL-6 dan tumor necrosis factor (TNF). Sebaliknya, kortisol terus memiliki efek supresif pada program gen antivirus (seperti yang mengkode IFN α dan IFN β) Mekanisme yang menjelaskan resistensi glukokortikoid dan peningkatan ekspresi IRG inflamasi pada gangguan tidur kronis Namun, ketika sel myeloid (misalnya, monosit) terpapar mikroorganisme dan produknya, atau pola molekul yang terkait kerusakan (DAMP), pemicu reseptor pengenalan pola (PRR) mengaktifkan jalur pensinyalan inflamasi yang melibatkan nuclear factor- κ B (NF- κ B) and the NOD-, LRR- and pyrin domain-containing protein 3 (NLRP3), ketika NLRP3 distimulasi, ini, pada gilirannya, aktif ates caspase 1, yang membela reseptor glukokortikoid

Pengalaman sosial-lingkungan yang menunjukkan potensi ancaman atau kesulitan sosial mengaktifkan peradangan aktivitas

pada tingkat rendah, mirip dengan yang terjadi pada penyakit inflamasi subklinis atau infeksi kronis.

Namun, ketika ada keterlibatan berkelanjutan dari sistem ini, karena pengalaman ancaman sosial yang berkepanjangan atau kesulitan, atau dari keadaan peradangan subklinis, tingkat peradangan selanjutnya dapat meningkat di pinggiran dan di daerah otak yang memproses pengalaman sosial. Model ini mengusulkan bahwa stres yang dirasakan kronis, ditambah dengan pusat peradangan, menginduksi pergeseran bifasik dalam pengaturan tidur: awalnya, kontinuitas tidur dan meningkatnya gelombang tidur yang lambat, kemudian waktu tidur total, efisiensi tidur dan gelombang tidur menurun, dengan peningkatan tidur rapid eye movement (REM), yang bersama-sama mencirikan gangguan tidur (Gambar 11.5).



Gambar 11.5 : Jalur Kesehatan Mental dan gangguan tidur (Irwin, 2019)

Beberapa proses ritme sirkadian dapat berkontribusi pada degenerasi saraf, stress oksidatif, peradangan, sintesis dopamin, dan metabolisme sel. Satu hipotesis sederhana adalah bahwa

gangguan ritme sirkadian mengganggu tidur, yang pada gilirannya mengakibatkan susunan protein yang salah, kemudian teragregasi yang berkontribusi pada gangguan neurodegeneratif di otak. Sebuah studi baru-baru ini menemukan bahwa kurang tidur satu malam menyebabkan akumulasi amiloid- β ($A\beta$; salah satu protein yang terakumulasi secara patologis di otak hippocampus kanan dan thalamus (Shokri-Kojori *et al.*, 2018). Peningkatan ini berkorelasi negatif dengan suasana hati tetapi tidak terkait dengan genotipe terkait kesehatan mental tertentu (yaitu, genotipe APOE). Selama tidur, sistem glymphatic menyebabkan pergantian cairan serebrospinal dengan cairan interstital dan membersihkan $A\beta$. Kurang tidur meningkatkan kadar cairan interstisial $A\beta$ dan meningkatkan pembentukan plak sehingga peningkatan tidur secara genetik mengurangi deposisi $A\beta$ (Da Mesquita *et al.*, 2018).

Gangguan tidur dapat diperbaiki dengan cara:

1. Perubahan gaya hidup seperti:
 - a. Konsumsi buah dan sayur, studi Putra mengkonsumsi buah pisang 3x sehari menurunkan gejala depresi dan kecemasan yang didalamnya terdapat gangguan tidur
 - b. Melakukan aktivitas fisik berjalan kaki 3/minggu dengan waktu tempuh 23 menit, jarak tempuh (1,6 km), dan kecepatan (3.8 kmh) dapat menurunkan gejala depresi dan kecemasan
 - c. Batasi asaupan gula
 - d. Mengatur jadwal tidur
 - e. Mengurangi konsumsi kafein pada sore dan malam hari
 - f. Mengurangi konsumsi minuman beralkohol
 - g. Tidak merokok
 - h. Membatasi penggunaan HP khususnya 1 jam sebelum tidur
 - i. Kurangi kebiasaan tidur sepanjang hari pada hari libur karena akan merubah ritme sirkadian
 - j. Mengelola stress

2. Psikoterapi dengan teknik cognitive behavior therapy (CBT-1)
3. Menggunakan obat antidepresan yang dianjurkan dokter
4. Mengatur suasana kamar yang nyaman
5. Terapi cahaya terang untuk mengurangi pemikiran negatif dan ketakutan saat ingin tidur
6. Relaksasi
7. Pijat

DAFTAR PUSTAKA

- Avila, C. *et al.* 2015. 'An Overview of Links Between Obesity and Mental Health', *Current obesity reports*, 4(3), pp. 303–310. doi: 10.1007/s13679-015-0164-9.
- Boyle, L. M. 2013. 'A neuroplasticity hypothesis of chronic stress in the basolateral amygdala', *Yale Journal of Biology and Medicine*, 86(2), pp. 117–125.
- Brothers, S. P. and Wahlestedt, C. 2010. 'Therapeutic potential of neuropeptide Y (NPY) receptor ligands', *EMBO Molecular Medicine*, 2(11), p. 429. doi: 10.1002/EMMM.201000100.
- Campbell, B. M. *et al.* 2014. 'Kynurenes in CNS disease: Regulation by inflammatory cytokines', *Frontiers in Neuroscience*, 8(8 FEB), p. 12. doi: 10.3389/FNINS.2014.00012/BIBTEX.
- Chami, R. *et al.* 2019. 'Stress hormones and eating disorders', *Molecular and Cellular Endocrinology*, 497(December 2018), p. 110349. doi: 10.1016/j.mce.2018.12.009.
- Culman, J. *et al.* 2018. 'The Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis and Serotonin Metabolism in Individual Brain Nuclei of Mice with Genetic Disruption of the NK1 Receptor Exposed to Acute Stress', *Cellular and Molecular Neurobiology*, 38(6), pp. 1271–1281. doi: 10.1007/s10571-018-0594-5.
- Dantzer, R. and Walker, A. K. 2014. 'Is there a role for glutamate-mediated excitotoxicity in inflammation-induced depression?', *Journal of neural transmission (Vienna, Austria : 1996)*, 121(8), p. 925. doi: 10.1007/S00702-014-1187-1.
- Fardet, L. and Fève, B. 2014. 'Systemic glucocorticoid therapy: a review of its metabolic and cardiovascular adverse events', *Drugs*, 74(15), pp. 1731–1745. doi: 10.1007/S40265-014-0282-9.

- Finucane, H. and Bulik-Sullivan, B. 2014. 'Partitioning heritability by functional annotation using summary statistics', *Github repository*, 176(1), pp. 1–67. doi: 10.1038/ng.3404.Partitioning.
- Gibson-Smith, D. et al. 2020. 'Childhood overweight and obesity and the risk of depression across the lifespan', *BMC Pediatrics*, 20(1). doi: 10.1186/s12887-020-1930-8.
- Gradisar, M. et al. 2022. 'Sleep's role in the development and resolution of adolescent depression', *Nature Reviews Psychology*, 1(9), pp. 512–523. doi: 10.1038/s44159-022-00074-8.
- Hankin, B. L. et al. 2015. 'Cortisol reactivity to stress among youth: Stability over time and genetic variants for stress sensitivity', *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), pp. 54–67. doi: 10.1037/ABN0000030.
- Hilbert, A. 2019. 'Binge-Eating Disorder', *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), pp. 33–43. doi: 10.1016/J.PSC.2018.10.011.
- Irwin, M. R. 2019. 'Sleep and inflammation: partners in sickness and in health', *Nature Reviews Immunology*, 19(11), pp. 702–715. doi: 10.1038/s41577-019-0190-z.
- Jung, S. J. et al. 2017. 'Association between body size, weight change and depression: systematic review and meta-analysis', *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 211(1), pp. 14–21. doi: 10.1192/BJP.BP.116.186726.
- Kaare, M. et al. 2022. 'Depression-Associated Negr1 Gene-Deficiency Induces Alterations in the Monoaminergic Neurotransmission Enhancing Time-Dependent Sensitization to Amphetamine in Male Mice.', *Brain sciences*, 12(12). doi: 10.3390/brainsci12121696.
- Van Der Klaauw, A. A. and Farooqi, I. S. 2015. 'The hunger genes: Pathways to obesity', *Cell*, 161(1), pp. 119–132. doi: 10.1016/j.cell.2015.03.008.

- Koliaki, C. *et al.* 2010. 'The Effect of Ingested Macronutrients on Postprandial Ghrelin Response: A Critical Review of Existing Literature Data', *International Journal of Peptides*, 2010. doi: 10.1155/2010/710852.
- Lang, U. E. and Borgwardt, S. 2013. 'Molecular mechanisms of depression: Perspectives on new treatment strategies', *Cellular Physiology and Biochemistry*, 31(6), pp. 761–777. doi: 10.1159/000350094.
- Logan, R. W. and McClung, C. A. 2019. 'Rhythms of life: circadian disruption and brain disorders across the lifespan', *Nature Reviews Neuroscience*, 20(1), pp. 49–65. doi: 10.1038/s41583-018-0088-y.
- Mannan, M. *et al.* 2016a. 'Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis', *Asian journal of psychiatry*, 21, pp. 51–66. doi: 10.1016/J.AJP.2015.12.008.
- Mannan, M. *et al.* 2016b. 'Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females - A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies', *PLoS ONE*, 11(6), pp. 1–18. doi: 10.1371/journal.pone.0157240.
- Da Mesquita, S. *et al.* 2018. 'Functional aspects of meningeal lymphatics in ageing and Alzheimer's disease', *Nature 2018* 560:7717, 560(7717), pp. 185–191. doi: 10.1038/s41586-018-0368-8.
- Van Der Meulen, M. *et al.* 2022. 'Association between use of systemic and inhaled glucocorticoids and changes in brain volume and white matter microstructure: A cross-sectional study using data from the UK Biobank', *BMJ Open*, 12(8). doi: 10.1136/bmjopen-2022-062446.
- Milaneschi, Y. *et al.* 2019. 'Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms', *Molecular Psychiatry*, 24(1), pp. 18–33. doi: 10.1038/s41380-018-0017-5.

- Mitchison, D. *et al.* 2020. 'DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance', *Psychological Medicine*, 50(6), pp. 981–990. doi: 10.1017/S0033291719000898.
- Morena, M. *et al.* 2019. 'Upregulation of anandamide hydrolysis in the basolateral complex of amygdala reduces fear memory expression and indices of stress and anxiety', *Journal of Neuroscience*, 39(7), pp. 1275–1292. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2251-18.2018.
- Pavlov, V. A. and Tracey, K. J. 2017. 'Neural regulation of immunity: molecular mechanisms and clinical translation', *Nature neuroscience*, 20(2), pp. 156–166. doi: 10.1038/NN.4477.
- Pereira-Miranda, E. *et al.* 2017. 'Overweight and Obesity Associated with Higher Depression Prevalence in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Journal of the American College of Nutrition*, 36(3), pp. 223–233. doi: 10.1080/07315724.2016.1261053.
- Putra, E. S. 2018. 'Pengaruh Asupan Buah Pisang Dan Latihan Fisik Terhadap Intensitas Kecemasan Dan Depresi Pada Remaja Putri'. Available at: <https://digilib.uns.ac.id/dokumen/58800/Pengaruh-Asupan-Buah-Pisang-Dan-Latihan-Fisik-Terhadap-Intensitas-Kecemasan-Dan-Depresi-Pada-Remaja-Putri> (Accessed: 19 February 2023).
- Quek, Y. H. *et al.* 2017. 'Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis', *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18(7), pp. 742–754. doi: 10.1111/OBR.12535.
- Rao, W. W. *et al.* 2019. 'Prevalence of depressive symptoms in overweight and obese children and adolescents in mainland China: A meta-analysis of comparative studies and epidemiological surveys', *Journal of Affective Disorders*, 250, pp. 26–34. doi: 10.1016/j.jad.2019.02.045.

- Robinson, M. R. *et al.* 2017. 'Genotype–covariate interaction effects and the heritability of adult body mass index', *Nature Genetics* 2017 49(8), 49(8), pp. 1174–1181. doi: 10.1038/ng.3912.
- Schalla, M. A. and Stengel, A. 2019. 'Gastrointestinal alterations in anorexia nervosa — A systematic review', *European Eating Disorders Review*, 27(5), pp. 447–461. doi: 10.1002/erv.2679.
- Schmaal, L. *et al.* 2017. 'Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group', *Molecular Psychiatry*, 22(6), p. 900. doi: 10.1038/MP.2016.60.
- Shokri-Kojori, E. *et al.* 2018. 'β-Amyloid accumulation in the human brain after one night of sleep deprivation', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(17), pp. 4483–4488. doi: 10.1073/PNAS.1721694115/SUPPL_FILE/PNAS.1721694115.SD01.XLSX.
- Short, M. A. *et al.* 2020. 'The relationship between sleep duration and mood in adolescents: A systematic review and meta-analysis', *Sleep medicine reviews*, 52. doi: 10.1016/J.SMRV.2020.101311.
- Sinha, R. 2018. 'Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity', *Biological psychology*, 131, p. 5. doi: 10.1016/J.BIOPSYCHO.2017.05.001.
- Thapar, A. *et al.* 2012. 'Depression in adolescence', *The Lancet*, 379(9820), pp. 1056–1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
- Treasure, J. 2020. 'Eating disorders', *Medicine (United Kingdom)*, 48(11), pp. 727–731. doi: 10.1016/j.mpmed.2020.08.001.
- Treasure, J., Duarte, T. A. and Schmidt, U. 2020. 'Eating disorders', *The Lancet*, 395(10227), pp. 899–911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3.

- Wade, T. D. 2019. 'Recent Research on Bulimia Nervosa', *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), pp. 21-32. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.002.
- Wang, S. et al. 2019. 'The prevalence of depression and anxiety symptoms among overweight/obese and non-overweight/non-obese children/adolescents in China: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3). doi: 10.3390/ijerph16030340.

BAB 12

GANGGUAN IDENTITAS GENTER, FARAFILIA, DAN DISFUNGSI SEKSUAL

Oleh Herni Kurnia

12.1 Gangguan Identitas Gender (*Gender Dysphoria*)

12.1.1 Pengertian Gangguan Identitas Gender (*Gender Dysphoria*)

Gender dan jenis kelamin merupakan dua istilah dengan arti yang berlainan, namun saling berhubungan satu sama lain. Secara biologis, jenis kelamin laki-laki dan wanita berbeda, disisi lain suatu hak dapat diartikan sebagai gender jika terdapat perbedaan peran, status, dan fungsi serta tanggungjawab pada laki-laki dan perempuan sebagai hasil dari konstruksi lingkungan sekitar baik sosial maupun budaya yang tertanam melalui proses pengenalan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Puspitawati, 2013; Ningrum, 2021).

Identitas gender (*gender identity*) merujuk kepada persepsi dan keinginan diri seseorang menjadi seperti lawan jenisnya. Gejolak penolakan peran dan status diri seorang transeksual dapat terjadi sejak awal masa anak-anak. Hal ini ditandai dengan kegemaran terhadap benda, kegiatan atau aktivitas yang berhubungan dengan lawan jenisnya. Seseorang yang memiliki gangguan identitas gender merasa bahwa apa yang ada dalam dirinya tidak sesuai dengan jenis kelaminnya, sehingga cenderung tidak menyukai gaya rambut, gaya berpakaian dan aktivitas yang sesuai dengan jenis kelaminnya (Davison, 2006).

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) Gangguan Identitas gender merupakan sebuah gangguan yang ditandai dengan kecenderungan berperilaku dan mengelompokan dirinya sebagai lawan jenis dari kelaminnya. Gangguan ini dapat terjadi pada warita maupun pria (Gunawan dkk, 2020; Ningrum, 2021). Tingkah laku, cara berpakaian dan aktivitas yang dilalui oleh seseorang dengan gangguan identitas gender akan mengikuti gaya lawan jenisnya. Hal ini dilakukan dalam upaya memenuhi keinginannya untuk dapat hidup sebagai anggota lawan jenisnya (Hulgin & Whitbourne, 2010).

Menurut (Ningrum, 2021), gangguan identitas gender adalah keadaan tidak sejalananya tingkah laku, perasaan, dan persepsi seseorang sebagai seorang yang maskulin atau feminim. Penyimpangan ini terjadi jika wanita yang seharusnya bersikap feminim beralih menjadi maskulin, atau sebaliknya. Kondisi tersebut terbentuk dari keinginan untuk menyandang kelamin yang bertolak belakang dengan kenyataan. Singkatnya pada penyimpangan ini seorang wanita ingin menjadi pria, pria ingin menjadi wanita. Gangguan identitas gender dapat menimpa siapapun tak terkecuali anak-anak. Adapun karakteristik seseorang dengan gangguan identitas gender meliputi :

- a. Merasa bahwa dirinya merupakan seseorang yang berbeda dengan jenis kelaminnya saat ini.
- b. Tidak menggemari busana dan aktivitas sehari-hari yang sesuai dengan jenis kelamin
- c. Kemauan yang kuat dalam bergaul bersama rekan bermain dari gender lawan jenis. Bahkan seringkali penderita gangguan identitas gender ini menginginkan hidup sebagai anggota lawan jenisnya (Fakhriyani, 2019).

12.1.2 Faktor Penyebab Gangguan Identitas Jenis Kelamin (Gender Dysphoria)

Adapun Menurut (Nawangsih, 2017) Penyebab Gangguan Identitas Jenis Kelamin atau Gangguan Identitas Gender yaitu:

a. Faktor biologis

Secara spesifik identitas gender dipengaruhi oleh hormon, diantaranya yaitu :

1) Hiperplasia Adrenal Bawaan (*Congenital Adrenal Hyperplasia*)

Kondisi terbentuknya hormon seks pria yang tinggi pada bayi perempuan. Meskipun angka kejadiannya rendah, hal ini memiliki dampak yang kurang baik yakni mengakibatkan pembengkakan pada vagina, bahkan sering kali bayi perempuan dianggap seperti bayi perempuan (Garima dkk, 2020; (Ningrum, 2021).

2) Interseks (*Hermaphroditisme*)

Kondisi langka yang mengakibatkan tumbuhnya dua organ genital (kelamin) pada bayi yakni penis dan vagina. Hal ini berakibat anak akan hidup dengan dua alat kelamin hingga dewasa dan menentukan salah satu jenis kelamin yang diinginkannya dengan prosedur medis yakni operasi. Hal ini sejalan dengan peraturan dari PBB mengenai prosedur normalisasi kelamin (William Byne dkk, 2018; (Ningrum, 2021).

Sejalan dengan hal diatas, terdapat beberapa kondisi umum yang dapat menyebabkan terjadinya *Gender Dysphoria* yaitu:

1) Kelainan hormon yang menghambat perkembangan organ genitasi sehingga menyebabkan fungsi alat kelaminnya menurun

2) Penggunaan obat-obat tertentu dapat mengakibatkan kelainan pembentukan organ genital janin dan gangguan hormon pada janin.

3) Sensitifitas janin yang menurun terhadap hormon atau dikenal dengan istilah *Androgen Insensitivity Syndrome*

(AIS), mengakibatkan menurunnya kerja hormon dalam rahim.

- 4) Timbulnya keadaan peningkatan berlebih hormon pria dibandingkan janin wanita yang mengakibatkan alat kelamin janin lebih jantan dimana tingkat hormon pria lebih tinggi dari janin wanita sehingga menyebabkan *Congenital Adrenal Hyperplasia* atau penampakan alat kelamin terlihat lebih kekar/jantan (Rahayu, 2021).
- b. Faktor sosial dan psikologis

Peran lingkungan terkecil yakni keluarga dalam pembentukan identitas gender sangatlah penting, Pola asuh keliarga, ayah, ibu maupun pengasuh anak dan lingkungan sekitarnya berdampak pada perkembangan identitas gendernya, pemberian busana maupun mainan pada anak yang tidak sesuai jenis kelaminnya akan membuat anak bertanya-tanya mengenai gendernya. Disisi lain, lingkungan sosial anak turut serta membentuk identitas genderanya, pengalaman dari apa yang anak lihat disekitarnya ketika menemukan tingkah laku seseorang yang tidak sejalan dengan jenis kelaminnya dapat mengakibatkan anak mengikuti hal tersebut.

Adapun faktor psikologis yang menyebabkan *gender dysphoria* yaitu kurang memiliki hubungan yang dekat dengan ayah atau ibu mereka, sehingga menyebabkan anak tidak memiliki aspek-aspek maskulin dan feminin yang berhubungan dengan peran gendernya (Ningrum, 2021).

Menurut dr. Boy semakin menyebarluasnya pergaulan meningkatkan perilaku-perilaku yang cenderung menjurus terhadap penyimpangan identitas gender seperti halnya seorang laki-laki yang berpakaian dan berperilaku layaknya seorang wanita, seringkali masyarakat tidak sadar menginstruksikan lelaki tersebut agar lebih gemulai lagi (Hutasoid K, 2021).

12.1.3 Ciri-ciri Gangguan Identitas Jenis Kelamin (*Gender Dysphoria*)

Dalam *DSM-V*, terdapat acuan bagi tenaga kesehatan dalam mendiagnosis disforia gender berdasarkan dua hal sebagai pertimbangan yaitu mencakup mencatatkan dua kategori yang dapat menjadi diagnosis disforia gender ini apabila jenis kelamin yang telah murni disahkan tidak sama dengan jenis kelamin yang diinginkannya. Selain itu, seseorang dengan gangguan ini akan menjalani kehidupan dengan perkara yang tidak mudah karena bertentangan antara fungsi alat kelaminnya dan gejolak keinginannya (Ningrum, 2021).

Kriteria gangguan identitas jenis kelamin (*Gender Dysphoria*) dalam *DSM-IV-TR* yaitu :

- a. Pengenalan yang masif dan terfokus terhadap lawan jenis
- b. Ciri yang dapat dilihat pada anak-anak diantaranya :
 - 1) Anak menunjukkan ketertarikannya untuk menjadi anggota lawan jenisnya. Seringkali anak mengucapkan keinginannya menjadi seperti lawan jenisnya.
 - 2) Anak kian menyukai busana dari lawan jenisnya
 - 3) Dalam hal bermain, anak lebih cenderung bertindak sebagai lawan jenis dan selalu berimajinasi menjadi lawan jenis
 - 4) Lebih suka berperan sebagai lawan jenis dalam bermain atau terus menerus berfantasi menjadi lawan jenis
 - 5) Cenderung menyukai jenis permainan lawan jenisnya
 - 6) Kenyamanan bermain didapatkan bersama teman-teman dari lawan jenisnya
- c. Gejala yang timbul pada remaja dan dewasa meliputi dorongan yang kuat untuk menjadi lawan jenis, kepercayaan terhadap tingkahlaku serta emosinya mencirikan tipe lawan jenis. Ketidaknyamanan terhadap jenis kelamin biologisnya atau rasa terisolasi dari peran gender jenis kelamin tersebut.

- 1) Perwujudan nyata dari hal tersebut diantaraya pada anak laki-laki timbulnya perasaan jijik terhadap alat kelaminnya (penis) dan persepsi bahwa seiring bertambahnya usia maka hilanglah alat kelaminnya. Cenderung menggemari jenis permainan lawan jenisnya. Seorang anak perempuan dengan gangguan identitas gender tidak melakukan aktivitas atau kebiasaan layaknya anak perempuan lainnya seperti buang air kecil dengan cara duduk/jongkok, menginginkan tumbuhnya alat kelamin lawan jenisnya serta membenci datangnya menstruasi dan pertumbuhan fisik yang terus menerus terjadi seperti pertumbuhan rambut halus dan payudara bagi perempuan.
- 2) Pada tahap remaja dan orang dewasa, seseorang dengan gangguan identitas gender mulai tumbuh ketertarikan untuk melakukan tindakan medis terapi hormonal atau operasi perubahan organ genital/alat kelaminnya dengan yang sesuai dengan keyakinannya.
- 3) Penampilan yang ditonjolkannya berbeda dengan keadaan fisik jenis kelaminnya.
- 4) Terganggunya psikologis, aktivitas dalam bekerja serta fungsi sosial tidak dapat dihindari (Mahfudhotin ; Ningrum, 2021).

12.1.4 Gejala-gejala Gangguan Identitas Jenis Kelamin (*Gender Dysphoria*)

Beberapa gejala yang timbul pada remaja dan dewasa, yaitu:

- a. Dalam jangka waktu sekurang-kurangnya 6 bulan seseorang merasa jiwanya tidak sesuai dengan jenis kelamin biologisnya.
- b. Kebiasaan cara buang air kecil yang tidak sejalan dengan jenis kelaminnya

- c. Timbulnya tekanan psikologis seiring dengan perubahan dan perkembangan fisiknya, begitupun saat melewati periode pubertasnya.
- d. Lebih menyukai pakaian lawan jenisnya.
- e. Aktivitas yang dilakukan tidak sesuai jenis kelaminnya.
- f. Meyakinini terjadinya ketidaksesuaian yang terus menerus antara identitas gender dan jenis kelamin biologisnya.
- g. Adanya dorongan erat untuk melakukan tindakan operasi ganti kelamin.
- h. Melakukan berbagai cara untuk merubah bahkan menghilangkan karakteristik fisik biologisnya.
- i. Timbulnya penentangan untuk penggunaan pakaian maupun aktivitas yang sesuai dengan jenis kelamin biologisnya. Hal ini meluas hingga aktivitas seksualnya. (Garima, 2020; Ningrum, 2021).

12.1.5 Penanganan Klien Gangguan Identitas Jenis Kelamin (*Gender Dysphoria*)

Gangguan Identitas Jenis Kelamin (*Gender Dysphoria*) mampu diatasi melalui beberapa metode perawatan yaitu:

a. Terapi Medis

1) Terapi Hormon

Terapi hormon sangat membantu dalam hal pemenuhan kepuasan terhadap sisi maskulin atau feminim. Intervensi dari perawatan hormon ini menekan ciri pertumbuhan sekunder layaknya pertumbuhan kumis dan jenggot pada pria, dada yang membidang, serta pertumbuhan payudara pada wanita (Byne, 2018; (Ningrum, 2021).

2) Operasi

Merupakan tindakan untuk mengoptimalkan perubahan karakteristik gender sekunder yang dilakukan oleh dokter terlatih dengan hasil sesuai

keinginan gender klien termasuk ganti kelamin. (Bonifacio *et all*, 2019; Ningrum, 2021). Menurut (Coleman, 2012) Operasi ini berhasil membuat sebagian besar penderita gangguan identitas gender terpenuhi dorongan/hasratnya untuk menjadi anggota jenis kelamin yang diinginkannya.

Berikut ini kriteria yang harus dipenuhi oleh pasien sebelum menjalani prosedur bedah maupun terapi hormon menurut *The World Professional Association for Transgender Health*, yaitu:

- a) Hak penuh atas keputusannya dalam menjalani prosedur yang telah diberikan maupun disarankan.
 - b) Gangguan identitas gender yang telah lama terjadi serta mengganggu aktivitas dan dampak buruk terhadap tubuh.
 - c) Timbulnya masalah psikologis atau penyakit namun tertangani dengan baik.
 - d) Memenuhi karakteristik rentang usia sesuai standar operasional prosedur operasi/perawatan yang dijalani.
- b. Terapi Perilaku

Proses Perawatan yang dilakukan untuk mengalihkan sikap buruk yang dapat memicu datangnya bahaya bagi pasien sekaligus mengolah pandangan dan perselisihan batin yang dirasakannya dalam rangka menurunkan kejadian menyakiti atau membahayakan diri sendiri.

Corey menyebutkan ciri khas *Behaviour Therapy* sebagai berikut:

- 1) Berpusat terhadap perilaku khas yang muncul dari penderita gangguan.
- 2) Teliti dan nyata dalam mendeskripsikan perawatan yang akan diperoleh.

- 3) Pemilihan terapi disesuaikan dengan kebutuhan penderita.
- 4) Analisis hasil terapi dilakukan secara ilmiah dan rasional.

Teori perilaku memiliki anggapan bahwa segala tingkah laku seseorang dapat diamati dengan baik, tidak semua tingkah laku selalu baik maupun sebaiknya, tingkah laku manusia dapat dipengaruhi oleh sosok manusia lainnya, seseorang dapat merenungkan perilaku yang telah diperbuat, termasuk mempertimbangkan perilaku yang akan diperbuat olehnya. Tentunya hal ini tidak terlepas dari proses pembelajaran hidup, perubahan tingkah laku lama menjadi tingkah laku baru melalui proses pemantangan dan pengkajian baik dan buruk sebuah perilaku (Komalasari, 2011; Ningrum, 2021)

Selain itu menurut (Nawangsih, 2017) dalam *Journal of Psychological Research* peran teknik aversi dalam menanganai kasus gangguan identitas gender pada remaja membawa hasil yang cukup baik yakni dapat memperkuat identitas gendernya dalam lingkup pengetahuan sehingga tercipta penafsiran diri yang lebih baik mengenai peran gendernya. Teknik aversi yang diterapkan meliputi :

- a. Menyampaikan prosedur terapi yang akan dilakukan (total pertemuan, jadwal, agenda dalam setiap jadwal, hingga pembekalan tugas yang harus dilakukan di rumah).
- b. Membahas kejadian/perkara yang dijumpai. Berkomunikasi dan menggali hal-hal yang memicu timbulnya gangguan ini, termasuk faktor-faktor dalam diri penderita dan trauma di masa lampau.
- c. Penderita harus dapat menyandingkan potret-potret perempuan disamping potret laki-laki.

12.2 Parafilia (deviasi seksual)

12.2.1 Pengertian Parafilia

Parafilia merupakan istilah dalam dunia psikologi yang lebih dikenal dengan gangguan psikoseksual. Menurut (Fatmawati Fadli, 2019; Lianawati, 2020)) parafilia (*paraphilia*) berasal dari kata “*para*” yang berarti penyimpangan dan “*philia*” berarti sesuatu yang membuat seseorang tertarik. Parafilia dapat diartikan minat seseorang terhadap hal-hal berbau seksual mulai dari imajinasi dan desakan yang kuat yang terjadi secara terus menerus, akan tetapi dalam hal ini tidak selayaknya hubungan seksual normal, penderita parafilia menjadikan benda, anak dibawah umur, dan stimulasi melukai tubuh hingga fantasi berhubungan seksual dengan objek yang tidak wajar sekalipun dilakukan untuk mendapatkan kepuasan seksualnya (Sari Tri Novita *et al.* 2020).

Baik secara budaya, adat istiadat, sosial masyarakat maupun aturan, penyimpangan ini tidak dapat dibenarkan, karna dampak yang ditimbulkan sangatlah meluas mulai dari masalah kesehatan, terjangkitnya penyakit menular seksual, hingga dapat mengancam kesehatan mental orang lain yang menjadi korban. Tingkah laku tidak lazim ini cenderung merugikan orang lain karena memiliki sifat memaksa dan merusak hubungan dengan melanggar hak korban (Sari Tri Novita *et al.* 2020).

Dorongan seksual dalam penyimpangan ini dapat mengikutsertakan objek yang tidak lazim dan menciptakan kondisi yang mengganggu, menyakitkan hingga membuat trauma salah satunya dengan pelecehan seks yang dilakukan penderita. Dorongan ini tidak hanya muncul sekali akan tetapi berulang kali dan bersifat menetap (Sari Tri Novita *et al.* 2020).

Menurut (Ningrum, 2021)Parafilia adalah penyimpangan dalam memenuhi hasrat seksual melalui aktivitas seksual yang abnormal. Dalam sudut pandang psikodinamik gangguan parafilia ini disebabkan oleh trauma masa lalu berupa kekerasan fisik, psikologis, seksual yang dilakukan keluarga maupun orang yang

tak dikenal. Latar belakang keluarga yang tidak harmonis dapat memicu timbulnya hal tersebut, selain itu parafilia dipandang sebagai manifestasi fiksasi tahap pragenital dalam tugas dan perkembangan psikoseksual manusia. Sedangkan dalam sudut pandang *cognitive-behavioral* lebih bersifat umum menyatakan bahwa parafilia disebabkan tidak hanya oleh satu faktor, parafilia terbentuk atas beragam faktor yang mempengaruhi tingkah laku seseorang.

12.2.2 Faktor Penyebab

Beberapa asumsi penyebab dari parafilia adalah :

- a. Trauma atas pelecehan dan kekerasan seksual di masa lampau, bahkan beberapa kasus terjadi pada masa anak-anak.
- b. Terpapar kondisi, lingkungan atau objek secara terus menerus dengan kegiatan seksual yang cenderung menyimpang
- c. Hubungan dengan lawan jenis seringkali mengalami persoalan atau masalah hingga membuat trauma.
- d. Keinginan untuk membuktikan suatu hal merupakan imbas dari penerimaan informasi atau pemahaman yang salah.
- e. Ketergantungan dengan konten pornografi.

12.2.3 Gejala Parafilia

Berdasarkan (*American Psychiatric Association, 2013*) gejala dari paraphilia:

Dapat diamati dari timbulnya keinginan terhadap aktivitas seksual diluar stimulasi atau rasangan normal. Penderita parafilia cenderung dewasa secara fisik kasar, bahkan seingkali tidak memperhatikan persetujuan pasangannya. Sedangkan, tanda gejala parafilia menurut DSM IV (*diagnostic and statistical manual of mental disorder*) adalah mengaitakan dengan timbulnya desakan

imajinasi seksual bersifat kuat dan terus-menerus menetap hingga 6 bulan bahkan lebih. Gejala ini berpusat pada :

- a. Manusia bukan satu-satunya objek, melainkan objek seksual lain seperti pakaian dalam, kain atau sutra, sepatu, vibrator bahkan hingga mayat.
- b. Diikuti dengan tindakan menyakiti diri sendiri atau pasangannya demi mendapatkan hasrat/kepuasan seksualnya.
- c. Dorongan seksual yang timbul pada anak-anak atau orang lain yang tidak dikenalnya tanpa harus menunggu persetujuannya (Sukoco *et al.* 2021).

12.2.4 Jenis-jenis Parafilia

Penggolongan kelompok parafilia secara umum tertuang dalam (*American Psychiatric Association*, 2013). Penggolongan kelompok berdasarkan pada :

- a. Penggolongan kelompok berdasarkan aktivitas berdasarkan aktivitas preferensi menyimpang, terbagi ke dalam 2 macam:
 - 1) *Courtship disorders* (penyimpangan dalam suatu hubungan) yaitu voyeurisme, eksibisionisme, dan frotteurisme.
 - 2) *Algolagnic disorders* (kepuasan didapat dengan melibatkan rasa sakit dan rasa menderita) yang meliputi masokisme dan sadisme.
- b. Penggolongan kelompok berdasarkan preferensi target yang menyimpang. Dalam kelompok ini aktivitas seksual yang dilakukan membutuhkan objek seksual seseorang yang tidak dikenalnya. Kelompok ini terbagi menjadi pedofilia, fetishisme dan transvestisme (Ningrum, 2021). Berikut penjelasan mengenai jenis parafilia diatas berdasarkan (*American Psychiatric Association*, 2013) :

a) Pedofilia

Pedofilia ialah imajinasi seksual yang terjadi berulangkali menimbulkan hasrat untuk melakukan aktivitas seksual bersama anak-anak di bawah umur sampai dengan usia praremajaya. Umunya dalam rentang usia 13-16 tahun. Pengidap gangguan ini dapat terpikat hanya pada satu jenis kelamin saja maupun tertarik pada keduanya. Potensial terjadinya gangguan pedofilia pada laki-laki sekitar 3-5%. Sedangkan pada wanita belum dapat dipastikan, tetapi kemungkinan lebih kecil dibanding pada pria (Ningrum, 2021).

Penyimpangan seksual ini terjadi dimana individu yang telah dewasa mempunyai orientasi kepuasan seksual yang didapatkan melalui hubungan fisik atau hubungan seks dengan anak-anak di bawah umur. Pengidap gangguan seksual ini memperoleh gairah yang memuncak dengan anak pubertas atau pada anak-anak (Saidah, 2016).

b) Transvestime

Seorang laki-laki heteroseksual yang menggunakan pakaian wanita dalam rangka mencapai kegairahan seksual. Transvestime berlaku untuk laki-laki yang bukan transeksual (Pradani, 2018). Istilah ini biasa dikenal dengan sebutan waria (Saputri, 2020).

Tranvestisme adalah penyimpangan seksual dengan tujuan meraih kepuasan seksual melalui penggunaan pakaian lawan jenis Sebelum melakukan aktivitas seksual terlebih dahulu berpenampilan layaknya lawan jenis. Apabila penderita merasa gairah seksualnya meningkat hanya dengan melihat dan memegang pakaian dalam atau kain lainnya tanpa sepenuhnya menggunakannya disebut penderita fetishisme. Kategori dari keduanya berbeda, meskipun terdapat kemiripan, jika pengidap fetishisme

meningkat, maka kemungkinan gangguan identitas gender pada pria pengidap transvetisme menurun (Ningrum, 2021).

c) Eksibisionisme

Kejadian seorang yang menunjukkan alat kelaminnya secara mendadak tanpa mengenal tempat dan sasaran merupakan orang asing sesuai kehendaknya (Pradani, 2018). Dengan aktivitas menyimpang yang dilakukannya tersebut gangguan seksual ini mendapatkan gairah dan kepuasan seksualnya(Virgiyanti, 2019). Semakin pengidap mendapatkan banyaknya respon terkejut, jijik bahkan reaksi kepanikan hingga jeritan ketakutan orang lain semakin membuatnya terangsang hingga bermasturbasi untuk mendapatkan ejakulasinya. Hal ini dilakukan pelaku tanpa rasa malu tetapi justru merasa bangga dengan tindakan menyimpang yang telah dilakukannya (Elbina Saidah, 2016)

d) Fetishisme

Menurut (Fachri; Winarsih, 2011) Fatishi berarti sesuatu yang dipuja. Penyaluran hasrat seksual pengidap gangguan seksual fetishisme ini dengan cara bermastrubasi dengan benda seperti pakaian dalam (*Breast holder/BH*, celana dalam), lingerie hingga *seks toys*, vibrator dan benda benda lainnya yang meningkatkan hasratnya demi untuk mencapai kepuasan seksualnya (Pradani, 2018). Aktivitas ini dilakukan sampai pengidap mengalami ejakulasi. Sedangkan beberapa pengidap memilih untuk memerintahkan pasangannya untuk mengenakan benda favoritnya dan kemudian berhubungan seksual, akan tetapi orientasi seksualnya bukan pada pasangannya melainkan pada objek benda yang dikenakannya itu (Elbina Saidah, 2016)

e) Sadomasokisme

Sadomasokisme merupakan dua penyimpangan seksual yakni sadisme dan masokisme yang keduanya digolongkan dalam kelompok yang sama karena aktivitas seksual yang dilakukannya mengandung unsur menyakitkan dan penyiksaan dalam pencapaian kepuasan seksual. Pada dasarnya kedua penyimpangan ini dapat disebabkan karena disfungsi seksual, atau kesulitan dalam mencapai kepuasan seksual.

Penderita sadisme memulai aktivitas seksualnya dengan menyakiti pasangannya hingga merasa gairah seksualnya meningkat, semakin melihat respon pasangannya yang menjerit karena penyiksaan maka pelaku akan semakin bergairah. Lain halnya dengan masokisme, penyimpangan seksual masokisme merupakan kontradiksi dari sadisme, dimana penyiksaan atau kekerasan dilakukan kepada dirinya sendiri dalam upaya mencapai kepuasan seksualnya. Kekerasan atau penyiksaan yang dilakukan dapat berupa hinaan, pukulan, tamparan dan lainnya (Freud; Winarsih, 2011; Pradani, 2018).

f) *Bestially*

Bentuk penyimpangan seksual lainnya yang tidak lazim dengan menjadikan hewan sebagai media penyalur rangsangan seksualnya disebut *bestially*. Penderita gangguan ini umumnya tidak memiliki orientasi seksual terhadap manusia, tetapi penderita merasa kepuasan seksualnya tercipta jika bersama hewan (Elbina Saidah, 2016)

g) *Voyeurisme*

Voyeurisme berasal dari bahasa prancis yakni *voyeur* yang artinya mengintip. Dalam artian pemenuhan kepuasan seksualnya didapatkan dengan cara mengintip atau memperhatikan seseorang yang

sedang tidur, mandi, bahkan sedang berhubungan seksual (Elbina Saidah, 2016) Meskipun demikian tidak ada tindak lanjut yang dilakukan pengidap kelainan ini terhadap korban sasarannya. Mereka cenderung menyalurkan hasratnya dengan cara bermasturbasi semasa atau selepas aktivitas mengintip dilakukannya (Ariyos, 2021).

h) Incest

Incest seringkali umum diketahui dengan istilah hubungan seks sedarah atau terikat status anggota keluarga. Hubungan seks yang dilakukan antara ibu dengan anak, ayah dengan anak, atau diantara saudara sekandung dan lebih banyak lagi. Dalam adat istiadat lain didefinisikan sebagai incest apabila hubungan masih dalam jalur satu keturunan (Elbina Saidah, 2016).

i) *Necrophilia*

Penyimpangan seksual melalui kontak fisik bersama jenazah atau mayat disebut *necrophilia* (Elbina Saidah, 2016). Pengidap kelainan dapat melakukan pengerasakan atau mutilasi setelah tercapai kepuasan seksualnya terhadap partner seks nya, selain itu penderita juga dapat melakukan tindakan kriminalitas berupa pembunuhan diawali dengan pembunuhan agar seseorang tersebut menjadi mayat dan akhirnya dapat memenuhi hasrat seksualnya (Winarsi, 2011; (Ariyos, 2021).

j) Sodomi

Sodomi merupakan bentuk kelainan seksual yang terjadi pada pria yang memiliki ketertarikan berhubungan seksual melalui anal atau dubur pasangan seksualnya. Dalam penyimpangan seksual ini bukan hanya dapat dilakukan terhadap wanita, penyimpangan ini dapat dilakukan oleh pengidap

homoseksual (hubungan seksual sesama jenis (Elbina Saidah, 2016)

12.3 Disfungsi Psikoseksual

12.3.1 Pengertian Disfungsi Psikoseksual

Disfungsi sosial adalah masalah yang berkenaan dengan pengetahuan, perasaan cemas dan atau tindakan yang dapat menghambat individu untuk mendapatkan kepuasan seksualnya berupa orgasme (Hogan, 1978),

Persoalan mengenai disfungsi sosial dapat dilihat dari multipersepsi dimulai dari tidak timbulnya keinginan berhubungan seksual, kegelisahan serta ketidakmampuan individu dalam kehidupan sosialnya, minimnya pengetahuan seksual dan pengawasan terhadap diri sendiri yang dirasa kurang baik, gairah seksual yang muncul dirasa kurang memuaskan bahkan seringkali tidak muncul (Crawford, 1979).

Faktor yang beragam dapat menyebabkan pasangan suami istri mengalami gangguan ini. Penting mengetahui peran masing-masing terkait seksualnya menjadi fungsi seksual dari suami-istri yang disfungsi secara seksual menjadi komponen yang tidak dapat dipisahkan dalam hal ini (Heiman dkk 1986; (Usman and Lakadjo, 2018).

Disfungsi seksual dipandang memiliki aspek fungsional, yang mampu menarik perhatian ke daerah sensitif dalam berhubungan seks (Cullow, 1984). Gejala yang timbul berupa hambatan pada selera (minat) seksual atau terdapat hambatan pada perubahan psikofisiologik yang biasanya terjadi pada orang yang sedang bergairah seksual (Usman and Lakadjo, 2018). Disfungsi seksual merupakan masalah yang terjadi dalam penerimaan rangsangan seksual, dimana gangguan ini mencegah individu untuk mendapatkan kepuasan dalam akivitas seksual.

Disfungsi seksual meliputi ketidakmampuan individu berperan dalam hubungan seksual yang diinginkannya. Gangguan

ini dapat berupa kekurangan minat (*interest*), kenikmatan (*enjoyment*), gagal dalam respons fisiologi yang dibutuhkan untuk interaksi seksual yang efektif atau tidak mampu mengendalikan atau mengalami orgasme (Pratama and Pusparini, 2019)

12.3.2 Penyebab Disfungsi Seksual

Menurut (Gerad, 2001; (Usman and Lakadjo, 2018), penyebab disfungsi sekejap dibedakan menjadi 2, yaitu :

- a. Asumsi Biofisik, meliputi; penyalahgunaan narkoba, alkohol, diabetes, luka fisik, dan ketidakseimbangan sistem endokrin.
- b. Asumsi Psikosesual meliputi; kesalahpahaman antar pasangan, ketakutan akan kinerja, kecemasan tentang penolakan, dan kejadian yang memalukan atau traumatis secara seksual.

12.3.3 Jenis-jenis Disfungsi Seksual

Tipe-tipe disfungsi seksual atau gangguan seksual (Dailey dkk, 2014; & Martin & Pear, 2015; (Usman and Lakadjo, 2018) yaitu:

- a. *Delayed ejaculation.*

Ejakulasi tertunda merupakan terlambatnya pencapaian ejakulasi/orgasme dengan ataupun tanpa suatu hubungan seksual. Meskipun demikian, pengidap gangguan ini tetap memiliki rangsangan seksual akan tetapi tidak dapat mencapai kepuasan seksualnya (ejakulasi). Tentunya, hal ini berdampak pada gangguan emosional yang parah karena biasanya menghasilkan kurangnya pemenuhan seksual bagi pria dan pasangannya.

Beberapa hal yang dapat memicu terjadinya gangguan ini meliputi tekanan hidup dalam berbagai bidang dan tidak adanya dukungan sekitar, kurangnya ketertarikan terhadap lawan jenis, minat untuk berkeluarga kurang,

aktivitas seksual yang tidak normal, pengalaman traumatis, pengaruh zat atau obat, atau kerusakan *neurologis*.

b. *Erectile disorder.*

Gangguan ereksi merupakan gangguan dalam keberhasilan suatu ereksi selama aktivitas seksual berlangsung. Gangguan ini berupa ketidakmampuan laki-laki dalam membuat dan mempertahankan alat kelaminnya untuk bererekси selama berhubungan bersama pasangannya. Dampak gangguan ini mengakibatkan laki-laki tidak percaya diri dan menurunnya harga diri serta rasa maskulinitas laki-laki hingga berujung depresi.

c. *Gangguan orgasme pada wanita*

Kesulitan wanita dalam mengalami orgasme atau berkurangnya intensitas sensasi orgasme pada hampir semua atau semua (sekitar 75% hingga 100%) kesempatan aktivitas seksual. Ketika seorang wanita muncul dengan ketegangan yang jelas atas ketidakmampuannya untuk mencapai orgasme, banyak faktor psikologis, seperti kecemasan atau faktor hubungan, serta pengetahuannya tentang respons tubuhnya sendiri perlu diperhitungkan.

d. *Female sexual interest/arousal disorder.*

Gangguan gairah/ gairah seksual wanita didefinisikan sebagai tidak adanya atau kurangnya hasrat wanita terhadap aktivitas seksualnya yang berlangsung minimal selama 6 bulan. Kurangnya hasrat seksual ini diikuti sekurang-kurangnya tiga dari enam kategori yaitu; menurunnya minat dalam seks, tidak timbulnya imajinasi atau fantasi ingin berhubungan seks, kurangnya penerimaan terhadap seks atau tidak ada aktivitas seksual sama sekali, tidak mendapatkan kenikmatan seks atau sebagian besar hubungan seksual, tanggapan terbatas atau tidak ada terhadap isyarat seksual, dan terbatas atau tidak ada respons atau sensasi selama hampir semua hubungan seksual.

e. *Genito-pelvic pain/penetration disorder.*

Genito-pelvic pain/penetration disorder merupakan keadaan timbulnya rasa sakit saat penetrasi vagina selama hubungan seksual, yang menetap selama 6 bulan.

Pengalaman rasa sakit yang dirasakan selama aktivitas seksual menimbulkan trauma hingga kecemasan berulang yang ditandai dengan rasa takut berhubungan seksual. Rasa sakit ini dapat memicu menegangnya otot-otot dasar panggul selama proses percobaan penetrasi vagina. Nyeri ini digambarkan sebagai nyeri seperti tertembak, terbakar, tertusuk hingga berdenyut selama upaya penetrasi tersebut.

f. *Male hypoactive sexual desire disorder.*

Gangguan hasrat seksual hipoaktif laki-laki ditentukan oleh dua kriteria dalam *DSM-V* sebagai refleksi dari imajinasi seksual yang konstan dan berulang. Sedangkan, pada penderita gangguan ini Kriteria yang muncul adalah tidak adanya keinginan untuk aktivitas seksual dan gejala-gejala harus menyebabkan penderitaan pada orang tersebut.

g. *Premature (early) ejaculation.*

Gangguan ejakulasi dini yang terus menerus atau berulang ditandai dengan model ejakulasi yang cepat dalam waktu kurang lebih 1 menit sejak dilakukan penetrasi vagina. Kriteria diagnostik gangguan ini salah satunya terjadinya ejakulasi sebelum keinginan/dorongan individu untuk berejakulasi. Diagnosis ejakulasi dini dapat dipertimbangkan apabila ejakulasi dini hanya terjadi selama masturbasi atau aktivitas seksual lainnya diluar dari penetrasi vagina, akan tetapi, belum adanya kriteria waktu/durasi yang mendefinisikan ejakulasi dini. Gejala gangguan ini menunjukkan kurangnya kontrol yang terjadi sebelum atau sesaat setelah penetrasi vagina. Gejala-gejala

harus hadir untuk durasi minimum 6 bulan (Usman and Lakadjo, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyos Shisi Octadila 2021. Perkembangan Penyimpangan Homo Seksual Di Media Online. *Universitas Islam Riau* , pp. 1–66.
- Lianawati, E. 2020. Penyimpangan Seksual (Jenis, Penyebab, dan Penanganannya). In: *Universitas Kristen Krida Wacana*. Jakarta, pp. 1–19. Available at: www.esterlianawati.wordpress.com.
- Mamla Elbina Saidah 2016. PENYIMPANGAN PERILAKU SEKSUAL (MENELAAH MARAKNYA FENOMENA LGBT DI INDONESIA). *Jurnal Pendidikan* 8(1)
- Nawangsih, E. 2017. PERAN TEKNIK AVERSI DALAM MENANGANI KASUS PADA REMAJA YANG MENGALAMI GANGGUAN IDENTITAS GENDER (GIG). *Journal of Psychological Research* 3(1), pp. 23–24.
- Ningrum, A.G. 2021. *Metode Penanganan Masalah Klien Gangguan Identitas Jenis Kelamin (Gender Dysphoria) di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung*. Lampung.
- Pradani, F.E. 2018. HUBUNGAN UPAYA PREVENTIF DALAM SEKSUAL MENYIMPANG PADA REMAJA DENGAN RESIKO PENYIMPANGAN SEKSUAL.
- Pratama, N.I.A. and Pusparini, P. 2019. Perbandingan disfungsi seksual antara perempuan pengguna kontrasepsi oral dan kontrasepsi suntik. *Jurnal Biomedika dan Kesehatan* 2(3), pp. 124–129. doi: 10.18051/jbiomedkes.2019.v2.124-129.
- Saputri Arwinda Dewi 2020. Hubungan Trauma Psikologis Dengan Perilaku Penyimpangan Seksual Lesbian, Gay, Biseksual Dan Transgender (LGBT). *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika* , pp. 1–56.
- Sari Tri Novita, Utami Murni Puji, Septiant Nuralifa Sri and Nurmantanto Zulfikar 2020. *Gangguan Psikoseksual Dan Identitas Gender Gangguan Psikologi Masa Kanak-Kanak*. Semarang.

- Sukoco, H.Z., Althof, F. and Nihayah, U. 2021. Menyoal Gangguan Kesehatan Mental Deviasi Seksual Fetish. *Islamic Counseling : Jurnal Bimbingan Konseling Islam* 5(2), p. 148. Available at: <http://journal.iaincurup.ac.id/index.php/JBK> [Accessed: 14 January 2023].
- Usman, I. and Lakadjo, M.A. 2018. Sex Counseling Untuk Mengatasi Disfungsi Seksual Dalam Hubungan Seks Pasangan Suami-Istri. In: *Seminar Nasional Bimbingan dan Konseling di Perguruan Tinggi*. Gorontalo: Universitas Pendidikan Indonesia
- Virgiyanti Sara Aneslina Obimim 2019. Hubungan Tingkat Pengetahuan Siswi Tentang Penyakit Menular Seksual Dengan Perilaku Seksual Remaja di SMA Negeri 10 Kota Bengkulu. *Poltekkes Kemenkes Bengkulu* , pp. 1–42.

BAB 13

SKIZOFRENIA

Oleh Sari Narulita

13.1 Pendahuluan

Skizofrenia adalah gangguan mental yang cukup umum, kronis, melemahkan, dan seringkali merusak. Skizofrenia bukan merupakan gangguan tunggal melainkan salah satu dari sekelompok gangguan terkait dengan berbagai tingkat keparahan dan gejala. Skizofrenia bersifat heterogen, artinya terdiri dari elemen yang sama dengan hasil pasien yang bervariasi. Skizofrenia merupakan penyakit otak kompleks merupakan gangguan neuropsikiatri, karena gejala timbul dari sejumlah faktor yang mempengaruhi sistem neurotransmitter otak dan mengakibatkan gangguan pikiran, persepsi, fungsi kognitif, suasana hati, dan motivasi. Skizofrenia adalah gangguan universal yang ada di semua budaya dan ada di antara semua anggota kelompok sosial ekonomi (Katherine M Fortinash and Patricia A Holoday Worret, 2012)

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, sebuah survei yang telah dilakukan di beberapa negara secara global menunjukkan kejadian skizofrenia antara 0,1-0,4 per 1000 penduduk. (Ferinauli, Narulita and Hijriyati, 2021)

Di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2020 Persentase Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang mendapat layanan sebesar 58,9%, artinya masih ada 41,1% penderita ODGJ belum mendapatkan pelayanan dan diantaranya adalah penderita skizofrenia . Hal ini tentunya akan berdampak dengan kualitas hidup para penderita ODGJ. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

13.2 Sejarah

Sejarah kedokteran psikiatrik dan neurologis telah mencatat dan menyampaikan perkembangan skizofrenia sejalan dengan sejarah psikiatrik itu sendiri. Banyaknya masalah klinis menjadi hal yang menarik perhatian tokoh dan ilmuwan. Setidaknya tercatat beberapa tokoh sejarah skizofrenia. Benedict A. Molen (1809-1873) seorang dokter psikiatrik prancis menggunakan istilah *demente precoce* untuk pasien yang membekukan penyakitnya dimulai pada masa remaja. Emil Kraepelin (1856-1926) dan Eugen Bleuler (1857-1939) merupakan dua tokoh kunci sejarah skizofrenia; Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) menggambarkan sejala katatonia pada skizofrenia dan Ewald Hecker (1843-1909) menyampaikan tentang perilaku kacau (bizzare) pada hebephrenia.

Emil Kraepelin mengadopsi istilah yang dikenalkan Molen dan dikenal sebagai *dementia precoox*. Kraepelin merupakan seorang tokoh yang menyampaikan tentang perbedaan pasien dengan demensia prekoks dari pasien yang diklasifikasikan sebagai psikosis manik depresif atau paranoia.(Sadock,2010)

Eugen Bleuler mengusung istilah "Skizofrenia" dan istilah tersebut menggantikan "demensia Prekoks". Menurut Bleuler istilah skizofrenia menandakan adanya perpecahan (schism) antara pikiran, emosi dan perilaku pada pasien yang terkena. Bleuler menjelaskan terorinya yang dikenal dengan Empat A yang merupakan gejala fundamental spesifik untuk skizofrenia termasuk gangguan pikiran yang ditandai gangguan Asosiasi, Afektif, Autisme dan Ambivalensi. Bleuler juga menggambarkan gejala termasuk Halusinasi dan waham, gejala yang juga telah menjadi bagian terpenting dari pengertian Kraepelin tentang gangguan ini.

Adolf Meyer juga memberi sumbangan besar dalam memahami banyak segi skizofrenia. Pendiri Psikobiologi ini percaya bahwa skizofrenia dan agangguan mental lainnya

merupakan reaksi terhadap berbagai stres kehidupan dan dinamakannya sebagai sindrom reaksi skizofrenik. **Sullivan** pendiri Psikoanalitis interpersonal menekankan isolasi sosial sebagai penyebab dan gejala skizofrenia. **Gabriel Langfeldt**, membagi pasien dengan gejala psikotik berat dalam dua kelompok yaitu kelompok skizofrenia sesungguhnya (true schizophrenia) dengan gejala depersonalisasi, autisme, emosi tumpul, onset perlahan lahan, perasaan derealisasi, sedangkan sedangkan kelompok skizofreniform dan lainnya dalam kelompok Skizofreniform.

13.3 Definisi

Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa yaitu suatu penyakit otak neurobiologis kompleks yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memahami dan memproses informasi. Skizofrenia tergolong penyakit neurobiologi yang berat dan terus menerus yang dapat berakibat terganggunya kehidupan indivu penderita, keluarnya dan masyarakat. (Stuart, 2016)

Skizofrenia merupakan masalah gangguan jiwa yang umumnya ditandai oleh penyimpangan fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang ternih dan kemampuan intelektual biasasnya dapat tetap terpelihara dengan adanya kemunduran kognitif tertentu umumnya dapat terjadi kemudian. (Maslim R, 2013)

Skizofrenia (*schizophrenia*; dibaca "skit-se-fri-nia") adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (insight). Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGI-III) mendefinisikan skizofrenia sebagai suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan

perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau "deteriorating") yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya . (D. Surya Yudhantara and Ratri Istiqomah, 2018)

Skizofrenia merupakan penyakit neurobiologis yang berdampak trjadinya gangguan fungsional seseorang dan berdampak

13.4 Tanda dan Gejala

Semua gejala pada skizofrenia merupakan gejala yang menunjukkan kelemahan, namun tidak semua gejala psikotik. Gejala yang tampak berasal dari mekanisme yang berbeda yang dimungkinkan disebabkan area/daerah atau sirkuit otak yang terpengaruh juga berbeda. Oleh karena itu, respon gejala bervariasi pada gejala psikososial dan psychopharmacologic (fortinash, 2013)

Gejala skizofrenia dibagi menjadi empat besar (Fortinash, 2013): kelompok:

1. Gejala positif adalah gejala psikotik, yang sering disebut gejala florid karena sifatnya yang dramatis. Gejala termasuk adanya sensasi dan persepsi yang tidak biasa seperti halusinasi (persepsi salah), delusi (keyakinan salah), paranoia (kecurigaan irasional), perilaku aneh (aneh atau eksentrik), dan pikiran bingung atau obsesif yang tampaknya kembali secara berkala dan yang biasanya dipicu oleh berbagai stresor.
2. Gejala negatif seperti yang disampaikan di atas, memiliki gejala lebih kompleks dan sulit diobati, dan muncul sepanjang fase penyakit. Gejala negative yang muncul seperti sikap apatis (ketidakpedulian), menarik diri, avolisi (kurang motivasi), afek tumpul atau datar (berkurangnya ekspresi emosional), kehilangan kehangatan atau semangat, miskin pikir (tidak ada atau berkurangnya pemikiran), dan anhedonia (kehilangan

- kesenangan) terhadap hal-hal yang sebelumnya dinikmati.
3. Gejala kognitif, disebut juga defisit neuropsikologis atau neurokognitif, merupakan inti dari perilaku dan kebingungan yang tidak teratur dan aneh yang mengakibatkan disabilitas fungsional dan memengaruhi 40% hingga 60% individu pada penderita skizofrenia. Pada pasien skizofrenia, memori kerja otak terganggu. Memori kerja adalah kapasitas untuk mengurutkan memori yang menjadi dasar keterampilan hidup sehari-hari. Ini berarti otak kehilangan kemampuannya untuk mengakses dan memproses stimulasi sensorik dan mengintegrasikannya dengan ingatan jangka pendek dan jangka panjang yang ada. Gejala penonaktifan lainnya termasuk kebingungan, ketidakmampuan untuk mempertahankan perhatian, dan gangguan dalam fungsi eksekutif (yaitu, perencanaan, pengorganisasian, penalaran, pemikiran abstrak, dan pemecahan masalah). (Katherine M Fortinash and Patricia A Holoday Worret, 2012)

Gejala kognitif berupa gangguan memori, kurang perhatian, dan gangguan fungsi eksekutif terkait dengan gejala negatif apatis, kemiskinan berpikir, dan minat. Kedua rangkaian gejala tersebut menyulitkan individu untuk merawat diri sendiri, hidup mandiri, mempertahankan pekerjaan, atau mempertahankan kehidupan sosial. Individu dengan ingatan verbal yang baik lebih mampu belajar dan mempertahankan keterampilan kognitif dan sosial yang diperlukan untuk hidup lebih dalam keterbatasan penyakit mereka.

Gangguan memory merupakan retensi atau penyimpangan pengetahuan tentang dunia. Masalah daya ingat yang berhububungan dengan skizofrenia dapat

mencakup lupa, ketidaktertarikan, kesulitan belajar dan kurangnya kepatuhan(Gail W Stuart, 2016)

Perhatian atau attention adalah kemampuan untuk berkonsentrasi dan fokus pada satu kegiatan, perhatian yang terganggu tidak memungkinkan seseorang untuk memperhatikan, mengamati, fokus dan berkonsentrasi pada realitas eksternal. Gangguan perhatian umum terjadi pada skizofrenia dan meliput kesulitan tugas-tugas kesulitan berkonsentasi pada pekerjaan dan mudah terdistraksi

Pengambilan Keputusan adalah waktu untuk mengambil keputusan yang berarti tiba pada solusi atau membuat pilihan. Masalah dengan mengambil keputusan mempengaruhi insight, penilaian,logika, ketegasan,perencanaan, kemampuan seseorang untuk melaksanakan keputusan dan berpikir abstrak. . Peran perawat adalah untuk membantu pengambilan keputusan tanpa menghakimi, memberi dukungan, mengakui bahwa gejala-gejala merupakan akibatgangguan neurologis imana klien hanya memiliki sedikit kemampuan untuk mengendalikannya. Dalam situasi ini fungsi perawat melakukan yang sulit.

Isi pikir merupakan area akhir untuk penilaian fungsi kognitif. Masalah denga isi pikir termasuk adanya waham pada penderita gangguan jiwa. Waham adalah keyakinan peribadi nerdasarkan kesimpula yang salah dari realita eksternal.

Persepsi merupakan bentuk dari mengidentifikasi dan interpretasi stimulus yang ada, informasi yang di dapat melalui penglihatan, suara, Rasa, sentuh dan penciuman. Bagaimana seseorang mempersepsikan dengan benar stimulus yang muncul. Saat kita memberikan stimulus penglihatan dengan menunjukkan sebuah pena dan kita bertanya "benda apakah ini?" maka jawaban yang menggambarkan persepsi yang benar adalah dengan dia

dapat menjawab dengan benar pertanyaan yang diberikan dan menjawab bahwa itu adalah pena.

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif. Klien mengalami Distorsi mengakibatkan gangguan penerimaan pancaindra tanpa adanya stimulus eksternal. (Sugeng Mashudi, 2021) Sekitar 70% penderita skizofrenia mengalami halusinasi. Penderita skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran mengatakan mendengar suara orang berbicara dengan dirinya, walaupun realitanya tidak ada orang disekitarnya yang mengajaknya berbicara. Begitu pula dengan halusinasi penglihatan, klien mengatakan iya melihat seseorang sedang melakukan pekerjaan mencangkul, padahal realitanya kita tidak melihat di lingkungan sekitar klien orang yang sedang mencangkul. Halusinasi ini mempengaruhi klien dan dari pengamatan kita klien terlihat seperti sedang berbicara sendiri dan melakukan suatu seolah olah sedang berinteraksi dengan orang lain. Halusinasi juga dapat terjadi pada klien dengan penyakit manik depresif dan delirium, gangguan mental organik dan penyalahgunaan zat. Hal ini perlu dipahami bahwa halusinasi dan waham dapat terjadi pada penyakit yang mengganggu fungsi otak. Di rumah sakit jiwa di Indonesia 70% merupakan jenis halusinasi endengaran, 20% halusinasi penglihatan dan 10 % halusinasi penciuman, pengecapan dan perabaan. (Rilla Sovitriana, 2019)

4. Gejala depresi, termasuk kecemasan, disforia (kesedihan), dan lekas marah sering terjadi bersamaan dengan skizofrenia. Depresi merupakan gangguan dari suasana hati dan afek. Suasana hati berupa alam perasaan yang luas dan berkelanjutan dan dapat bervariasi dan berubah ubah sesuai dengan stimulus yang muncul. Afek dapat dijelaskan sebagai kesesuaian antara mood/alam perasaan dengan ekspresi yang tampak dari emosi itu

sendiri. Ketidaksesuai afek pada klien halusinasi kerap terlihat seperti saat pasien mengatakan bahwa ia merasa senang dengan kedatangan keluarga yang datang membesuknya kerumah sakit, namun kita tidak bisa melihat ekspresi perasaan senang yang di sampaikannya.

Bunuh diri adalah penyebab umum kematian pada pasien skizofrenia dan risiko bunuh diri sangat terkait dengan depresi, upaya bunuh diri riwayat sebelumnya, agitasi atau gangguan motorik, ketakutan akan disintegrasi mental, kepatuhan yang buruk terhadap pengobatan, dan kehilangan baru- baru ini. Gejala depresi berkontribusi pada 10% kejadian bunuh diri di antara pasien dengan skizofrenia: 20% hingga 40% individu dengan skizofrenia mencoba bunuh diri setidaknya sekali selama perjalanan penyakit mereka Banyak kasus bunuh diri terjadi selama periode remisi (ketika gejala berkurang) dan setelah 5 sampai 10 tahun hidup dengan penyakit yang mematikan ini (*American Psychiatric Association ,APA*). Resiko bunuh diri pada klien dengan skizofrenia adalah 16 kali lebih besar dari pada populasi umum (Gail W Stuart, 2016)

Bentuk masalah emosi yang dapat telihat pada skizofrenia antar lain **alexitimia**; kesulitan menggambarkan emosi, **anhedonia**; ketidakmampuan untuk merasa senang, gembira, akrab/intim dan merada dekat serta kesedihan yang mendalam serta **apatis**; kurangnya minat, kurangnya perasaan dan khawatir

Tabel 13.1 : Gejala Positif dan Negatif dari skizofrenia

Gejala Positif (perilaku normal yang berlebih)	Gejala negatif (perilaku normal yang berkurang)
Gejala Positif, fungsi tak berlebih atau distorsi fungsi otak yang normal; biasanya responsif terhadap semua kategori obat antipsikotik	Gejala Negatif, Sebuah perubahan atau hilangnya fungsi otak yang normal biasanya tidak responsif terhadap antipsikotik tradisional dan lebih responsif terhadap antipsikotik atipikal
Gangguan Jiwa terkait Berpikir Waham ; paranoid, somatik, kebesaran, agama, nihilistik, atau persekutori, siar pikir, sisip pikir, atau kontrol pikir. Halusinasi (pendengaran, penglihatan, perabaan, penciuman dan pengecapan)	Masalah emosional Afek datar, terbatas jangkauan dan intensitas ekspresi emosional Anhedonia/asociality; ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan atau mempertahankan kontak sosial
Disorganisasi Bicara dan Perilaku Gangguan Gangguan berpikir positif formal (inkoheren, word salad, derailment, tidak logis, loose association, tangentiality, circumstantiality, pressurized speech, distractible speech atau miskin bicara) Perilaku aneh (katatonias, gangguan gerak, kerusakan perilaku sosial)	Gangguan Pengambilan Keputusan Alogia : pembatasan berpikir dan berbicara Avolition/apatis : kurangnya inisiasi perilaku yang diarahkan pada tujuan Gangguan perhatian: ketidakmampuan mental untuk fokus dan mempertahankan perhatian

Perilaku dan Gerakan. Respon neorobiologi pada skizofrenia menyebabkan perilaku dan Gerakan yang aneh, tidak lazim, kurang ketekunan di pekerjaan atau sekolah, perilaku yang berulang ulang/streetip, avolition, negativisme. Gerakan maladaptive yang terkait skizofrenia meliputi katatonia, Gerakan mata abnormal, apraksia, gaya berjalan yg tidak normal,dan efek samping ekstrapiramidal obat psikotropika.

13.5 Etiologi

Skizofrenia adalah gangguan perkembangan saraf otak. Penelitian tentang penyebab skizofrenia belum pernah ada yang lebih memuaskan atau menantang, terutama berkaitan dengan pandangan dari faktor keturunan, gen, dan faktor faktor neuro developmental. Skizofrenia merupakan sindroma yang terdiri dari berbagai penyebab dan perjalanan penyakit. Interaksi antar genetik dan lingkungan sangat berperan dalam munculnya skizzofrenia (D. Surya Yudhantara and Ratri Istiqomah, 2018)

13.5.1 Faktor predisposisi

1. Faktor Genetik Keturunan

Sejak awal abad ke-20, skizofrenia dan gangguan bipolar telah diamati terjadi dalam keluarga. Sejak tahun 2002, gen telah diidentifikasi dalam sampel skizofrenia dan selanjutnya direplikasi dalam sampel independen. Sejak 2007, studi asosiasi seluruh genom telah dilakukan dalam sampel dalam jumlah yang lebih besar. Identifikasi berbagai varian nomor salinan genom pada skala luas dalam sampel independen menyoroti kesamaan antara skizofrenia dan gangguan perkembangan dan belajar. (Katherine M Fortinash and Patricia A Holoday Worret, 2012). Studi genetik yang dilakukan pada kembar monozygot menunjukkan bahwa kejadian skizafrenia terjadi sebesar 40-50% jika kembaran menderita skizofrenia. Pada kembar dizigot angka kejadian menutun menjadi 10-15%. Gen saja tidak berperan tunggal

dalam kejadian skizofrenia beberapa faktor lain yang berperan dalam faktor lingkungan termasuk ondisi prenatal, perinatal dan imigrasi serta pola asuh. (D. Surya Yudhantara and Ratri Istiqomah, 2018)

Sejumlah penelitian terhadap keluarga, anak kembar, dan anak angkat menunjukkan bahwa kecenderungan untuk mengembangkan skizofrenia setidaknya 60% diturunkan. Seseorang memiliki peluang 6% hingga 17% akan berkembangkan skizofrenia jika orang tua atau saudara kandungnya menderita skizofrenia. Untuk populasi umum, peluangnya hanya 1%. Jika kembar identik (monozygotik) menderita skizofrenia, kemungkinannya 50% pada kembarannya, ini menunjukkan bahwa ada faktor lain dapat menentukan perkembangan skizofrenia, seperti faktor lingkungan, virus, dan stres yang disebutkan di atas. , Pada kembar nonidentik (dizigotik), insidennya adalah 17%. Penelitian telah menunjukkan bahwa anak angkat yang dibesarkan di lingkungan yang jauh dari orang tua kandung mereka yang menderita skizofrenia memiliki peluang lebih tinggi untuk mengembangkan gangguan itu sendiri. (Katherine M Fortinash and Patricia A Holoday Worret, 2012)

2. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang memiliki hubungan dengan skizofrenia termasuk keracunan, Polusi, infeksi, malnutrisi, cidera otak saat masih kanak kanak. Banyak penelitian menyatakan faktor lingkungan adalah segala sesuatu yang berasal dari makanan, virus yang berpengaruh pada bayi saat masih di dalam kandungan, lingkungan sosial dimana anak-anak tumbuh dan berkembang, penggunaan obat-obatan di usia belasan dan juga stres. (Katherine M Fortinash and Patricia A Holoday Worret, 2012)

Sekitar 50% penderita skizofrenia memiliki gangguan penggunaan zat, paling sering adalah golongan alkohol dan ganja. (Gail W Stuart, 2016)

13.5.3 Neurobiologi

Studi menunjukkan bahwa korteks prefrontal dan korteks limbik mungkin tidak sepenuhnya berkembang pada orang dengan skizofrenia. Penelitian neurobiologi yang terus konsisten dalam kejadian skizofrenia adalah terjadinya penurunan volume otak dan perubahan sistem neurotransmitter

Neuroanatomi, Area korteks frontal terlibat dalam gejala negatif skizofrenia, sistem limbik (lobus temporal) terlibat dalam gejala positif skizofrenia, sistem neurotransmitter menghubungkan daerah ini, khususnya dopamin dan serotonin dan selanjutnya adalah glutamat. (Gail W Stuart, 2016) Perilaku Psikotik bisa saja berhubungan adanya lesi otak area frontal, temporal dan limbik dan adanya disregulasi sistem neurotransmitter yang menghubungkan daerah ini. Pemeriksaan *Computer tomography dan magnetic resonance imaging* dari struktur otak menunjukkan penurunan volume otak pada orang dengan skizofrenia. Gambaran hasil pemeriksaan berupa

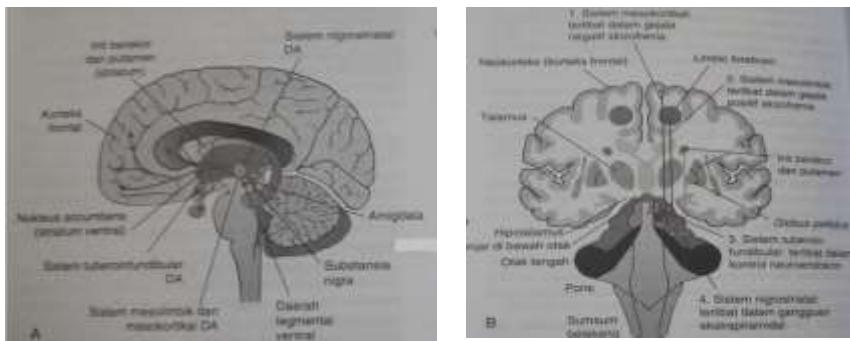
- Pembesaran ventrikel lateral
- Penurunan volume *gray matter hipokampus, intiberekor, talamus, insula, gyrus cingulate, gyru frontal inferior dan serebelum*
- *Atropi di lobus frontal dan struktur limbik (terutama hipokampus dan amigdala)*
- *Peningkatan ukuran sulci (celah)pada permukaan otak*

Talamus tampak menjadi lebih kecil dari rata-rata dan mengalami penurunan aktifitas pada beberapa orang dengan skizofrenia. Basal ganglia merupakan bagian dari sistem ekstrapiramidal bertanggung jawab untuk berbagai aspek gerakan

dan pembelajaran. Basal ganglia memiliki peran dalam fungsi kognitif dengan koneksi ke lobus frontal. Peningkatan aktifitas pada basal ganglia menyebabkan kelainan gerakan dan ucapan pada orang dengan skizofrenia.

Neurotransmitter, studi menunjukkan bahwa neurotransmitter menyebabkan hipotesa disregulasi untuk skizofrenia, yang menyatakan terjadinya mekanisme pengaturan homeostatis neuromodulator sehingga neurotransmisi tidak stabil atau tidak menentu. Ketidakstabilan neuro transmiter dapat diartikan terjadinya penurunan atau peningkatan neuro trasmiter. Artinya berlebihan atau berkurangnya kadar neuro trasmiter tertentu akan mempengaruhi munculnya gejala. **Hipotesa dopamin**, bahwa skizofrenia disebabkan oleh banyaknya aktivitas dopaminergik. Dopamin ditempukan dalam tiga bagian otak yaitu, substansia nigra motor tengah yang mempengaruhi gerakan dan koordinasi, Otak tengah yang melibatkan emosi dan memori, serta koneksi hipotalamus-pituitary yang melibatkan respon emosional dan pola coping stres. Dopamin memiliki jalur utama di otak yaitu jalur mesokortikal, jalur meso limbik, jalur tuberoinfundibular dan jalur nigrostriatal yang masing-masing jalur memiliki fungsi masing-masing di otak. Ketidakstabilan kadar dopamin di area-area tersebut akan mengakibatkan ketidakstabilan dan menimbulkan gejala. **Serotonin dan Glutaman** merupakan jenis neurotrasmitter yang juga berimplikasi pada skizofrenia, memblokir untuk mengurangi serotonin dan menstabilkan kadar serotonin. Sehingga gejala dapat berkurang.

Gambar 13.1 : Anatomi dan saluran dopamin di otak



Gambar A. Bagian midsagital menunjukkan rute anatomi perkiraan dari empat saluran dopamin B. Bagian koronal menunjukkan situs asal dan target dari semua empat saluran Dopamin .

(Sumber : Stuart, 2016)

13.5.4 Presipitasi

Presipitasi salah satu pemicu skzizofrenia adalah gangguan dalam umpan balik otak yang mengatur jumlah informasi yg didapat dalam waktu tertentu. Pemicu lain berupa stres tertentu yang mendahului episod baru dari penyakit, bisa yang berkaitan dengan sikap, lingkungan yang di respon sangat reaktif.

13.6 Skizofrenia dalam PPDGJ III dan DSM 5

Panduan penegakkan diagnosa mental disorder modern yang biasa dikenal dengan Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorder (DSM) sudah beberapa kali mengalami perbaruan. Muncul pertama kali di tahun 1952 sebagai DSM I, DSM II tahun 1968, DSM III tahun 1975 , DSM IV tahun 1994, DSM IV-TR Tahun 2000 dan hingga saat ini perbaruan terakhir pada DSM V yang di terbitan di tahun 2013. Di indonesia penegakkan diagnosa gangguan jiwa berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis

Gangguan Jiwa yang saat ini digunakan edisi yang ke III (PPDGJ-III) yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 1993).

Penegakkan diagnosa skizofrenia menurut PPDGJ III, kriteria penegakkan diagnosa skizofrenia memerlukan durasi waktu satu (1) bulan, tidak dibutuhkan adanya deteriorasi pada fungsi sosial dan okupasional. Terdapat satu kriteria utama dari 5 (halusinasi, waham, perilaku kacau, pembicaraan kacau dan gejala negatif ; menurun espressi emosional dan menurunnya minat)

Gambar 13.2 : Skizofrenia dalam DSM 5

Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders (72)

The following specifiers apply to Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders where indicated:

*Specify if: The following course specifiers are only to be used after a 1-year duration of the disorder:
First episode, currently in acute episode; First episode, currently in partial remission; First episode, currently in full remission; Multiple episodes, currently in acute episode; Multiple episodes, currently in partial remission; Multiple episodes, currently in full remission; Continuous; Unspecified

†Specify if: With catatonia (use additional code 293.89 [F06.1])

‡Specify current severity of delusions, hallucinations, disorganized speech, abnormal psychomotor behavior, negative symptoms, impaired cognition, depression, and mania symptoms

301.22	(F21)	Schizotypal (Personality) Disorder (75)
297.1	(F22)	Delusional Disorder. ^a ^b (75) Specify whether: Erotomanic type. Grandiose type. Jealous type. Persecutory type. Somatic type. Mixed type. Unspecified type. Specify if: With bizarre content
298.8	(F23)	Brief Psychotic Disorder ^a ^c (78) Specify if: With marked stressor(s). Without marked stressor(s). With postpartum onset
295.40	(F20.81)	Schizophreniform Disorder. ^b ^c (80) Specify if: With good prognostic features. Without good prognostic features
295.90	(F20.9)	Schizophrenia. ^a ^b ^c (83)
—	(—)	Schizoaffective Disorder ^a ^b ^c (89) Specify whether: Bipolar type Depressive type
295.70	(F25.0)	Substance/Medication-Induced Psychotic Disorder ^d (93) Note: See the criteria set and corresponding recording procedures for substance-specific codes and ICD-9-CM and ICD-10-CM coding.
295.70	(F25.1)	Specify if: With onset during intoxication. With onset during withdrawal
—	(—)	Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition. ^e (98) Specify whether:

293.81	(F06.2)	With delusions
293.82	(F06.0)	With hallucinations
293.89	(F06.1)	Catatonia Associated with Another Mental Disorder (Catatonia Specifier) (101)
293.89	(F06.1)	Catatonic Disorder Due to Another Medical Condition (102)
293.89	(F06.1)	Unspecified Catatonia (103)
		Note: Code first 781.99 (R29.818) other symptoms involving nervous and musculoskeletal systems.
298.8	(F28)	Other Specified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder (103)
298.9	(F29)	Unspecified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder (104)

Dalam SDM IV-TR setidaknya ada 5 tipe skizofrenia yaitu paranoid, hebefrenik (tidak terorganisir), katatonik, residual, dan skizofrenia tidak tergolongkan. Artinya apabila seseorang memenuhi kriteria skizofrenia, maka akan didiagnosa lebih lanjut dengan jenis skzifrenia tertentu, Contoh seseorang didiagnosa skizofrenia, tipe katatonik .

Namun disisi lain Skizofrenia merupakan penyakit otak yang kompeks dan sangat individual, artinya setiap individu akan mengalami hal secara unik. Orang dengan skizofrenia dapat menunjukkan gejala yang sesuai dengan lebih dari satu tipe skizofrenia. Terkadang bisa membingungkan para profesional dengan kondisi situasi yang ada pada penderita yang unik seperti ini. Maka dalam DSM 5 hanya ada satu gangguan skizofrenia dan lima jenis tipe yang pada DSM-TR 4 dihilangkan.

Namun pengetahuan tentang tipe.jenis skizofrenia dapat membantu seseorang memahami ciri dan karakteristik dari penderita skizofrenia dan membantu memahami apa yang sebenarnya terjadi pada skizofrenia.

Kriteria diagnosis untuk skizofrenia menurut DSM 5 (APA, 2013):

Terdapat dua atau lebih gejala berikut, yang masing masing muncul secara signifikan dalam periode 1 bulan (atau kurang jika berhasil di terapi). 2 gejala yang harus ada yaitu :

- Waham, halusinasi, pembicaraan kacau (derailment/inkoheren).

Gejala lain dapat berupa perilaku kacau atau katatonik yang nyata dan gejala negatif (menurunnya ekspresi emosional atau avolisi) (D. Surya Yudhantara and Ratri Istiqomah, 2018)

13.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia antara lain dengan pemberian psikofarmaka, Intervensi Psikososial berupa terapi perilaku, terapi keluarga, terapi kelompok dan psikoterapi individual (Harold I Kaplan and Benjamin J Sadock, 2010)

13.7.1 Psikofarmakologi

Agen farmakologis di gunakan untuk menjawab ketidakseimbangan zat kimiawi otak dan merupakan bagian utama dari tritmen pengobatan. Pengobatan farmakologi berupa pemberian obat **antipsikotik**. Jenis antipsikotik yang dikenal selama ini ada dua jenis yaitu jenis tipikal dan atipikal. Tahun 1950 obat-obat awal yang digunakan untuk mengatasi psikosis disebut dengan tipikal. Sedangkan golongan terbaru generasi kedua dimulai tahun 1990 dan dikenal dengan jenis atipikal.

Perbedaan jenis tipe obat antipsikotik ini terdapat pada mekanisme aksi farmakologi, efektivitas terapeutik spektrum yang diperluas dan efek samping yang berbeda. Obat antipsikotik generasi kedua sering dipertimbangkan sebagai pilihan pertama oleh para klinis untuk treatmen psikotik dan gangguan bipolar. Adapun jenis obat tipikal dan atipikal dapat dilihat pada Gambar 3 di bawah ini.

OBAT-OBAT ANTIPSIKOTIK ATIPIKAL DAN PSIKOTIK TIPIKAL				
NAMA GENERIK	KESEIMBANGAN TERAPEUTIK (POTENSI, mg)	PARUH WAKTU (jam)	DOSIS HARIAN UMUM DEWASA KISARAN (mg) ^a	PEMBERIAN
Obat Antipsikotik Atipikal				
Aripiprazole	5	50-80	5-30	PO, IM, L
Aserenapine	2,5-5	24	10-20	QDT
Clozapine	50	8-12	100-900	PO, QDT
Iloperidone	1	18-30	12-24	PO
Lurasidone	40	38	40-80	PO
Olanzapine	1	27	5-20	PO, QDT, IM
Paliperidone	1	23	3-12	PO
Risperidone	0,5	2-24	1-8-0,25-80 mg LA/V2 minggu	PO, I, LA, QDT
Quetiapine	50-100	7	50-750	PO
Ziprasidone	40	5	40-180	PO, IM, L
Obat Antipsikotik Tipikal				
Phenothiazines				
Chlorpromazine	100	23-31	200-1000	PO, IM, L, Sup
Thioridazine	100	24-36	200-800	PO, IM, L
Mesoridazine	50	24-42	75-200	PO, IM, L
Perphenazine	10	9	8-32	PO, IM, L
Trifluoperazine	5	24	5-20	PO, IM, L
Fluphenazine	2	22	2-60	PO, IM, L, LA
Fluphenazine decanoate	0,25-80 mg/ml	Setiap 2-3 minggu	12,5-60 setiap 2-4 minggu	LA
Thioxanthene				
Thiobzisene	4	34	5-30	PO, I, IM
Butyrophenones				
Haloperidol	2	24	2-20 ^b	PO, IM, L
Haloperidol decanoate	50-300	3 minggu	50-300 setiap 3-4 minggu	LA
Dibenzosazepine				
Loxapine	10	4	20-100	PO, IM, L
Diphenylmethyl/piperidine				
Pimozide	2	96	2-8	PO

Gambar 13.3 : Jenis anti psikotik Sumber (Stuart, 2016)

Antipsikotik Tipikal. Sebagian besar golongan tipikal adalah dopamin antagonis (DA). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor D2 postsinaptik pada beberapa saluran DA di otak , bertanggungjawab untuk menurunkan gejala gejala positif skizofrenia. Antipsikotik memiliki efek sinaptik lainnya yang bertanggungjawab untuk bentuk efeksamping yang luas. Sehingga pemilihan obat di tenukan oleh jenis dan beatnya efek samping yang terjadi. Sebagai contoh obat clorpromazin dapat mengurangi risiko gejala ekstrapiramidal dan haloperidol dapat meminimalkan hipotensi postural. Obat antipsikotik ini sama efektifnya dalam mengobati gejala positif namun kurang efektif dalam mengobati gejala negatif dibandingkan dengan atipikal. Antipsikotik tipikal

juga belum terlalu efektif mengobati gejala gangguan suasana hati dan kerusakan kognitif yang merupakan gejala lainnya dari skizofrenia.

Antipsikotik tipikal memiliki efeksamping Gejala ekstrapiramidal dan diskinesia tardif, yang sering membuat klien tidak patuh dengan regimen terapi yang diberikan. Efek samping lainnya dari jenis tipikal adalah maligna neuroleptik (NMS). (Gail W Stuart, 2016)

Antipsikotik Atipikal jenis atipikal bekerja menghambat dopamin 2 (D₂) dan serotonin 2 (5-HT₂) pada reseptor pasca sinap sebagai antagonis DA dan 5-HT. Antipsikotik atipikal juga bekerja untuk memperbaiki gejala positif skizofrenia seperti halnya golongan tipikal namun atipikal juga memperbaiki gejala-gejala negatif. Artinya golongan atipikal juga digunakan untuk mengobati gejala suasana hati, kekerasan, perilaku bunuh diri, perasaan bermusuhan, kesulitan bersosialisasi dan kerusakan kognitif. Efek dari atipikal menyebabkan sindrome metabolik yang berhubungan dengan penambahan berat badan, diabetes dan dislipidemia dan dapat mengakibatkan penyakit kardiovaskular dan dari sisi finansial lebih besar dibandingkan jenis tipikal. (Gail W Stuart, 2016)

Meskipun jenis jenis atipikal memiliki efektifitas yang sama namun dalam efek samping memiliki perbedaan. Adapun efeksamping tipikal dan atipikal dapat dilihat pada Gambar 4 di bawah ini.

PERBANDINGAN OBAT ANTIPSIKOTIK TIPIKAL DAN ATIPIKAL							
OBAT-obAT	ANTIPSIKOTIK TIPIKAL	CLITAZAPINE	RISERIDONE	OLANZAPINE	SILENEAPINE	ZIPRAZIDONE	ARIPRAZOLE
Dosis (mg/tiap)	0-100	20-100	2-8	0-25	100-150	50-100	5-20
Kategori penikahan, antipsikotik	Antipsikotik	Antipsikotik	Antipsikotik	Antipsikotik	Antipsikotik	Antipsikotik	Antipsikotik
Simpatiketik	-	-	-	-	-	-	-
Gajah-pantai-pantai	+++	+++	++	+++	++	++	+++
Gajah-pantai-pantai	+	++	++	++	++	++	++
Pengaruh pada kognisi-emosi	+	++	+	+	+	+	+
Gejala dan Efek Samping Antipsikotik Tipikal							
Depresi	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Agresi/Kelelahan	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Tuju, amnesia/mengingat	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Cari	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Gejala kardiovaskular dan genit	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Gejala endokrin	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Hiperaktivitas	-	-	-	-	-	-	-
Inkontinensi urinaria	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Inkontinensi faecal	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Sedasi	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----	+ 100%-----
Kering	-	-	-	-	-	-	-
Gatal/kering	-	-	-	-	-	-	-
Gejala dan Efek Samping Antipsikotik Atipikal							
	SEJAK	SP1		PERHARGAAN SERAT SADAR			
Depresi	Depresi	Depresi	Depresi	Depresi			
Agresi	Agresi	Agresi	Agresi	Agresi			
Gejala psikotik	Depresi	Depresi	Depresi	Depresi			
Bantuan	Bantuan	Bantuan	Bantuan	Bantuan			
Simpatiketik	Depresi	Depresi	Depresi	Depresi			
Antipsikotik	Depresi	Depresi	Depresi	Depresi			

Gambar 13.4 : Perbandingan Obat anti psikotik tipikal dan atipikal
Sumber : Stuart, 2016

OBAT-OBATAN	SEDASI	GEJALA EKSTRAPIRAMIDAL	EFEK ANTIKOLINERGIK	HIPOTENSI POSTURAL
Potensi Rendah:				
Chlorpromazine	+	-	-	+
Thioridazine	+	-	+	+
Clozapine	-	-	+	+
Olanzapine	+	0	+	+
Potensi Tinggi:				
Thioperazine	+	+	+	+
Thiotiobane	+	+	+	+
Lorazepam	+	+	+	+
Mesoridafazine	+	+	+	+
Perphenazin	+	+	+	+
Fluphenazin	+	+	+	+
Haloperidol	+	+	+	+
Risperidon	+	-	+	+

Gambar 13.5 : Efek Samping obat Antipsikotik
Sumber : Stuart 2016

13.7.2 Terapi perilaku

Penatalaksnaan skizofrenia harus ditujukan pada kemampuan positif yang di tunjukkan oleh klien dan kekurangan/perilaku negatif pasien. Teknik terapi perilaku dengan menggunakan reward dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi kebutuhan diri sendiri dan komunikasi interpersonal. Perilaku

adaptif didorong dengan pemberian pujian, reward. Dengan demikian perilaku adaptif dapat meningkat dan perilaku maladaptif seperti bicara lantang dan bicara sendiri di masyarakat dapat di turunkan.

Latihan keterampilan perilaku (*behavioral skill training*) sering dikenakan terapi keterampilan sosial dapat membantu dan berguna bagi pasien. Termasuk bagaimana klien melatih kontak mata yang buruk, lambat dalam berespon, ekspresi wajah yang aneh, kurangnya spontanitas dalam situasi sosial hal-hal ini dapat dilatih dengan pemberian terapi latihan keterampilan perilaku (*behavioral skill training*). Latihan dapat dilakukan dengan menggunakan video orang lain, video psien sendiri yang dianalisa bersama, role play dan pekerjaan rumah terkait keterampilan yang perlu dilatih bersama. Klien diajarkan melalui serangkaian modul terstruktur yang mengajarkan strategi, mengatasi efek perubahan hidup.

Terapi Perilaku Kognitif (Cognitive Behaviour Therapi) efektif sebagai tambahan untuk pengobatan antipsikotik. CBT metode untuk mengubah proses berpikir, perilakuan dan emosi. CBT menggunakan pendekatan psikoedukasi untuk dapat mengurangi gejala positif yang umum dari gangguan jiwa seperti halusinasi dan waham. CBT dapat meningkatkan coping melalui kepatuhan klien dan manajemen pengendalian gejala.

13.7.3 Terapi Keluarga

Bertujuan untuk mengajarkan keluarga tentang skizofrenia dan membantu mereka mengatasi penyakit. Kegiatan ini merupakan program khusus dengan menggunakan tenaga profesional yang dilatih secara khusus. Terapi keluarga untuk keluarga juga dapat dilakukan hal ini merupakan program swabantu .

13.7.4 Terapi Kelompok.

Terapi kelompok biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan realitas pada skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

- D. Surya Yudhantara and Ratri Istiqomah. 2018. *SINOPSIS SKIZOFRENIA UNTUK MAHASISWA KEDOKTERAN*. 1st edn. Malang : UB Press.
- Ferinauli, F., Narulita, S. and Hijriyati, Y. 2021. 'Effect of antipsychotic drugs and orthostatic hypotension on the risk of falling in schizophrenic patients', *Journal of Public Health Research*, 10(2). Available at: <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2184>.
- Gail W Stuart. 2016. *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. 1st edn. Edited by Budi Anna KEliat. Elsevier Singapore.
- Harold I Kaplan and Benjamin J Sadock. 2021. 'Sinopsis Psikiatri', in Widjaja Kusuma (ed.) *Sinopsis Psikiatri*. Tangerang : Binapura AksaraPublisher.
- Katherine M Fortinash and Patricia A Holoday Worret. 2012. *Psychiatric Mental Health Nursing*. fifth. Elsevier.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *RISKESDAS 2020*, <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>.
- Rilla Sovitriana. 2019. *Dinamika Psikologis kasus penderita skizofrenia*. Ponorogo: Uwais Inspirasi Indonesia.
- Sugeng Mashudi. 2021. *Asuhan Keperawatan Skizofrenia*. 1st edn. Surabaya: Global Aksara Pres.

BAB 14

PERILAKU ABNORMAL PADA ANAK DAN REMAJA

Oleh Titik Juwariah

14.1 Pendahuluan

Perilaku merupakan suatu aktifitas makhluk hidup yang dapat diamati baik secara langsung maupun tidak. Perilaku dapat di pelajari, dapat di tiru, dapat di bentuk bahkan perubahannya dapat di prediksi. Perilaku muncul sebagai aksi atau reaksi dari lingkungan, perubahan lingkungan akan menimbulkan reaksi dan membentuk perilaku baru. Perubahan perilaku akan terus terjadi di sepanjang perjalanan hidup manusia, dari masa bayi, anak, remaja hingga lansia.

Anak dan Remaja merupakan usia transisi menuju kedewasaan. Pada usia perkembangan menuju dewasa, remaja menjadi sangat labil karena diambang memasuki dunia baru, terjadi perubahan secara cepat dan luar biasa baik secara fisik, psikologis maupun sosial. Adaptasi pada masa ini memerlukan dukungan, arahan, dan pendampingan dari orang yang dapat dijadikan contoh dan panutan. Pengalaman yang kurang baik, trauma dan pergaulan yang salah dapat menjadikan anak dan remaja beraaksi di luar garis garis norma dan etik sehingga memiliki perilaku abnormal. Perilaku abnormal ini akan menjadi permanen apabila anak dan remaja tidak menyadari adanya kesalahan dalam berperilaku dan tidak ada intervensi dari lingkungan. Oleh karena itu perlu adanya perhatian khusus pada masa anak dan remaja, perlu pengenalan lingkungan yang baik, pengalaman yang menyenangkan dan menjauhkan anak serta

remaja dari pengalaman traumatis, untuk pembentukan perilaku yang normal.

14.2 Konsep Anak dan Remaja

1. Pengertian Anak dan Remaja

Anak adalah manusia kecil yang sedang dalam proses tumbuh dan berkembang secara fisik dan mental (Yusuf, 1982). Menurut Lesmana (2012), anak merupakan seseorang yang lahir ke dunia dari hasil perkawinan seorang perempuan dengan laki laki. Meskipun perempuan dan laki laki tersebut tidak melakukan pernikahan, anak tetap dikatakan sebagai anak. Sedangkan Sugiri dalam (Gultom, 2010) menyatakan batasan anak berdasarkan proses pertumbuhan dan perkembangan. Selama tubuh masih melakukan proses tumbuh dan berkembang maka masih di sebut anak, sampai proses tersebut berhenti yaitu usia 18 tahun untuk perempuan dan laki laki ketika berumur 21 tahun.

Menurut WHO (2021), remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10 sampai 19 tahun, sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah

Teori *psychoanalytic*, memandang remaja sebagai transisi dari masa anak ke masa dewasa. Masa ini merupakan periode kritis dalam siklus perkembangan kehidupan manusia dan merupakan masa yang lebih bermasalah dibandingkan masa-masa kehidupan lainnya. Remaja mengalami perubahan fisik, emosional, dan sosial serta kemungkinan paparan kemiskinan, pelecehan atau kekerasan. Hal tersebut dapat menjadi pemicu terhadap konflik internal dan eksternal yang mengakibatkan remaja menjadi lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental (IDAI, 2013; WHO, 2021). Masalah kesehatan mental memiliki konsekuensi yang serius terhadap perkembangan, produktivitas dan kualitas hidup remaja. Melindungi remaja dari kesulitan, memberikan pembelajaran tentang *socioemotional, mental wellbeing*, dan

memastikan kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan sangat penting untuk kesehatan dan kesejahteraan mereka selama masa remaja dan dewasa (WHO, 2021).

14.3 Konsep Perilaku

1. Pengertian

Menurut Khalid (2014), perilaku adalah perbuatan dari suatu organisme yang dapat di amati dan dapat di pelajari. Perilaku muncul sebagai aksi atau reaksi terhadap lingkungan. Oleh karena itu, perilaku dapat berubah setiap saat, perilaku dapat di bentuk dan perubahan perilaku dapat di prediksi.

Notoadmodjo(2012), menyebutkan bahwa berdasar respon terhadap stimulus yang di terima, perilaku manusia dapat di bedakan menjadi dua jenis yaitu:

a. *Covert Behavior* (Perilaku Tertutup)

Perubahan sebagai respon terhadap stimulus sudah terjadi, namun bersifat *unobservable* belum bisa diamati dengan jelas oleh orang lain atau dapat dikatakan belum bisa diamati dari luar. Respon yang terjadi dalam individu berupa pesepsi, perhatian, perasan, pandangan, pengetahuan dan sikap. *Covert Behavior* pada anak dan remaja dapat diukur berdasarkan pengetahuan dan sikap yang dimiliki.

b. *Overt Behavior* (Perilaku Terbuka)

Perubahan sebagai respon terhadap stimulus sudah terjadi, dan bersifat *observable*, bisa diamati dengan jelas oleh orang lain atau dapat dikatakan bisa diamati dari luar. Respon yang terjadi dalam individu berupa tindakan atau praktik. *Overt Behavior* pada anak dan remaja dinilai berdasarka hasil pengamatan atau observasi.

2. Perilaku Normal dan Abnormal

Normal adalah keadaan sehat atau dapat dikatakan non patologis, dalam hal fungsi keseluruhan. Sedangkan kondisi Abnormal merupakan menyimpang dari keadaan yang normal atau dapat dikatakan abnormal adalah suatu keadaan yang tidak lazim terjadi (Maramis, 1999).

Perilaku dikatakan normal jika sesuai dengan norma yang ada, atau dapat diterima oleh masyarakat umum. Perilaku normal mencerminkan sikap hidup yang sesuai dengan pola kelompok masyarakat di mana seseorang tinggal sehingga tercapai suatu hubungan interpersonal dan intersosial yang memuaskan (Kartono, 1989).

Abnormal behaviour adalah bentuk perilaku maladaptif. Perilaku ini merupakan tampilan dari kepribadian yang tidak sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Perilaku abnormal berkaitan dengan gaya hidup, tekanan dalam hidup dan masalah yang berkepanjangan atau kronis seperti; *phobia*, *eforia*, intoksi obat, dan penggunaan narkoba.

14.4 Perilaku Abnormal Pada Anak dan Remaja

1. Gangguan Kecemasan

Menurut Stuart kecemasan merupakan wujud penolakan individu yang menimbulkan perasaan takut. Kecemasan sering berhubungan dengan perkembangan dari trauma, seperti kehilangan, perpisahan, Sebagian besar seseorang merasa cemas dan tegang bila menghadapi situasi yang mengancam dan menekan.

Kecemasan merupakan reaksi yang normal terhadap *stress*. Kecemasan dianggap abnormal bila terjadi pada seseorang dalam situasi tertentu, dimana dalam situasi yang sama, kebanyakan orang dapat mengatasinya dengan mudah tanpa kecemasan atau dengan sedikit kecemasan saja. Dalam rentang cemas, dikatakan abnormal jika seseorang masuk

dalam tahap cemas berat dan panik. Kecemasan dialami bila individu mengalami kegagalan dalam mengendalikan perilaku maladaptif seperti fobia dan *obsesi kompulsif*. Berikut contoh dari kecemasan abnormal pada anak dan remaja:

a) *Generalized Anxiety*

Generalized Anxiety merupakan perasaan bersalah atau khawatir yang terus menerus dialami, anak dan remaja memiliki kecenderungan berespon secara berlebihan terhadap stimulus yang ringan atau bahkan sangat ringan. Anak dan remaja cenderung memberikan respon yang berlebihan pada stress yang ringan, sepanjang hari akan merasa gelisah dan hidup dalam ketegangan yang tinggi. Sedangkan anak dan remaja lain akan berespon biasa biasa saja atau hanya mengalami cemas ringan dengan stimulus yang sama.

Anak dan remaja yang mengalami kecemasan ini menunjukkan gejala sulit berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, mengalami gangguan tidur, cepat lelah, lelah sepanjang hari, sakit kepala dan jantung berdebar debar.

b) *Panic Attacks*

Serangan panik terjadi ketika keadaan berubah secara mendadak seperti kondisi memprihatinkan, teror, dan terjadi tekanan yang berlebihan. Anak dan remaja yang mengalami kondisi panik, meyakini bahwa sesuatu yang mengerikan bakal terjadi. Kondisi tersebut di dukung dengan perubahan fisik seperti jantung berdebar, sesak nafas, keringat dingin, Perasaan ini disertai dengan gejala seperti jantung berdebar, gemetar, pusing dan mual bahkan muntah. Gejala tersebut terjadi akibat aktifasi sistem saraf otonom.

c) *Fobia*

Fobia adalah kondisi ketakutan berlebihan yang di rasakan oleh seseorang terhadap sebuah objek atau

keadaan tertentu. Apapun bisa menjadi sumber fobia bahkan hal yang lucu. Berada di ketinggian, di keramaian, melihat darah dan mendengarkan suara keras bisa menjadi sumber fobia. Sekali waktu kita temui seseorang menjerit jerit ketakutan melihat kepiting kecil kecil yang berlarian dipantai, bulu ayam bahkan rambutan, badut dan jepit rambut. Padahal benda benda tersebut tak berefek pada orang lain, bahkan biasa di temui dan disukai banyak orang.

Berbeda dengan kondisi kecemasan, fobia mengandung ketakutan yang sangat spesifik. Rasa takut biasanya tidak didiagnosa sebagai gangguan fobia apabila rasa takut tersebut tidak sangat mengganggu.

Pada anak dan remaja, fobia bisa terjadi karena pengalaman yang menakutkan. Misalnya pernah naik perahu yang yang hampir terbalik, pernah jatuh atau terpeleset, pernah melihat kejadian atau film yang menunjukkan seseorang di terkam anjing. Fobia pada anak bisa terjadi hanya dengan melihat orang lain ketakutan melihat sesuatu sehingga anak akan melakukan hal yang sama ketika menerima rangsang yang serupa. Misalnya kakanya berlari ketakutan ketika melewati lorong gelap maka adiknya akan memiliki reaksi yang sama terhadap kegelapan. Misalnya ibunya menunjukkan ketakutan ketika melihat ulat maka anaknya akan ikut ketakutan berlebihan saat melihat ulat.

2. Gangguan Obsesi Kompulsif

Obsesi merupakan sebuah gangguan psikologis di mana seseorang terpaksa berpikir atau membayangkan hal yang tidak diinginkan secara terus menerus. Sedangkan kompulsif adalah desakan yang tak tertahankan untuk melakukan hal tertentu atau ritual tertentu karena suatu alasan. Kompulsif sangat berkaitan dengan obsesif, sehingga di sebut Obsesi kompulsif. Misalnya seseorang sebentar sebentar cuci tangan

karena yakin betul tanganya terkena atau terkontaminasi kuman.

Anak dan remaja yang mengalami perilaku obsesi kompulsif ini cenderung merasa sangat terganggu, tapi mereka tidak berdaya dengan fikiran dan desakan yang di alami.

3. Gangguan Afektif

Afek atau suasana hati atau *mood* adalah perasaan yang di alami seseorang dalam jangka waktu yang cukup lama. Individu yang mengalami gangguan afektif dapat merasakan kesedihan tak wajar (depresi), aktifitas berlebihan (manik) atau mengalami 2 hal tersebut berganti ganti.

Episode manik di tandai dengan penuh energi, antusias dan sangat percaya diri. Anak dan remaja yang mengalami manik cenderung banyak bicara, melakukan kegiatan berpindah pindah, ganti ganti tanpa lelah. Ide bermacam macam tapi tak diimbangi dengan pelaksanaan dan penyelesaian. Seperti itu terus menerus. Perilaku manik ini terkesan mendesak, mengekspresikan sebuah kebencian, pembalasan, ketidaksenangan dari pada ekspresi kegembiraan.

Anak atau remaja dapat mengalami gejala manik dan depresi secara bergantian dan dalam waktu yang hampir bersamaan. Keadaan ini di sebut dengan gangguan *Bipolar*.

4. Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan perilaku yang di tunjukkan dengan kekacauan kepribadian, distorsi realita, dan ketidakmampuan melaksanakan fungsi kehidupan sehari hari. *Skizofrenia* sering muncul pada usia anak dan remaja, puncaknya pada usia 25 s.d 35 tahun. Terjadi secara perlahan lahan, selanjutnya akan meningkat dengan cepat saat mengalami gejala pengasingan diri. *Skizofrenia* juga dapat terjadi secara mendadak atau tiba tiba, di awali dengan keranauan perilaku dan kekacauan emosi.

Anak dan remaja yang memiliki gaya hidup individual, suka menyendiri, bekerja sendiri dan merasa tidak aman memiliki risiko mengalami *Skizofrenia* lebih tinggi.

Keadaan kekacauan pikiran dan perhatian yang dialami diperlihatkan dengan adanya kesulitan dalam menyaring stimulus yang relevan. Semua stimulus yang masuk cenderung di respon secara bersamaan sehingga pembicaraan nya menjadi tak bermakna dan tidak memiliki tujuan atau inti, individu terus menerus berbicara tak berujung pangkal.

Keadaan kekacauan persepsi pada penderita *skizofrenia* di tunjukkan dengan ketidakmampuan individu dalam memahami sesuatu sebagai keseluruhan, dunia tampak lain di fikirnya.

Keadaan kekacauan afek ditunjukkan dengan ekspresi emosi yang datar/tumpul dalam menanggapi stimulus yang berbeda. Karena ekspresi yang datar tersebut Individu bisa saja tiba tiba marah marah atau menangis tanpa sebab yang jelas.

Gejala Delusi ditunjukkan dengan keyakinan adanya kekuatan eksternal yang mengendalikan. Gejala delusi ini terjadi pada tahap akut gangguan proses berpikir dan persepsi yang menyimpang. Beberapa delusi seperti delusi penganiayaan dan delusi kehebatan sering di alami penderita *skizofrenia* ini.

Gejala lain yang menyertai adalah halusinasi, baik halusinasi auditorik(mendengar suara suara yang tidak di dengar orang lain), halusinasi visual(melihat makhluk makhluk aneh seperti malaikat, hantu yang orang lain tak melihatnya), halusinasi sensorik (bau busuk, racun dan perasaan di sentuh atau merasa ada yang merayap di permukaan kulitnya).

5. Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian merupakan masalah kepribadian dimana penderitanya menggunakan cara cara negatif dan tidak konstruktif untuk menanggapi *stressor*

dalam kehidupan. Individu dengan gangguan kepribadian memilih cara cara yang tidak dewasa dan tidak wajar untuk menyelesaikan masalahnya.

Gangguan kepribadian merupakan salah satu gangguan atau masalah kejiwaan yang kronis. Ditandai dengan ciri ciri khas kepribadian patologis yang mengarah pada gangguan pengembangan dan pemeliharaan *interpersonal relationship*. Gangguan kepribadian ini sering sekali dialami seseorang pada masa remaja dan dapat menetap hingga dewasa (Paul M. G. *et.al*, 2013).

Hal ini sangat berbeda dengan seseorang yang mengalami gangguan kecemasan atau afektif yang sama-sama memiliki perilaku maladaptif. Individu dengan gangguan kepribadian tidak merasa terganggu atau cemas dengan perilaku maladaptifnya dan tidak ada kemauan untuk berubah. Individu juga tidak kehilangan kontak dengan realita, kekacauan perilaku tidak mencolok sebagaimana penderita skizofrenia.

14.5 Pemulihan Perilaku Abnormal

Perilaku abnormal pada anak dan remaja dapat menimbulkan kerugian bagi diri sendiri maupun lingkungannya. Pertanyaannya adalah, apakah perilaku abnormal diatas dapat di sembuhkan atau di ubah menjadi normal kembali?.

Selalu ada harapan bagi yang gigih berusaha. Langkah pertama dalam program pemulihan adalah membuat anak atau remaja dan orang-orang terdekat mereka menyadari bahwa ada hal yang salah dalam perilaku mereka, dan mengubah perilaku adalah hal yang penting. Beberapa pendekatan dilakukan para ahli untuk membantu penderita perilaku abnormal baik secara medis maupun non medis diantaranya adalah:

1. Cognitive Behavior Therapy(CBT)

Terapi perilaku kognitif di gunakan untuk penderita yang mengalami stress, kecemasan, depresi dan masalah lain yang berkaitan dengan kejiwaan. Tujuan terapi ini adalah untuk melatih kemampuan berpikir atau kemampuan kognitif dan perilaku yang adaptif (Davidson, 2007).

2. Elektro Convulsive Therapy(ECT)

Terapi ini di sebut juga terapi kejut listrik, merupakan salah satu bentuk dari terapi fisik yang menggunakan aliran listrik melalui otak, bertujuan untuk menginduksi kejang menyeluruh di darah susunan saraf pusat. Di amerika terapi *ECT* ini telah di terapkan kepada 70% pasien bipolar, dan 17% pasien *skizofrenia*. Beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan efek dari *ECT* terhadap peningkatan kognisi. Ada kemungkinan bahwa perbaikan gejala berkontribusi untuk peningkatan perhatian dan konsentrasi serta kerjasama (Sanghania *et al.*, 2018).

3. Psychosurgery

Psychosurgery merupakan tindakan pemotongan serabut saraf dengan penyinaran ultrasonik. Metode ini di lakukan untuk menolong pasien yang menunjukkan perilaku abnormal seperti gangguan berat dan kerusakan pada bagian otak. Tujuan dari psychosurgery adalah mengurangi symptom psikotik seperti disorganisasi proses pikiran, gangguan emosional, disorientasi waktu, ruang dan lingkungan, halusinasi dan delusi.

Pada pasien yang mengalami gangguan berat, pembedahan dilakukan terhadap serabut yang menghubungkan lobus frontal dengan sistem limbik atau dengan area tertentu dari hipotalamus.

DAFTAR PUSTAKA

- Davidson, K. 2007. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Guide for Clinicians* (1st editio). Routledge.
- Gultom, M. 2010. *Perlindungan Hukum Terhadap Anak dalam Sistem Peradilan Pidana anak di Indonesia*. Refika Aditama.
- IDAI. 2013. *Masalah Kesehatan Mental Emosional Remaja*. Idai.or.Id.
- Kartono, K. 1989. *Psikologi abnormal dan abnormalitas seksual / Kartini Kartono*. Mandar Maju.
- Khalid A. 2014. *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Perilaku Media dan Aplikasinya untuk Mahasiswa dan Praktisi Kesehatan*.
- Maramis, W. F. 1999. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Erlangga university press.
- Paul M. G. Emmelkamp, Paul M. G. Emmelkamp, J. H. K. 2013. *Personality Disorders*. Psichologi Press.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315824406>
- Sanghania, S. N., Petridesa, G., & and Charles H. Kellnerb. 2018. Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 213–222.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1097/YCO.00000000000000418>
- Soekidjo Notoadmodjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Putra.
- WHO. 2021. *Adolescent Mental Health*. Who.Int.
- Yusuf, A. M. 1982. *Pengantar Ilmu Pendidikan*. Ghalia Indonesia.

BAB 15

GANGGUAN KOGNITIF DAN GANGGUAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENUAAN

Oleh Maretia Akhriansyah

15.1 Konsep Lansia dan Proses Menua

15.1.1 Definisi Lansia dan Proses Menua

Lansia (Lanjut Usia) merupakan kelompok manusia yang telah memasuki tahapan akhir fase kehidupan (Sudargo *et al.*, 2021). Seseorang dianggap lanjut usia jika pada usia 60 tahun atau lebih, terkadang lansia tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar fisik, spiritual, atau sosialnya (Wahjudi, 2008). Lansia merupakan tingkat tmbuh kembang akhir dari tumbuh kembang manusia dan manusia sudah memiliki pengalaman hidup yang lebih banyak dibanding tumbuh kembang usia lain (Sitanggang *et al.*, 2021).

Lansia merupakan seseorang yang umurnya sudah tua yang masuk dalam tahapan lanjut pada proses kehidupan. Sementara semua orang berharap bisa hidup sampai tua, perubahan struktur dan fungsi tubuh seringkali mengakibatkan berbagai masalah kehidupan, termasuk masalah mental (Yusuf *et al.*, 2015).

Proses penuaan melibatkan sejumlah faktor yang saling berhubungan. Hingga saat ini, terdapat banyak definisi dan teori yang tidak konsisten tentang proses penuaan. Proses penuaan umumnya disebut sebagai perubahan negatif, terikat waktu, progresif. Karena kondisi ini, membuat lebih sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan dan bertahan hidup (Dewi R.S, 2015).

Setiap orang yang dikaruniai dengan umur panjang berharap untuk melalui proses penuaan alami pada suatu saat dalam hidup mereka (Muhith and Siyoto, 2016). Tingkat di mana proses ini terjadi bervariasi dari orang ke orang. Selain faktor keturunan atau genetik, gizi atau makanan, status kesehatan, pengalaman hidup, lingkungan, dan stress, penuaan juga dapat terjadi secara kronologis (Muhith and Siyoto, 2016). Masa emas atau disebut juga masa tua adalah masa dimana lansia tidak selalu dapat hidup mandiri, memerlukan perawatan, dan bermanfaat bagi diri sendiri dan lingkungan (Festy, 2018).

15.1.2 Teori Proses Penuaan

Tahap terakhir dari kehidupan seseorang disebut usia tua, dan ini adalah saat ketika mereka telah "bergerak jauh" dari periode sebelumnya, yang lebih mengasyikkan dan berharga (Triningtyas and Muhayati, 2018).

Dalam proses penuaan, kita mulai kehilangan kekuatan, kelincahan, kecepatan, kesehatan, kecerdasan dan kecantikan. Dengan beradaptasi dan penerimaan diperlukan untuk menyesuaikan perubahan, menerima kondisi tubuh tersebut atau dapat menjadi traumatis bagi beberapa individu (Jafferany and França, 2015).

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan penuaan, yaitu sebagai berikut.

1. Teori Biologi

Menurut (Yusuf *et al.*, 2015) teori biologi dibagi menjadi dua bagian, yaitu teori genetik/mutasi dan teori nongenetik. Studi tentang kehidupan dan organisme hidup, termasuk struktur, fungsi, pertumbuhan, evolusi, distribusi, dan taksonomi, dikenal sebagai teori biologi dalam ilmu alam (Muhith and Siyoto, 2016). Gagasan bahwa penuaan fisik ditandai dengan perubahan fungsi dan struktur pada tingkat molekuler yang berlangsung hingga kematian. Selain itu, tujuan dari kumpulan teori ini adalah untuk

memberikan penjelasan tentang faktor-faktor yang menyebabkan munculnya variasi yang berbeda dalam proses menua (Asih, 2012).

Pada konsep teori ini menjelaskan proses fisik penuaan termasuk perubahan fungsi, struktur, pengembangan, panjang usia, kematian, perubahan tingkat molekul dan sel dalam sistem organ utama, serta kemampuannya untuk berfungsi optimal dan melawan penyakit. Teori biologis mencakup teori genetik dan mutasi, *immunology slow theory*, teori stres, teori radikal bebas dan teori rantai silang (Sudargo *et al.*, 2021).

Menurut Bonham Howe, 2014 mengatakan bahwa Teori kesalahan dan teori yang dapat diprogram adalah dua subbidang utama dari teori penuaan. Menurut teori terprogram terjadi beberapa mekanisme biologis dalam kode genetik kita menyebabkan penuaan. Menurut teori kesalahan, efek lingkungan yang berkepanjangan merusak DNA, protein, dan sel kita dari waktu ke waktu, menyebabkan organ dan sistem tubuh memburuk dan berhenti berfungsi (Sitanggang *et al.*, 2021).

2. Teori Sosial

Teori sosial meliputi akibat ataupun pengaruh sosial terhadap sikap manusia yang memandang pada perilaku, kepercayaan diperilaku lanjut usia. Terdapat sebagian berbagai teori sosial, antara lain ialah teori kegiatan (*activity theory*), teori karakter bersinambung(*continuity theory*), teori pembebasan(*disengagement theory*), teori subkulture, teori strati kasi umur serta teori penyesuaian orang dengan daerah (Muhith and Siyoto, 2016).

Interaksi sosial yang dilakukan oleh lansia terjadi berdasarkan atas hukum pertukaran dan jasa. Keterampilan lanjut usia guna menjalani interaksi sosial ialah kunci untuk mempertahankan status sosialnya. Interaksi sosial pada

lansia yang berkurang disebabkan oleh kekuasaan dan prestisinya berkurang (Sudargo *et al.*, 2021). Meskipun lansia disarankan untuk tidak melepaskan peran mereka atau berpartisipasi aktif dalam proses penuaan, mereka memilih peran mana yang akan dipertahankan atau dihilangkan berdasarkan pengalaman sebelumnya. Tidak perlu mengubah peran lansia yang hilang, dan lansia dapat memilih dari berbagai strategi coping (Sunaryo *et al.*, 2016).

3. Teori Psikologis

Teori psikologis menunjang gagasan jika kehidupan orang berumur yang lebih tua berakhir pada saat mereka sudah menggapai seluruh tingkat pertumbuhan psikologis mereka (Sitanggang *et al.*, 2021). Perubahan aspek psikologis pada lansia meliputi perubahan kognisi dan afeksi (Mauk, 2010 dalam Sudargo *et al.*, 2021).

Teori psikologis terdiri dari Teori Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow, Teori Individual Jung, Teori Delapan Tingkat Perkembangan Erikson dan Optimalisasi Selektif dengan kompensasi. Pada dasarnya perkembangan seseorang akan terus berjalan meskipun orang tersebut telah menua (Sunaryo *et al.*, 2016).

Karena respon emosional yang berlebihan dapat memperparah kondisi fisik lansia, maka orang dengan kecerdasan emosional yang buruk biasanya akan kesulitan menghadapi usia tua (Sudargo *et al.*, 2021). Berbeda dengan implikasi biologi pada kerusakan anatomi, teori psikologi berfokus pada sikap dan perilaku yang berubah seiring bertambahnya usia (WIDIYAWATI and SARI, 2020).

4. Teori Spiritual

Teori spiritual mendukung gagasan bahwa seseorang individu yang lebih tua menemukan kebutuhan spiritual,

semakin dekat individu tersebut dengan kematian. Lansia memiliki keinginan yang rendah untuk bersama-sama dengan orang lain dan lebih nyaman sendirian (Sitanggang *et al.*, 2021).

Pada masa lansia, lebutuhan akan aagama menjadi meningkat dikarenakan kedudukan manusia sebagai makhluk yang beragama (*homo religius*). Lansia yang memiliki tingkat religiositas yang tinggi cenderung lebih mampu memaknai setiap kejadian secara positif sehingga kehidupannya lebih bermakna serta terhindar dari stres dan depresi (Sudargo *et al.*, 2021). Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan, lansia semakin matur dalam kehidupan keagamaan (Gemini *et al.*, 2021).

Berdasarkan uraian teori diatas dapat disimpulkan bahwa setiap lansia akan mengalami proses penuaan baik secara biologi, sosial, psikologi maupun spiritual sehingga kondisi tersebut merupakan suatu faktor yang mempengaruhi lansia mencapai kebahagiaan dan kesejahteraan hidup.

15.1.3 Klasifikasi Lansia

Menurut Notoatmojo, 2007 dalam Sudargo *et al.*, 2021 Klasifikasi pengolongan lanjut usia bisa ditinjau dari aspek biologi, sosial serta batas umur, yakni sebagai berikut :

1. Aspek biologi

Lansia merupakan individu yang telah mengalami proses penuaan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ.

2. Aspek sosial

Lansia merupakan suatu kelompok tersendiri. Bagi masyarakat tradisional Asia, lansia menduduki kelas sosial yang tinggi yang harus dihormati oleh masyarakat.

3. Aspek umur

Pendekatan usia ialah pendekatan yang sangat mungkin buat mendefinisikan lanjut usia secara benar. Beberapa pendapat mengenai pengelompokan usia adalah sebagai berikut.

- a. Menurut *Kamus Besar Bahasa Indonesia* (1995), lanjut usia (lansia) adalah tahap masa tua dalam perkembangan individu dengan batas usia 60 tahun ke atas.
- b. Menurut UU RI No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, lansia adalah seseorang yang telah mencapai 60 tahun ke atas.
- c. Kementerian Kesehatan RI
 - 1) Kelompok pertengahan usia (45-55 tahun) merupakan kelompok umur dalam masa fertilitas (masa persiapan umur lanjut yang menampilkan kepekaan fisik serta kemampuan jiwa).
 - 2) Kelompok umur lanjut dini (55-64 tahun) merupakan kelompok dalam masa pensiun yang mulai memasuki usia lanjut.
 - 3) Kelompok usia lanjut (65 tahun ke atas).
 - 4) Kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi (lebih dari 70 tahun) merupakan kelompok usia lanjut yang hidup sendiri serta mengidap penyakit berat ataupun cacat.
- d. *World Health Organization* (WHO)
 - 1) Usia pertengahan adalah kelompok umur 45-59 tahun.
 - 2) Usia lanjut adalah kelompok umur 60-70 tahun.
 - 3) Usia lanjut tua adalah kelompok umur 75-90 tahun.
 - 4) Usia sangat tua adalah kelompok umur 90 tahun ke atas.
- e. Menurut *Second World Assembly on Aging* (SWAA), lansia yaitu seseorang yang berumur 60 tahun keatas menurut

pengelompokan di negara berkembang atau 65 tahun ke atas menurut pengelompokan di negara maju.

Jika ditinjau berdasarkan populasinya, lansia bisa di klasifikasikan menjadi (Ida Untari *et al.*, 2021) :

1. Lanjut usia yang sehat.
2. Lanjut usia dengan penyakit akut/kronis.
3. Lanjut usia dengan sakit ringan/sedang.
4. Lanjut usia dengan sakit akut besar.
5. Lanjut usia dengan sakit.
6. Lanjut usia dengan gangguan mental (dimensia berat).
7. Lanjut usia yang perlu bantuan rehabilitasi.
8. Lansia dengan penyakit terminal.

15.1.4 Tipe Lansia

Lansia dapat dikelompokan menjadi beberapa tipe yang tergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, social dan ekonomi yang dibagi menjadi (Dewi R.S, 2015) :

1. **Tipe Optimis**
Lansia senang dan santai, penyesuaian berjalan dengan baik, dan mereka melihat lansia sebagai kesempatan untuk memuaskan kebutuhan pasifnya.
2. **Tipe Konstruktif**
adalah dapat dipercaya, mampu menikmati hidup, toleran, humoris, mudah menyesuaikan diri, dan sadar diri. Biasanya, sifat ini terlihat pada usia muda.
3. **Tipe Ketergantungan**
Tipe seperti ini masih dapat diterima oleh masyarakat, tetapi dia selalu pasif, tidak ambisius, sadar diri, tidak berinisiatif, dan tidak dapat bertindak secara praktis.
4. **Tipe Defensif**
Memiliki riwayat pekerjaan dan posisi yang tidak stabil, selalu menolak bantuan, memiliki emosi yang tidak

terkontrol, terjebak pada rutinitas, selalu aktif, takut bertambah tua, dan menikmati masa pensiun.

5. Tipe Militan dan Serius

Lansia yang tidak mudah menyerah, serius, senang, berjuang dan bisa menjadi panutan.

6. Tipe Pemarah Frustasi

Lansia mudah tersinggung, tidak sabar dan tegang, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan kecocokan yang buruk dan sering mengungkapkan penyesalan hidupnya.

7. Tipe Bermusuhan

Lansia yang agresif dan curiga, dan mereka terus-menerus mengeluh dan percaya bahwa orang lain yang harus disalahkan atas kegagalan mereka. Biasanya memiliki pekerjaan yang tidak stabil ketika dia masih muda, menganggap bertambah tua itu buruk, khawatir akan kematian, cemburu pada orang muda, dan suka mengeluh.

8. Tipe Putus Asa

Bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, kurang ambisi, mengalami penurunan sosio ekonomi, tidak mampu beradaptasi membuat lansia marah dan tertekan, dan mereka memandang usia tua sebagai tidak menarik dan berguna.

15.1.5 Ciri-ciri Lansia

Menurut (Kholifah, 2016 ; Sitanggang *et al.*, 2021) ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut :

1. Lansia mengalami masa kemunduran

Lansia dapat mengalami kemunduran fisik dan mental, Lansia dengan motivasi rendah seringkali juga mengalami penurunan fisik yang cepat, sedangkan lansia dengan motivasi tinggi mengalaminya lebih lambat.

2. Lansia sebagai kelompok minoritas
dapat menyebabkan kurangnya toleransi terhadap orang lain, yang seringkali menimbulkan persepsi negatif dari masyarakat.
3. Penuaan membutuhkan perubahan peran
Jika lansia menduduki suatu posisi di masyarakat, diharapkan mereka dapat mengubah peran mereka sendiri karena fungsinya yang semakin berkurang.
4. Perlakuan yang kurang baik pada lansia
Seringkali menimbulkan konsep diri yang buruk pada lansia. Penyesuaian diri yang buruk pada lansia Misalnya, lansia dalam sebuah keluarga sering dikecualikan dari pengambilan keputusan karena sudut pandang mereka dianggap kuno. Orang tua dapat mengembangkan gangguan penarikan sebagai hasilnya.

15.1.6 Masalah Kesehatan Pada Lansia

Perubahan fisiologis pada lansia terkait dengan proses penuaan menjadi penyebab yang tidak dapat dihindari dari menurunnya fungsi sistem anatomi dan fisiologi pada lansia. Perubahan tersebut dapat menjadi salah satu faktor dari terjadinya berbagai masalah kesehatan yang terjadi pada lansia. Selain itu faktor kebiasaan faktor kebiasaan perawatan kesehatan selama masa dewasa juga menjadi faktor yang penting. Banyaknya lansia yang mengalami penyakit saat di usia lanjut akibat gaya hidup yang tidak sesuai dengan perawatan kesehatan mandiri (Sitanggang *et al.*, 2021).

Seiring bertambahnya usia, seseorang akan mengalami proses penuaan yang meliputi kemunduran fisik, mental dan sosial secara berlahan sampai orang tersebut tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari lagi. Perubahan fisik yang terjadi meliputi perubahan sel dan perubahan sistem organ, baik persarafan, pendengaran, kardiovaskuler, respirasi, gastrointestinal, endokrin, kulit dan muskuloskeletal (Sudargo *et al.*, 2021).

Masalah kesehatan mengganggu lansia yaitu fungsi tubuh, ketahanan, dan faktor risiko penyakit semuanya menurun akibat masalah ini yang diawali dengan penurunan sel. Malnutrisi, gangguan keseimbangan, kebingungan mendadak, dan masalah kesehatan lainnya sering terjadi pada lansia. Selain itu, termasuk demensia, osteoporosis, hipertensi, dan kondisi lain yang sering menyerang lansia (Siti Nur Kholifah, 2016).

Masalah keperawatan psikologis yang dialami lansia adalah ansietas, yang dapat mempengaruhi hubungan interpersonal, konsep diri, fungsi kognitif, status fisiologi dan aspek kehidupan lainnya. Sedangkan untuk masalah insomnia terdapat enam diagnosis keperawatan utama untuk respons psikofisiologis maladaptif adalah resiko perilaku rawan kesehatan, penolakan tidak efektif, nyeri kronis, insomnia, gangguan tidur, stres yang berlebihan (Stuart, 2021). Masalah psikologis pada lansia bisa mengalami terjadinya depresi, rasa cemas, dan dimensia (Sudargo *et al.*, 2021).

Masalah yang sering dialami oleh lansia adalah dimensia, merupakan penyakit degeneratif yang sering menyerang lansia yang di akibatkan oleh kerusakan sel-sel otak yang menyebabkan terjadinya penurunan global dalam kemampuan mental seperti ingatan, bahasa, dan persepsi visual (pengenalan ruang dan tempat) serta pengambilan keputusan (Pranata *et al.*, 2021). Sedangkan menurut (WIDIYAWATI and SARI, 2020), masalah psikososial yang sering dilamai oleh lansia, yaitu Kesepian, Duka cita (*Bereavement*), Depresi, ansietas, Parafrenia, Sindroma Diogenes.

Efek penuaan dapat mengakibatkan berbagai masalah atau kemunduran fisik, biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan keuangan. Sebagai akibat langsung dari kondisi yang memburuk, kesehatan fisik seorang lanjut usia secara otomatis akan memburuk. Akan terjadi peningkatan biaya pelayanan kesehatan, penurunan pendapatan, peningkatan kecacatan, kurangnya

dukungan sosial, dan lingkungan yang tidak ramah bagi lansia jika lansia memiliki masalah kesehatan (Ekasari *et al.*, 2019).

15.2 Konsep Kognitif

Jika seseorang berumur panjang, niscaya ia akan mengalami bertambahnya usia dengan membatasi keterbatasannya. Masa hidup terakhir manusia, di mana seseorang mengalami kemunduran fisik/biologis, mental, dan sosial secara bertahap, akan dikurangi oleh pengaturan alam, dan setiap orang akan mengalami proses menjadi tua dan merasa tua. Gangguan depresi dan gangguan kognitif adalah dua penyakit mental yang sering menyerang lansia. Terlepas dari kontroversi, tes kecerdasan jelas menunjukkan penurunan kecerdasan pada orang tua, menurut penelitian pada aspek kognitif dan kemampuan memori orang tua (Wahyudi, 2014).

Penurunan fungsi kognitif adalah alasan utama mengapa orang lanjut usia membutuhkan bantuan untuk menjaga diri mereka sendiri. Hal ini karena Sistem Saraf Pusat (SSP) mengalami perubahan biokimia dan perubahan anatomi seiring bertambahnya usia, seperti penyusutan otak. Studi tersebut menemukan bahwa 77,4 persen dari mereka yang mengikuti tes MMSE memiliki fungsi kognitif normal, 20,8 persen memiliki kemungkinan gangguan kognitif, dan 1,8 persen memiliki gangguan kognitif yang pasti. Di sisi lain, 64,2% dari mereka yang mengikuti ujian Mini Cog memiliki fungsi kognitif normal, 28,3% memiliki kemungkinan gangguan kognitif, dan 7,5% memiliki gangguan kognitif yang pasti (Manurung *et al.*, 2016). Hasil pemeriksaan gangguan kognitif menggunakan *Montreal Cognitive Assessment versi Indonesia (MoCA-Ina)* pada 25 lansia didapatkan hasil 76% mengalami gangguan kognitif ringan (Mild kognitif), sedangkan 16% telah menunjukkan gejala demensia (Akbar *et al.*, 2020).

15.2.1 Pengertian Kognitif

Kognitif adalah keyakinan seseorang terhadap sesuatu yang berasal dari pemikiran tentang seseorang atau sesuatu (Adriani Benya R et al., 2021). Menurut Sunarti dan Pratama (2002), kognitif adalah proses kerja pikiran yang meliputi kesadaran akan objek pikiran atau persepsi, aspek pengamatan, pemikiran, dan ingatan.

Kapasitas individu untuk menghubungkan, mengevaluasi, dan mempertimbangkan suatu peristiwa atau peristiwa disebut sebagai pemikiran kognitif. Tingkat inteligensi (kecerdasan) seseorang berkaitan dengan proses kognisi, yang utamanya berfokus pada ide dan pembelajaran (Sujiono et al., 2013).

15.2.2 Fungsi Kognitif pada Lanjut usia

Penurunan kognitif pada lansia mungkin tidak terhindarkan saat mereka mendekati usia tua. Kehilangan memori, juga dikenal sebagai kepikunan, adalah salah satu yang paling umum terjadi pada lansia. Dibawah ini beberapa perubahan fungsi kognitif yang dialami oleh lanjut usia :

1. Daya ingat/*memory*

Kehilangan daya ingat merupakan gangguan kognitif pertama yang akan terjadi pada lansia. Ingatan jangka pendek orang tua akan memburuk selama 0-10 menit, tetapi ingatan jangka panjang mereka tidak akan banyak berubah. Untuk mendengar sesuatu yang baru (dari TV atau film) yang tidak terlalu menarik minat Anda. Hal ini akan sulit disampaikan kepada lansia (Azizah, 2011).

2. IQ (*Intellegent Quocient*)

Skor tes yang mengukur kemampuan verbal dan kuantitatif seseorang disebut sebagai IQ (intelligent quotient). Kecerdasan cair, seperti mengingat daftar, memori bentuk geometris, kecepatan menemukan kata, memecahkan masalah, kecepatan respon, dan perhatian

yang cepat teralihkan, termasuk fungsi intelektual yang mengalami kesulitan (Azizah, 2011).

3. Kemampuan untuk belajar (*learning*)

Orang tua masih memiliki kesempatan untuk belajar dari pengalamannya dan memunculkan ide-ide baru. Memberikan kegiatan yang berkaitan dengan proses pembelajaran yang telah disesuaikan dengan kondisi setiap lansia yang dilayani di pelayanan kesehatan jiwa lansia, baik promotif-promotif, kuratif, maupun rehabilitatif (Azizah, 2011 dalam Pranata *et al.*, 2021).

4. Kemampuan pemahaman

Kapasitas untuk memahami Pada lansia semakin berkurang. Ini karena konsentrasi dan fungsi pendengaran orang tua telah memburuk. Melakukan kontak mata atau saling memandang adalah cara terbaik untuk berkomunikasi dengan penyedia layanan lanjut usia. Lansia dapat membaca gerak bibir orang lain dengan melakukan kontak mata, sehingga memudahkan mereka memahami apa yang dikatakan orang lain dan mengatasi gangguan pendengaran. Sikap hangat dalam berkomunikasi akan menimbulkan rasa aman dan penerimaan, memungkinkan lansia merasa dihargai dan lebih bahagia (Azizah, 2011 dalam Pranata *et al.*, 2021).

5. Pemecahan masalah

Jumlah masalah yang dihadapi senior semakin meningkat. Di masa lalu, banyak masalah mudah dipecahkan. Namun, seiring bertambahnya usia, indra penciuman dan perasa mereka berkurang. Kendala lainnya adalah berkurangnya daya ingat, pemahaman, dan lain-lain yang membutuhkan proses pemecahan masalah yang lebih lama (Azizah, 2011 dalam Pranata *et al.*, 2021).

6. Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan pada lansia sering lamban atau tampak tertunda. Akibatnya, orang lanjut usia membutuhkan petugas atau pemandu yang mengingatkan. Kekecewaan dan kemungkinan memburuknya kondisi lansia akan diakibatkan oleh keputusan yang dibuat tanpa berkonsultasi dengan mereka. Lebih baik bagi lansia untuk memegang posisi terhormat saat mengambil keputusan (Azizah, 2011 dalam Pranata *et al.*, 2021).

7. Motivasi

Motivasi dapat berasal dari fungsi afektif dan kognitif. Motif kognitif lebih menekankan pada kebutuhan manusia akan informasi dan tujuan tertentu. Motif berdasarkan emosi lebih menekankan pada kebutuhan individu untuk merasa dengan cara tertentu. Banyak hal yang diinginkan terhenti di tengah jalan karena kurangnya dukungan fisik dan psikologis terhadap motivasi tersebut (Azizah, 2011 dalam Pranata *et al.*, 2021).

Penilaian fungsi kognitif penting dilakukan untuk menentukan status kesehatan dan kesejahteraan suatu lansia. Penilaian status kognitif yang standar dilakukan dengan menggunakan instrumen *mini-mental state examination* (MMSE). MMSE merupakan instrumen uji kognitif yang paling sering digunakan untuk menilai beragam kondisi atau penyakit yang menyebabkan gangguan kognitif (Sunarti and Pratama, 2022). Scrining fungsi kognitif bisa dilakukan melalui observasi langsung maupun pengumpulan informasi penting yang di dapat dari anggota keluarga, teman, perawat pasien dan sebagainya (Sunarti *et al.*, 2019).

15.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Fungsi Kognitif pada Lansia

Manusia akan mengalami penurunan intelektual secara fisiologis seiring bertambahnya usia. Penurunan ini dapat berkisar dari kelupaan sederhana hingga kepikunan (demensia). Pelupa, merupakan bentuk gangguan kognitif yang paling ringan. Diperkirakan 39% orang dewasa yang lebih tua antara usia 50 dan 59 mengalaminya, meningkat menjadi lebih dari 85% pada mereka yang berusia di atas 80 tahun (Adriani Benya R *et al.*, 2021).

Proses penuaan otak dan bertambahnya usia merupakan dua faktor yang berkontribusi terhadap penurunan fungsi kognitif pada lansia. Otak berubah seiring bertambahnya usia, yang merupakan bagian dari proses penuaan. Menurut Pranata *et al.*, lobus frontal (0,55%) dan lobus temporal (0,28%) sama-sama mengalami penurunan volume tahunan (Pranata *et al.*, 2021).

Degenerasi dan penuaan, penyakit Alzheimer, malnutrisi, dan gangguan pada sistem saraf pusat, seperti suplai oksigen yang tidak memadai ke otak, semuanya diketahui mengganggu fungsi kognitif. Gangguan orientasi waktu, ruang, dan tempat, serta kesulitan menerima ide-ide baru, merupakan salah satu masalah yang sering dihadapi oleh lansia yang mengalami perubahan mental atau gangguan kognitif (Manurung *et al.*, 2016).

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor pertama yang meningkatkan risiko penurunan kognitif pada lansia. Wanita lebih mungkin mengalami penurunan kognitif dibandingkan pria karena hormon seks estrogen berperan dalam perubahan fungsi kognitif. Faktor kedua adalah pola makan. Wanita dengan penyakit Alzheimer adalah 74% lebih mungkin mengalami kekurangan vitamin D dibandingkan pria, berkisar antara 25% sampai 54%. Diantara ketiga status kesehatan tersebut, hipertensi merupakan salah satu faktor penyakit utama yang berkontribusi terhadap penurunan kognitif pada lansia. Keempat, pendidikan: Pendidikan lansia dapat memberikan dampak tidak langsung terhadap fungsi

kognitif seseorang, antara lain melalui pelatihan (indirect training) (Jahanbin, 2013 dalam Martina *et al.*, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani Benya R, Dwi Sulistyowati, Ros endah Happy Patriyani, Koko Whyu Tarnoto, Susan Susyanti, Suryanti, Rachmawaty M. Noer, 2021. BUKU AJAR KEPERAWATAN GERONTIK. Penerbit Adab.
- Akbar, R.R., Pitra, D.A.H., Anissa, M., Haiga, Y., Triyana, R., 2020. Deteksi Dini Gangguan Kognitif dan Depresi Pada Lansia. Din. J. Pengabdi. Kpd. Masy. 4, 673–678.
- Asih, W., 2012. PROSES MENUA. comphisticated.
- Azizah, L.M., 2011. Keperawatan lanjut usia. Yogyak. Graha Ilmu.
- Dewi R.S, S.Kep.N., 2014. Buku Ajar Keperawatan Gerontik, ed. 1. ed. Deepublish.
- Ekasari, M.F., Riasmini, N.M., Hartini, T., 2019. Meningkatkan kualitas hidup lansia konsep dan berbagai intervensi. Wineka Media.
- Festy, P., 2018. Lanjut Usia Perspektif dan Masalah. UMSurabaya Publishing.
- Gemini, S., Yulia, N.R., Roswandani, A.S., M.Kep, H.M.P., SKM „S. Kep „, Ns, M.Kes, D.E.S., S. Kep, M.Kep, H., S. Kep „, Ns, MS, S.A., SST, Psikolog, N.M.J., MPsi, M.Kes, P.S., S. Kep „, Ns „S. KM, M.Kes, G.S., SKM „, SKep „, Ns, 2021. Keperawatan Gerontik. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Ida Untari, I., Wijayanti, W., Dewi Pertiwi Dyah Kusudaryati, D., 2021. BUKU KADER; Menuju Lansia Sehat dan Mandiri. Thema Publ.
- Jafferany, M., França, K., 2015. Geriatric psychodermatology: psychocutaneous disorders in the elderly. Nova Biomedical.
- Manurung, C.H., Karema, W., Maja, J., 2016. Gambaran fungsi kognitif pada lansia di Desa Koka Kecamatan Tombulu. E-Clin. 4.

- Martina, S.E., Gultom, R., Siregar, R., Satya, A., 2021. REMINISCENCE MEMBANTU MENCEGAH KEJADIAN DEMENSIJA PADA LANSIA. Zahir Publishing.
- Muhith, A., Siyoto, S., 2016. Pendidikan Keperawatan Gerontik. CV Andi Offset.
- Pranata, L., Fari, N.A.I., Kep, M., Sukistini, A.S., SE, M., 2021. KEPERAWATAN GERONTIK “Pengelolaan & Penatalaksanaan Lansia Gangguan Insomnia.” LPP Balai Insan Cendekia.
- Sitanggang, Y.F., Frisca, S., Sihombing, R.M., Koerniawan, D., Tahulending, P.S., Febrina, C., Purba, D.H., Saputra, B.A., Rahayu, D.Y.S., Paula, V., 2021. Keperawatan Gerontik. Yayasan Kita Menulis.
- Siti Nur Kholidah, S.N.K., 2016. Keperawatan Gerontik.
- Stuart, G.W., 2021. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart, edisi Indonesia 11. Elsevier Health Sciences.
- Sudargo, T., Aristasari, T., Aulia 'Afifah, Prameswari, A.A., Ratri, F.A., Putri, S.R., 2021. ASUHAN GIZI PADA LANJUT USIA. UGM PRESS.
- Sujiono, Y.N., Zainal, O.R., Rosmala, R., Tampiomas, E.L., 2013. Hakikat Pengembangan Kognitif. Metod Pengemb Kogn 1-35.
- Sunarti, S., Pratama, M.Z., 2022. Serba-Serbi Pelayanan Day Care untuk Lanjut Usia. Universitas Brawijaya Press.
- Sunarti, S., Ratnawati, R., Nugrahenny, D., Mattalitti, G.N.M., Ramadhan, R., Budianto, R., Pratiwi, I.C., Prakosa, A.G., 2019. Prinsip Dasar Kesehatan Lanjut Usia (Geriatri). Universitas Brawijaya Press.
- Sunaryo, M.K., Rahayu Wijayanti, S.K., Kep, M., Kom, S., Kuhu, M.M., SKM, M., Sumedi, N.T., Widayanti, E.D., Sukrillah, U.A., Riyadi, N.S., 2016. Asuhan keperawatan gerontik. Penerbit Andi.
- Triningtyas, D.A., Muhyati, S., 2018. Mengenal lebih dekat tentang lanjut usia. CV. Ae Media Grafika.

- Wahjudi, N., 2008. Keperawatan gerontik & geriatrik Edisi 3. EGC Jkt.
- Wahyudi, N., 2014. Keperawatan gerontik dan geriatrik Edisi 3. Jkt. ECG.
- WIDIYAWATI, W., SARI, D.J.E., 2020. Keperawatan gerontik. Literasi Nusantara.
- Yusuf, A., Pk, R.F., Nihayati, H.E., 2015. KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA. Salemba Med. 366.

BIODATA PENULIS



Sandy Ardiansyah

Dosen di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Sandy Ardiansyah menjadi tenaga pengajar di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu sejak tahun 2015. Lahir di Pendopo, Kabupaten Penukal Abab Lematang Ilir (PALI), Provinsi Sumatera Selatan tahun 1990. Latar pendidikan penulis diawali pada jenjang Diploma III Gizi di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta (2008-2011), kemudian jenjang Sarjana diselesaikan pada Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Malang (2013). Penulis selama 2 tahun sempat bekerja sebagai Ahli Gizi di RSUD Talang Ubi, Kab Penukal Abab Lematang Ilir (PALI), Provinsi Sumatera Selatan hingga 2015.

Pada tahun 2019-2021 penulis melanjutkan pendidikan *Master (M.S.)* di *School of Nutrition and Health Sciences, Taipei Medical University (TMU)*, Taiwan. Sejak tahun 2022, penulis bertugas sebagai PNS di Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan (Passkas) Kementerian Kesehatan RI.

Organisasi yang diikuti penulis diantaranya adalah Wakil Ketua di Komisi Kesehatan Direktorat Penelitian dan Kajian Perhimpunan Pelajar Indonesia (PPI) Dunia 2020/2021. Selain itu, penulis juga merupakan Badan Pengurus Harian (BPH) di Perhimpunan Pelajar Indonesia (PPI) Taiwan 2020/2021. Saat ini, penulis menjabat sebagai Wakil Ketua II di Organisasi Ikatan

Sarjana Gizi Indonesia (ISAGI) Periode 2019-2024, dan Ketua Yayasan Makanan Minuman Indonesia (YAMMI) Provinsi Bengkulu. Riset yang dilakukan penulis terkait stunting, sindrom metabolismik, dan gizi dalam daur kehidupan (*human nutrition*). Korespondensi dengan penulis bisa melalui:
sandy.ardiansyah@passkas.kemkes.go.id

BIODATA PENULIS



Ns. Ichlas Tribakti, S.Kep., M.Kep
Dosen Program Studi Keperawatan
Stikes Ummi Bogor

Penulis lahir di Bonea, tanggal 02 Desember 1991. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (2012-2017), Profesi Ners di Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (2018-2019), Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2019-2021).

Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Stikes Ummi Bogor, Mengajar di Prodi Sarjana Keperawatan dan Prodi Profesi Ners serta menjabat sebagai Kepala Bidang Kemahasiswaan dan Alumni.

Email : ichlastribakti85@gmail.com

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Suprapto., M. Kes
Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan
Politeknik Sandi Karsa

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2007. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Sarjanan Keperawatan dan profesi Ners dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2012. Kemudian penulis menyelesaikan studi Magister Kesehatan pada tahun 2013 dan pada tahun 2021 penulis menyelesaikan Program Doktoral. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain itu penulis. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti penulis juga aktif sebagai editor in chief, review jurnal nasional terakreditasi dan beberapa jurnal internasional bereputasi serta menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menekuni menjadi Dosen, LLDIKTI 9 memberikan penghargaan sebagai salah satu Dosen Tetap Yayasan dengan masa

pengabdian 10 tahun pada tahun 2022. Email;
atoenurse@gmail.com; <https://researchid.co/rid20509>

BIODATA PENULIS



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes, Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kali di Poltekkes Kemenkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah dipublikasikan di berbagai Jurnal Nasional dan International bertema tentang Keperawatan Anak. "Setiap hari selalu ada yang ingin di buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangat untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu". Motto hidup "Hidup Sekali, Hidup Berarti". Email : yunike@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Indra Febriani

Dosen pada Program Studi Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Palembang

Indra Febriani, Penulis merupakan dosen pada Program Studi Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Palembang. Lahir di Palembang tahun 1962, menyelesaikan pendidikan Diploma III di Akper Depkes Palembang tahun 1985, S1 SDM Pendidikan di Universitas Muhammadiyah Palembang, Magister Kesehatan Masyarakat di selesaikan di Universitas Indonesia pada Tahun 2001. Penulis mengabdikan diri sebagai dosen di keperawatan sampai sekarang. Penulis juga aktif dalam melaksanakan tridharma perguruan tinggi, melaksanakan penelitian dan mempublikasikan hasil penelitian pada jurnal nasional dan internasional, aktif mengikuti pelatihan dan pertemuan ilmiah baik lokal maupun nasional, dan menjadi pembicara pada pertemuan ilmiah.

BIODATA PENULIS



Eli Saripah, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kep.J
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Palu

Penulis lahir di Palu tanggal 20 Mei 1985. Penulis adalah Dosen pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palu, Sulawesi Tengah, menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan S2 dan Spesialis pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis menekuni bidang Menulis dan berkarya guna kebermanfaatan buat pembaca.

BIODATA PENULIS



Gama Bagus Kuntoadi, S.KG, MARS
Staf Dosen Prodi Rekam Medis & Infokes

Penulis lahir di Jakarta, tanggal 23 Juli 1976. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Rekam Medis & Infokes, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widya Dharma Husada Tangerang untuk mata kuliah Anatomi Fisiologi, Patofisiologi, dan Terminologi Medis. Penulis menyelesaikan pendidikan S1-nya di Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Prof. DR. Moestopo (beragama) dan melanjutkan S2-nya di Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Universitas Respati Indonesia.

Penulis pernah bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Perekam Medis & Infokes (APIKES) Bhumi Husada Jakarta untuk mata kuliah Anatomi Fisiologi, Patofisiologi, dan Terminologi Medis. Selain itu penulis juga pernah menjabat sebagai kepala Unit Fungsi Penelitian dan Pengembangan di APIKES Bhumi Husada, dan juga menjadi editor jurnal MEDICORDHIF milik APIKES Bhumi Husada Jakarta.

Penulis juga pernah bekerja sebagai dosen tamu di STIKes Tarumanagara dan STIKes Banten. Selain itu penulis pernah bekerja sebagai guru tetap di SMK Keperawatan Riksa Indrya

Banten untuk mata pelajaran Anatomi Fisiologi dan Dokumentasi Keperawatan.

Email: okudagama@gmail.com/gamabaguskuntoadi@wdh.ac.id

BIODATA PENULIS



**Ns. Zakiyah, S.Kep., M. Kep., Sp. Kep. J.
Email: zakiyah@binawan.ac.id**

Dosen Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan
Kebidanan, Universitas Binawan

Penulis lahir di Bekasi, tanggal 17 September 1978. Penulis mengawali pendidikan tingginya dengan menyelesaikan pendidikan D3 keperawatan di akademi keperawatan Abdi Nusantara (saat ini STIKes Abdi Nusantara) lulus tahun 1999, melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di FIK-UI lulus tahun 2003, Pendidikan ners di FIK-UI lulus tahun 2004, pendidikan S2 Keperawatan Jiwa di FIK UI lulus tahun 2016, dan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa FIK-UI lulus tahun 2017. Penulis mengawali karirnya dengan bekerja menjadi staf di Akper Abdi Nusantara (2000-2005), Menjadi sebagai staf magang dan tenaga honorer di ruang Psikiatrik Intensive Care Unit (PICU) RS Marzoeki Mahdi Bogor (2005-2006), dan saat ini menjadi staf dosen tetap di Prodi Keperawatan Universitas Binawan Jakarta sejak (2005 – saat ini). Saat ini penulis juga aktif menjadi pengurus Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) wilayah DKI Jakarta. Sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan kegiatan tridarma perguruan tinggi dengan melaksanakan kegiatan pendidikan dan pengajaran,

penelitian, serta pengabdian masyarakat khususnya di bidang keperawatan kesehatan jiwa. Penulis juga aktif dalam pertemuan-pertemuan ilmiah di tingkat nasional maupun internasional terutama di bidang kesehatan jiwa. Semoga tulisan pada buku ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membacanya.

BIODATA PENULIS



Dr. Ira Kusumawaty, S.Kp., M.Kes., MPH

Penulis kelahiran Surabaya ini menekuni bidang keperawatan jiwa, psikologi dan komunikasi. Pendidikan yang telah diikuti mulai dari sarjana keperawatan dan magister kesehatan di Universitas Indonesia, Master of Public Health di Koninklijk Instituut voor de Tropen di Amsterdam dan Pendidikan doktoral Ilmu Kedokteran dan Kesehatan di Universitas Gadjah Mada. Berbagai kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, mempublikasikan karya ilmiah dan kegiatan organisasi profesi telah memberikan banyak pengalaman yang semakin memperkokoh dan menguatkan akar keilmuan yang digelutinya. Mengikuti pertemuan ilmiah tingkat nasional maupun internasional telah memperluas wawasan dan perspektif terhadap dunia kesehatan khususnya keperawatan kesehatan jiwa. Perspektif luar biasa dalam memandang manusia sebagai mahluk ciptaan Allah yang harus dihormati, dihargai dan dijunjung tinggi harkat dan martabatnya, mengarahkan pola pikir dan interaksi terhadap sosok manusia. Ketertarikan penulis untuk memahami keunikan mind, body and soul menjadi dimensi yang sangat penting sebagai fondasi pengembangan interaksi yang terapeutik. Torehan pemikiran maupun cuplikan kata sederhana dalam buku

ini, memberikan bukti kecintaannya untuk selalu mengembangkan diri dalam bidang keperawatan.

Email: irakusumawaty@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Muji Rahayu, S.Si., M.Sc. Apt.
Dosen Program Studi D3 Teknologi Laboratorium Medis
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Penulis lahir di Gunungkidul tanggal 15 Juni 1966. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Teknologi Laboratorium Medis Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Farmasi dan Pendidikan Profesi Apoteker pada Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta, dan melanjutkan S2 pada Program Studi Ilmu Kedokteran Dasar dan Biomedis FK UGM pada peminatan Biokimia.

BIODATA PENULIS



Egy Sunanda Putra, M. Gz

Dosen Program Studi Promosi Kesehatan
Jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jambi

Penulis lahir di Bangko tanggal 25 Juni 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Promosi Kesehatan Jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jambi. Menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Gizi (2015) Universitas Respati Yogyakarta dan S2 Ilmu Gizi dari Universitas Indonesia (2018). Penulis aktif melakukan tridharma perguruan tinggi, tim pakar audit stunting provinsi Jambi, pembicara di forum ilmiah, menulis artikel baik di media digital (linisehat), aktif publikasi artikel baik nasional dan internasional, pengajar atau fasilitator dan supervisor penelitian tingkat nasional (Studi Status Gizi Indonesia 2021 dan Survey Status Gizi Indonesia 2022). Penulis menguatkan perannya sebagai ahli gizi yang tergabung sebagai pengurus Dewan Pimpinan Daerah Persatuan Ahli Gizi Indonesia Provinsi Jambi (DPD PERSAGI Jambi) dan Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI).

BIODATA PENULIS



Sari Narulita, SKp, M.Si

Dosen Program Studi Keperawatan

Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

Lahir di Talang Padang, 17 Juni 1976 Penulis menyukai prosesi keperawatan dan memilih melanjutkan studi di jurusan keperawatan Poltekkes Tanjung Karang tahun 1994 dan pada tahun 1998 penulis melanjutkan studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2001. Setelah itu penulis mencoba memperkaya keterampilan dan pengalaman klinis keperawatan dengan bekerja di rumah sakit. Penulis melanjutkan studi lanjut Magister dan pada tahun Tahun 2005 penulis memilih meniti karir sebagai Dosen tetap di Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan di konsil Keperawata Jiwa Komunitas hingga saat ini. Penulis aktif di Organissasi Keperawatan Jiwa sebagai Pengurus Ikatan Perawat Keperawatan Jiwa (IPKJI) Wilayah Jakarta dari tahun 2009 hingga saat ini. Kegiatan sebagai dosen dilakukan dalam memberikan pengajaran, melakukan penelitian dan Pengabdian kemasyarakatan serta melakukan publikasi baik nasional dan International. Semoga tulisan ini dapat memberikan ilmu manfaat bagi siapa saja yang

mebacanya dan manfaat untuk profesi keperawatan. Email
Penulis: sari@binawan.ac.id / s_narulita@yahoo.com

BIODATA PENULIS



Titik Juwariah, SKp., M.Kes.
Dosen Program Studi S1 Keperawatan
Stikes Ganesha Husada Kediri

Penulis lahir di Madiun pada tanggal 01 Juni 1972. Penulis adalah dosen DPK Kopertis VII Jawa Timur yang di tugaskan di Stikes Ganesha Husada Kediri Program Studi S1 Keperawatan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, menyelesaikan S2 di Magister Kesehatan Masyarakat di universitas Airlangga dan sedang menempuh pendidikan S3 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya.

BIODATA PENULIS



Ns. Maretia Akhriansyah, S.Kep., M.Kep.

Dosen Program Studi Keperawatan
STIK Bina Husada Palembang

Penulis lahir di Betijaya pada tanggal 30 Maret 1985. Penulis merupakan dosen tetap di STIK Bina Husada Palembang Program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas Sumatera Barat. Saat ini penulis aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Sumatera Selatan.