

Eka Sri Handayani, S.Psi., M.Psi., Psikolog



KESEHATAN MENTAL

MENTAL HYGIENE

KESEHATAN MENTAL
(MENTAL HYGIENE)

Eka Sri Handayani, S.Psi., M.Psi., Psikolog



UNIVERSITAS ISLAM KALIMANTAN

MUHAMMAD ASRYAD AL-BANJARI

BANJARMASIN

2022

KESEHATAN MENTAL(MENTAL HYGIENE)

Penulis :

Eka Sri Handayani, S.Psi., M.Psi., Psikolog

Editor :

Akhmad Rizkhi Ridhani, M.Pd., Kons

Penyunting :

Rudi Haryadi, M.Pd

Desain Sampul dan Tata Letak :

Muhammad Zaini, S.Pd

Penerbit :

Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al-Banjari
Banjarmasin

Redaksi :

Jl. Adhyaksa No.2 Kayutangi Banjarmasin 70123

Cetakan Pertama 2022

ISBN : 978-623-7583-86-8

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari Penerbit. Isi diluar tanggung jawab penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke Hairat Allah SWT, Alhamdulillah penulis telah dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul KESEHATAN MENTAL (MENTAL HYGIENE).

Buku ini di susun dalam upaya memenuhi kebutuhan para pembaca, khususnya mahasiswa yang memiliki hasrat untuk menegtahui kesehatan mental dan usaha-usaha untuk mengembangkan mental yang sehat (Mental Hygiene).

Kesehatan mental memberikan dampak terhadap kehidupan sehari-hari atau masa dengan seseorang, termasuk anak-anak dan remaja. Merawat dan melindungi kesehatan mental anak-anak merupakan aspek yang penting, yang dapat membantu perkembangan anak lebih baik di masa depan.

Dalam buku ini dipaparkan konsep-konsep kesehatan mental, baik melalui kajian psikologis maupun agama dan juga berdasarkan pengatama, fenomena dan situasi yang kita alami bersama yaitu Pandemi COVID 19 yang banyak juga mempengaruhi kesehatan mental saat ini.

Mengakhiri pengantar ini, semoga kehadiran buku ini bermanfaat bagi kita semua, lebih khusus bagi yang membacanya aamiin.

Banjarmasin, Mei 2022

Penulis,

Eka Sri Handayani, S.Psi., M.Psi., Psikolog

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I KESEHATAN MENTAL (MENTAL HYGIENE)	1
A. Sejarah Pergerakan Kesehatan Mental	1
1 Era Pra-Ilmiah	5
2 Era Ilmiah (Modern)	7
B. Kesehatan Mental	15
1 Pengertian Kesehatan Mental	15
2 Prinsip Kesehatan Mental	17
3. Fungsi Kesehatan Mental.....	24
4. Ruang Lingkup Kesehatan Mental.....	30
5. Kesehatan Mental di Bidang Politik	35
6. Kesehatan Mental di Bidang Hukum	35
7 Kesehatan Mental Kehidupan Beragama	36
RINGKASAN	37
DAFTAR PUSTAKA	38

**BAB II KARAKTERISTIK MENTAL YANG SEHAT SERTA
PENYESUAIAN DIRI DAN KESEHATAN MENTAL..... 40**

- A. Pengertian Mental Health atau Kesehatan Mental40
- B. Karakteristik Mental Health.....47
- C. Penyesuan Diri.....54
- D. Keterkaitan Penyesuaian Diri dengan Kesehatan Mental89
- E. Penyesuaian Diri yang Normal91

RINGKASAN 96

DAFTAR PUSTAKA 98

**BAB III CENDERUNGNYA PERKEMBANGAN KESEHATAN
MENTAL MASYARAKAT MODERN SERTA PENGARUH
AGAMA TERHADAP KESEHATAN MENTAL 100**

- A. Pengertian Kesehatan Mental100
- B. Perkembangan Kesehatan Mental Era Modern101
- C. Kecenderungan Perkembangan Kesehatan Mental Masyarakat
Modern108
- D. Kesehatan Mental Anak dan Remaja di Masa Kini.109
- E. Agama Dan Pengaruhnya Terhadap Kesehatan Mental115
- F. Konsep Kesehatan Mental Dalam Al-Qur'an Dari Perspektif
Tafsir Al – Mishbah.....118
- G. Implikasi Peran Agama Bagi Kesehatan Mental Terhadap
Pendidikan Agama.....125

RINGKASAN 128

DAFTAR PUSTAKA 132

BAB IV GANGGUAN JIWA DAN KECEMASAN (*ANXIETY*)

.....	134
A. Gangguan Jiwa	134
1. Pengertian	134
2. Jenis-jenis gangguan jiwa	135
3. Proses diagnosis gangguan jiwa.....	143
4. Diagnosis Blok	149
5. Diagnosis Multiaksial	154
6. Rincian diagnosis Multiaksial	156
B. Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	161
1. Pengertian.....	161
2. Pola Respon Cemas	162
3. Teori Teori Kecemasan.....	163
4. Faktor kecemasan	166
5. Faktor-faktor psikologi	169
6. Faktor kesehatan	170
7. Gejala dan tanda kecemasan	171
8. Gangguan anxiety	172
9. Tipologi Gangguan Kecemasan	174
10. Kepribadian Pada Gangguan Kecemasan	186

11. Intervensi Gangguan Kecemasan.....	187
RINGKASAN	191
DAFTAR PUSTAKA	193
BAB V STRESS DAN MANAJEMEN STRESS DI MASA PANDEMI COVID-19	195
A. Pendahuluan	195
B. Kesehatan Mental	199
1. Definisi Kesehatan Mental.....	199
2. Prinsip Kesehatan Mental	202
3. Aspek-aspek Kesehatan Mental	203
4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental	205
C. Stress	208
1. Definisi Stress.....	208
2. Penyebab Stress	209
3. Stres dan Imunitas.....	215
4. Stres dan Kesehatan Mental di Masa Pandemi COVID-19.....	217
5. Manajemen stress.....	219
6. Pencegahan Stres	220
RINGKASAN	224
DAFTAR PUSTAKA	226

BAB VI KONSEP GANGGUAN KEPERIBADIAN	229
A. Gangguan Kepribadian	229
1. Definisi Gangguan Kepribadian.....	229
2. Etiologi Gangguan Kepribadian.....	230
3. Jenis-Jenis dan Gambaran Gangguan Kepribadian	235
4. Terapi Gangguan Kepribadian	241
B. GANGGUAN KEPERIBADIAN ANTI SOSIAL	249
1. Definisi gangguan kepribadian antisosial.....	249
2. Etiologi	252
3. Diagnosis Gangguan Kepribadian Antisosial.....	253
4. Pengobatan Gangguan Kepribadian Antisosial	255
C. GANGGUAN SEKSUAL	255
1. Definisi gangguan seksual	255
2. Etiologi	256
3. Beberapa gangguan Seksual.....	256
4. Terapi Gangguan Seksual	278
D. GANGGUAN ZAT DAN PENYALAHAN GUNA ZAT	280
1. Definisi	280
2. Faktor yang menyebabkan penyalahgunaan zat	283
3. Pengobatan Penyalahgunaan Zat.....	285

4. Gangguan yang Berkaitan Dengan Zat	287
RINGKASAN	293
DAFTAR PUSTAKA	295
BAB VII SIMPTON KHUSUS DI BERBAGAI MACAM GANGGUAN PADA KESEHATAN MENTAL	297
A. Gangguan Tingkah Laku	297
B. Gangguan Perkembangan.	301
C. Gangguan Makan.....	307
D. Gangguan Eliminasi	311
E. Gangguan Tidur	313
F. Gangguan Masa Kanak-kanak	314
G. Gangguan-gangguan Kebiasaan	317
RINGKASAN	322
DAFTAR PUSTAKA	324
BAB VIII PENYESUAIAN DIRI ANAK-ANAK LUAR BIASA DAN GANGGUAN PSIKONEUROSIS	327
A. Penyesuaian Diri Anak-Anak Luar Biasa	327
1. Intelegensi.....	327
2. Anak Berbakat Intelektual	337
3. Retardasi Mental	342
4. Cacat Fisik	367
B. Gangguan Psikoneurosis.....	378
1. Gangguan Somatoform	379

2. Gangguan Disosiatif	401
3. Amnesia Psikogenik	403
4. Fugue Psikogenik.....	406
5. Kepribadian Ganda (Multiple Personality)	407
6. Depersonalisasi (Depersonalization).....	408
7. Kesurupan atau Trance	410
8. Simtom	411
9. Gangguan Unipolar.....	420
10. Bunuh Diri	450
11. Gangguan-gangguan Psikofisiologis lainnya	456
RINGKASAN	466
DAFTAR PUSTAKA	468

BAB I

KESEHATAN MENTAL (MENTAL HYGIENE)

A. Sejarah Pergerakan Kesehatan Mental

Sejak abad-19 di Jerman yakni pada tahun 1875 M, kajian mengenai kesehatan mental sudah dikenal. Pada pertengahan abad ke-20 kajian tentang kesehatan modern. Kesehatan mental sebagai ilmu yang praktik dan banyak dipraktikkan dalam kehidupan manusia sehari-hari, baik dalam bentuk bimbingan dan konseling yang dilaksanakan disemua aspek kehidupan individu, misalnya dalam rumah tangga, sekolah-sekolah, lembaga-lembaga pendidikan dan dalam masyarakat.

Awal mula munculnya kesehatan mental hanya terbatas pada individu yang mempunyai gangguan kejiwaan dan tidak diperuntukkan bagi setiap individu pada umumnya. Namun, pandangan tersebut bergeser, kesehatan mental tidak terbatas pada individu yang memiliki gangguan kejiwaan tetapi juga diperuntukkan bagi individu yang mentalnya sehat yakni bagaimana individu tersebut mampu mengeksplor dirinya sendiri kaitannya dengan bagaimana ia berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya.

Beratus-ratus tahun yang lalu orang menduga bahwa penyebab penyakit mental adalah syaitan-syaitan, roh-roh jahat dan dosa-dosa. Oleh karena itu para penderita penyakit mental dimasukkan dalam penjara-penjara di bawah tanah atau dihukum dan diikat erat-erat dengan rantai besi yang berat dan kuat. Namun, lambat laun ada usaha-usaha kemanusiaan yang mengadakan perbaikan dalam menanggulangi orang-orang yang terganggu mentalnya ini. Philippe Pinel di Perancis dan William Tuke dari Inggris adalah salah satu contoh orang yang berjasa dalam mengatasi dan menanggulangi orang-orang yang terkena penyakit mental. Masa-masa Pinel dan Tuke ini selanjutnya dikenal dengan masa pra ilmiah karena hanya usaha dan praksis yang mereka lakukan tanpa adanya teori-teori yang dikemukakan.

Masa selanjutnya adalah masa ilmiah, dimana tidak hanya praksis yang dilakukan tetapi berbagai teori mengenai kesehatan mental dikemukakan. Masa ini berkembang seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan alam di Eropa.

Dorothea Dix merupakan seorang pionir wanita dalam usaha-usaha kemanusiaan berasal dari Amerika. Ia berusaha menyembuhkan dan memelihara para penderita penyakit mental dan orang-orang gila. Sangat banyak jasanya dalam memperluas dan memperbaiki kondisi dari 32 rumah sakit

jiwa di seluruh negara Amerika bahkan sampai ke Eropa. Atas jasa-jasa besarnya inilah Dix dapat disebut sebagai tokoh besar pada abad ke-19.

Tokoh lain yang banyak pula memberikan jasanya pada ranah kesehatan mental adalah Clifford Whittingham Beers (1876-1943). Beers pernah sakit mental dan dirawat selama dua tahun dalam beberapa rumah sakit jiwa. Ia mengalami sendiri betapa kejam dan kerasnya perlakuan serta cara penyembuhan atau pengobatan dalam asyulum-asyulum tersebut. Sering ia didera dengan pukulan-pukulan dan jotosan-jotosan, dan menerima hinaan-hinaan yang menyakitkan hati dari perawat-perawat yang kejam. Dan banyak lagi perlakuan-perlakuan kejam yang tidak berperikemanusiaan dialaminya dalam rumah sakit jiwa tersebut. Setelah dirawat selama dua tahun, beruntung Beers bisa sembuh.

Di dalam bukunya "A Mind That Found Itself", Beers tidak hanya melontarkan tuduhan-tuduhan terhadap tindakan-tindakan kejam dan tidak berperikemanusiaan dalam asyulum-asyulum tadi, tapi juga menyarankan program-program perbaikan yang definitif pada cara pemeliharaan dan cara penyembuhannya. Pengalaman pribadinya itu meyakinkan Beers bahwa penyakit mental itu dapat dicegah dan pada

banyak peristiwa dapat disembuhkan pula. Oleh keyakinan ini ia kemudian menyusun satu program nasional, yang berisikan:

1. Perbaikan dalam metode pemeliharaan dan penyembuhan para penderita mental.
2. Kampanye memberikan informasi-informasi agar orang mau bersikap lebih inteligen dan lebih human atau berperikemanusiaan terhadap para penderita penyakit emosi dan mental.
3. Memperbanyak riset untuk menyelidiki sebab-musabab timbulnya penyakit mental dan mengembangkan terapi penyembuhannya.
4. Memperbesar usaha-usaha edukatif dan penerangan guna mencegah timbulnya penyakit mental dan gangguan-gangguan emosi.

William James dan Adolf Meyer, para psikolog besar, sangat terkesan oleh uraian Beers tersebut. Maka akhirnya Adolf Meyer-lah yang menyarankan agar "Mental Hygiene" dipopulerkan sebagai satu gerakan kemanusiaan yang baru. Dan pada tahun 1908 terbentuklah organisasi Connecticut Society for Mental Hygiene. Lalu pada tahun 1909 berdirilah The National Committee for Mental Hygiene, dimana Beers sendiri duduk di dalamnya hingga akhir hayatnya.

Sejarah tentang kesehatan mental dibagi atas zaman pra ilmiah dan zaman modern, penjelasannya sebagai berikut.

1 Era Pra-Ilmiah

a. Kepercayaan Animisme

Sejak zaman dulu sikap terhadap gangguan kepribadian atau mental telah muncul dalam konsep primitif animisme, ada kepercayaan bahwa dunia ini diawasi atau dikuasai oleh roh-roh atau dewa-dewa. Orang primitif percaya bahwa angin bertiup, ombak mengalun, batu berguling, dan pohon tumbuh karena pengaruh roh yang tinggal dalam benda-benda tersebut.

Orang Yunani percaya bahwa gangguan mental terjadi karena dewa marah dan membawa pergi jiwanya. Untuk menghindari kemarahannya, maka mereka mengadakan perjamuan pesta (sesaji) dengan mantra dari korban.

b. Kemunculan Naturalisme

Perubahan sikap terhadap tradisi animisme terjadi pada zaman Hipocrates (460-467). Dia dan pengikutnya mengembangkan pandangan revolusioner dalam pengobatan, yaitu dengan menggunakan pendekatan "Naturalisme", suatu aliran yang berpendapat bahwa gangguan mental atau fisik itu

merupakan akibat dari alam. Hipocrates menolak pengaruh roh, dewa, syetan atau hantui sebagai penyebab sakit. Dia menyatakan: "Jika anda memotong batok kepala, maka anda akan menemukan otak yang basah, dan memicu bau yang amis, akan tetapi anda tidak akan melihat roh, dewa atau hantuyang melukai badan anda".

Ide naturalkistik ini kemudian dikembangkan oleh Galen, seorang tabib dalam lapangan pekerjaan pemeriksaan atau pembedahan hewan.

Dalam perkembangan selajutnya, pendekatan naturalistik ini tidak dipergunakan lagi dikalangan orang-orang kristen. Seorang dokter perancis, Philipe Pinel (1745-1826) menggunakan filasafat politik dan sosial yang baru untuk memecahkan problem penyakit mental. Dia telah terpilih menjadi kepala Rumah Sakit Bicetre di Paris. Di rumah sakit ini, para pasiennya (yang maniac) dirantai, diikat ditembok dan ditempat tidur. Para pasien yang telah dirantai selama 20 tahun atau lebih, adan mereka dipandang sangat berbahaya dibawa jalan-jalan disekitar ruimah sakit. Akhirnya, diantara mereka banyak yang berhasil, mereka tidak

menunjukkan lagi kecenderungan untuk melukai atau merusak dirinya sendiri.

2 Era Ilmiah (Modern)

Perubahan yang sangat berarti dalam sikap dan era pengobatan gangguan mental, yaitu dari animisme (irrasional) dan tradisional ke sikap dan cara yang rasional (ilmiah), terjadi pada saat berkembangnya Psikologi Abnormal dan psikiatri di Amerika Serikat, yaitu pada tahun 1783. ketika itu benjamin rush (1745-1813) menjadi anggota staff medis di rumah sakit Pennsylvania. Di rumah sakit ini ada 24 pasien yang dianggap sebagai "lunatics" (orang-orang gila atau sakit ingatan).

Pada waktu itu sedikit sekali pengetahuan tentang penyakit kegilaan tersebut, dan kurang mengetahui bagaimana menyembuhkannya. Sebagai akibatnya, pasien-pasien tersebut didukung dalam sel yang kurang sekali alat ventilasinya, dan mereka sekali-sekali digugur dengan air.

Rush melakukan usaha yang sangat berguna untuk memahami orang-orang yang menderita gangguan mental tersebut. Cara yang ditempuhnya adalah dengan melalui penulisan artikel-artikel dalam

koran, ceramah, dan pertemuan-pertemuan lainnya. Akhirnya, setelah usaha itu dilakukan (selama 13 tahun), yaitu pada tahun 1796, dirumah mental. Ruangannya dibedakan untuk pasien wanita dan pria. Secara berkeseluruhan, Rush mengadakan pengobatan kepada para pasien dengan memberikan dorongan (motivasi) untuk mau bekerja, rekreasi, dan mencari kesenangan.

Perkembangan psikologi abnormal dan psikiatri ini memberikan pengaruh kepada lahirnya Mental Hygiene yang berkembang menjadi suatu "Body Of Knowledge" berikut gerakan-gerakan yang teorganisir. Perkembangan kesehatan mental dipengaruhi oleh gagasan, pemikiran dan inspirasi para ahli, dalam hal ini terutama dari dua tokoh perintis, yaitu Dorothea Lynde Dix dan Clifford Whittingham Beers. Kedua orang ini banyak mendedikasikan hidupnya dalam bidang pencegahan gangguan mental dan pertolongan bagi orang-orang miskin dan lemah. Dorothea Lynde Dix lahir pada tahun 1802 dan meninggal dunia tanggal 17 July 1887. dia adalah seorang guru sekolah di Massachusetts, yang menaruh perhatian terhadap orang-orang yang mengalami gangguan mental.

Sebagian perintis (pioneer), selama 40 tahun dia berjuang untuk memberikan pengorbanan terhadap orang-orang gila secara lebih manusiawi.

Usahnya mula-mula diarahkan pada para pasien mental di rumah sakit. Kemudian diperluas kepada para penderita gangguan mental yang dikurung di rumah-rumah penjara. Pekerjaan Dix ini merupakan faktor penting dalam membangun kesadaran masyarakat umum untuk memperhatikan kebutuhan para penderita gangguan mental. Berkat usahanya yang tak kenal lelah, di Amerika serikat didirikan 32 rumah sakit jiwa, dimana dia layak mendapat pujian sebagai salah seorang wanita besar di abad 19.

Pada tahun 1909, gerakan kesehatan mental secara formal mulai muncul. Selama dekade 1900-1909 beberapa organisasi kesehatan mental telah didirikan, seperti: American Social Hygiene Association (ASHA), dan American Federation for Sex Hygiene.

Perkembangan gerakan-gerakan di bidang kesehatan mental ini tidak lepas dari jasa Clifford Whittingham Beers (1876-1943). Bahkan, karena jasanya itulah, dia dinobatkan sebagai "The Founder Of The Mental Hygiene Movement". Dia terkenal karena

pengalamannya yang luas dalam bidang pencegahan dan pengobatan gangguan mental dengan cara yang sangat manusiawi.

Dedikasi Beers yang begitu kuat dalam kesehatan mental, dipengaruhi juga oleh pengalamannya sebagai pasien di beberapa rumah sakit jiwa yang berbeda. Selama di rumah sakit, dia mendapatkan pelayanan atau pengobatan yang keras dan kasar (kuarang manusia). Kondisi seperti ini terjadi, karena pada masa itu belum ada perhatian terhadap masalah gangguan mental, apalagi pengobatannya.

Setelah dua tahun mendapatkan perawatan di rumah sakit dia mulai memperbaiki dirinya, dan selama tahun terakhirnya sebagai pasien, dia mulai mengembangkan gagasan untuk membuat suatu gerakan untuk melindungi orang-orang yang mengalami gangguan mental atau orang gila (insane). Setelah dia kembali dalam kehidupan yang normal (sembuh dari penyakitnya), pada tahun 1908 dia menindaklanjuti gagasannya dengan mempublikasikan sebuah tulisan autobiografinya sebagai, mantan penderita gangguan mental, yang berjudul "A Mind That Found It Self".

Kehadiran buku ini disambut baik oleh Willian james, sebagai seorang pakar psikologi. Dalam buku ini, dia memberikan koreksi terhadap program pelayanan, perlakuan atau "treatment" yang diberikan kepada para pasien dirumah sakit-rumah sakit yang dipandangnya kurang manusiawi. Disamping itu dia melupakan reformasi terhadap lembaga yang diberikan perawatan gangguan mental.

Beers meyakini bahwa penyakit atau gangguan mental dapat dicegah atau disembuhkan. Selanjutnya dia merancang suatu program yang bersifat nasional tujuan:

- a. Mereformasi program perawatan dan pemngobatan terhadap orang-orang pengidap penyakit jiwa.
- b. Melakukan penyebaran informasi kepada masyarakat agar mereka memiliki pemahaman dan sikap yang positif terhadap para pasien yang mengidap gangguan atau penyakit jiwa
- c. Mendorong dilakukannya berbagai penelitian tentang kasus-kasus dan pengobatan gangguan mental.

- d. Mengembangkan praktik-praktik untuk mencegah gangguan mental.

Program Beers ini ternyata mendapat respon positif dari kalangan masyarakat, terutama kalangan para ahli, seperti William James dan seorang Psikiatris ternama, yaitu Adolf Mayer. Begitu tertariknya terhadap gagasan Beers, Adolf Mayer menyarankan untuk menamai gerakan itu dengan nama "Mental Hygiene". Dengan demikian, yang mempopulerkan istilah "Mental Hygiene" adalah Mayer.

Belum lama setelah buku itu diterbitkan, yaitu pada tahun 1908, sebuah organisasi pertama, didirikan, dengan nama "Connectievt Society For Mental Hygiene". Satu tahu kemudian, tepatnya pada tanggal 19 Februari 1909 didirikan "National Commitye Society For Mental Hygiene", disini Beers diangkat menjadi sekretarisnya. Organusasi ini bertujuan:

- a. Melindungi kesehatan mental masyarakat
- b. Menyusun standar perawatan para pengidap gangguan mental
- c. Meningkatkan studi tentang gangguan mental dalam segala bentuknya dan berbagai aspek yang terkait dengannya.

- d. Menyebarkan pengetahuan tentang kasus gangguan mental, pencegahan dan pengobatannya
- e. Mengkoordinasikan pada lembaga-lembhaga perawatan yang ada

Terkait dengan perkembangan gerakan kesehatan mental ini, Deutsch mengemukakan bahwa pada masa dan pasca Perang Dunia I, gerakan kesehatan mental ini mengkonsentarsikan programnya untuk membantu mereka yang mengalami masalah serius. Setelah perang usai, gerakan kesehatan mental semakin berkembang dan cakupan garapannya meliputi berbagai bidang kegiatan, seperti : pendidikan, kesehatan masyarakat, pengobatan umum, industri, kriminologi, dan kerja sosial.

Secara hukum, gerakan kesehatan mental ini mendapatkan pengukuhan pada tanggal 3 Juli 1946, yaitu ketika presiden Amerika Serikat menandatangani "The National Mental Helath Act". Dokumen ini merupakan bluprint yang komprehensif, yang berisi program-program jangka panjang yang diarahkan untuk meningkatkan kesehatan mental seluruh warga masyarakat.

Beberapa tujuan yang terkandung dalam dokumen tersebut itu meliputi:

- a. Meningkatkan kesehatan mental seluruh warga masyarakat Amerika Serikat, melalui penelitian, inewestigasi, eksperimen penanganan kasus-kasus, diagnosis dan pengobatan
- b. Membantu lembaga-lembaga pemerintah dan swasta yang melakukan kegiatan penelitian dan meningkatkan koordinasi antara para peneliti dalam melakukan kegiatan penelitian dan meningkatkan kegiatan dan mengaplikasikan hasil-hasil penelitiannya.
- c. Memberikan latihan terhadap para personel tentang kesehatan mental
- d. Mengembangkan dan membantu negara dalam menerapkan berbagai metode pencegahan, diagnosis, dan pengobatan terhadap para pengidap gangguan mental

Pada tahun 1950 organisasi kesehatan mental terus bertambah, yaitu dengan berdirinya "National Association For Mental Health" yang bekerjasama dengan tiga organisasi swadaya masyarakat lainnya, yaitu "National Committee For Mental Hygiene",

”National Mental Health Foundation”, dan ”Psychiatric Foundation”.

Gerakan kesehatan mental ini terus berkembang, sehingga pada tahun 1975 di Amerika Serikat terdapat lebih dari seribu tempat perkumpulan kesehatan mental. Dibelahan dunia lainnya, gerakan ini dikembangkan melalui ”The World Federation For Mental Health” dan “The World Health Organization”

B. Kesehatan Mental

1 Pengertian Kesehatan Mental

Secara etimologis, Mental Hygiene berasal dari kata mental dan hygiene. Kata “mental” berasal dari kata latin “mens” atau “mentis” artinya jiwa, nyawa, sukma, roh, semangat. Dalam bahasa Yunani, kata hygiene berarti ilmu kesehatan. Maka kesehatan mental merupakan bagian dari hygiene mental (ilmu kesehatan mental). Mental hygiene sering disebut pula psiko-hygiene. (Yusak Burhanuddin, 1999: 9).

Menurut Kartini Kartono (2000: 3), mental hygiene atau ilmu kesehatan mental adalah ilmu yang mempelajari masalah kesehatan mental/jiwa, yang bertujuan mencegah timbulnya gangguan/penyakit

mental dan gangguan emosi, dan berusaha mengurangi atau menyembuhkan penyakit mental, serta memajukan kesehatan jiwa.

Menurut Jalaludin (2010) Kesehatan mental adalah terhindarnya seseorang dari keluhan dan gangguan mental baik berupa neurosis maupun psikosis (penyesuaian diri terhadap lingkungan sosial). Kesehatan mental adalah terhindarnya seseorang dari gangguan dan penyakit jiwa.

Menurut Abdul Hamid (2017) Kesehatan mental adalah terhindarnya seseorang dari keluhan dan gangguan mental baik berupa neurosis maupun psikosis (penyesuaian diri terhadap lingkungan sosial) Orang yang sehat mental akan senantiasa merasa aman dan bahagia dalam kondisi apapun, ia juga akan melakukan introspeksi atas segala hal yang dilakukannya sehingga ia akan mampu mengontrol dan mengendalikan dirinya sendiri.

Kesehatan mental Agung Rai (2016) bahwa orang yang sehat mentalnya adalah orang yang terhindar dari gangguan dan penyakit jiwa, mampu menyesuaikan diri, sanggup menghadapi masalah-masalah dan kegoncangan-kegoncangan, adanya keserasian fungsi

jiwa, dan merasa bahwa dirinya berharga, berguna, dan berbahagia serta dapat menggunakan potensi-potensi yang ada semaksimal mungkin.

Definisi di atas menunjukkan bahwa kondisi mental yang sakit pada masyarakat dapat disembuhkan apabila mengetahui terlebih dahulu hal-hal yang mempengaruhi kesehatan mental tersebut melalui pendekatan hygiene mental.

2 Prinsip Kesehatan Mental

Mengenai prinsip-prinsip kesehatan mental, menurut Maslow dan Mittlemen, menguraikan pandangannya dengan menyebut *manifestation of psychological health*. Maslow menyebut kondisi yang sehat secara psikologis itu dengan istilah *self actualization* sekaligus sebagai puncak kebutuhan dari teori hierarki kebutuhan yang disusunnya. Manifestasi mental yang sehat (secara psikologis) menurut Maslow dan Mittlemenn tercermin dari sebelas dimensi kesehatan mental yakni adalah sebagai berikut: 1) *Adequate feeling of security* (rasa aman yang memadai). Perasaan merasa aman dalam hubungan dengan pekerjaan, sosial, dan keluarganya. 2) *Adequate self evaluation* (kemampuan menilai diri sendiri yang memadai), yang mencakup a)

memiliki harga diri yang memadai dan merasa ada nilai yang sebanding antara keadaan diri yang sebenarnya (potensi diri) dengan prestasinya, b) memiliki perasaan berguna akan diri sendiri, yaitu perasaan yang secara moral masuk akal, dan tidak diganggu oleh rasa bersalah yang berlebihan, dan mampu mengenai beberapa hal yang secara sosial dan personal tidak dapat diterima oleh kehendak umum yang selalu ada sepanjang kehidupan di masyarakat.3) *Adequate spontaneity and emotionality* (memiliki spontanitas dan perasaan yang memadai dengan orang lain), hal yang ditandai oleh kemampuan membentuk ikatan emosional secara kuat dan abadi, seperti hubungan persahabatan, dan cinta. Mampu mengespresikan ketidaksukaan.ketidaksetujuan tanpa kehilangan control. (Zulkarnain :2019)

Prinsip memahami dasar kesehatan mental pernah dijelaskan oleh Schneiders pada tahun 1964. Prinsip kesehatan mental menurut Schneiders mencakup tiga aspek penting. Prinsip Pertama, mencakup prinsip yang didasari atas sifat manusia.

Secara umum di dalamnya mencakup kesehatan dan penyesuaian mental tidak terlepas dari kesehatan fisik. Dalam memelihara kesehatan mental individu harus harus

tampil sebagai pribadi bermoral dan religius serta kecakapan sosial, memerlukan integrasi dan pengendalian diri, meningkatkan pengetahuan diri, meningkatkan realisasi dan potensi diri, membutuhkan konsep diri dan harga diri yang sehat, memelihara stabilitas mental, menanamkan kebiasaan yang baik, kemampuan beradaptasi, mampu mengatasi konflik mental, dan kematangan pemikiran dan emosionalitas (Dewi, K. S., 2012).

Kemudian Prinsip Kedua mencakup tiga (3) prinsip yang berdasarkan Hubungan Manusia dengan Lingkungan, yaitu mencakup, 1) kesehatan mental dipengaruhi hubungan interpersonal atau hubungan sehat yang normal, 2) kemampuan menyesuaikan diri atau beradaptasi yang baik dan kedamaian pikiran sangat dipengaruhi oleh kemampuan individu remaja untuk merasa cukup dalam beraktivitas, baik bekerja maupun menjalankan peran lain di lingkungan, dan 3) kesehatan mental membutuhkan pembentukan sikap yang bersandarkan kepada kenyataan; realistis, yaitu kemampuan menerima kenyataan tanpa distorsi, namun mampu bersikap objektif dalam menilai realitas. (Layla : 2019)

Prinsip Ketiga terdiri dari dua prinsip berdasarkan Hubungan Individu kepada Tuhan, yaitu 1) kestabilan mental membutuhkan pengembangan kesadaran terhadap realitas terbesar dari dirinya, yaitu Tuhan sebagai realitas Dzat yang menjadi tempat bergantung dari semua tindakan fundamental, dan 2) kesehatan mental dan ketenangan hati pada individu membutuhkan hubungan yang konsisten dan konstan antarmanusia dan Tuhannya. Semua prinsip di atas sebaiknya dilaksanakan di dalam lembaga pendidikan formal, seperti sekolah, maupun non-formal, seperti di dalam keluarga.

Prinsip-prinsip kesehatan mental merujuk pada hakikat kesehatan mental serta kriterianya, yaitu kondisi yang dapat membentuk hubungan antara kesehatan mental, kepribadian dengan aspek-aspek lainnya yang beragam. Prinsip-prinsip kesehatan mental menurut Schneiders didasarkan pada beberapa kategori (Schneiders 1964), yakni pertama, hakikat manusia sebagai organisme; kedua, hubungan manusia dengan lingkungannya; ketiga, Hubungan manusia dengan Tuhan.

a. Prinsip Berdasarkan Hakikat Manusia Sebagai Organisme

- 1) Kesehatan mental dan penyesuaian diri bergantung pada kondisi jasmani yang baik dan integritas organisme.
- 2) Untuk memelihara kesehatan mental dan penyesuaian diri, maka perilaku individu harus sesuai dengan hakikatnya sebagai manusia yang memiliki moral, intelektual, agama, emosional, dan sosial.
- 3) Kesehatan mental dan penyesuaian diri dapat dicapai melalui integrasi dan kontrol diri, baik dalam cara berpikir, berimajinasi, memuaskan keinginan, mengekspresikan perasaan, serta bertingkah laku.
- 4) Dalam mencapai dan memelihara kesehatan mental dan penyesuaian diri, diperlukan pengetahuan serta pemahaman diri yang luas mengenai diri sendiri (*self insight*).
- 5) Kesehatan memerlukan konsep diri (pengetahuan dan sikap terhadap kondisi fisik dan psikis diri sendiri) secara sehat yang meliputi penerimaan diri serta penghargaan terhadap status diri sendiri secara realistis dan wajar.

- 6) Untuk mencapai kesehatan mental dan penyesuaian diri, maka pemahaman diri (*self insight*) dan penerimaan diri (*self acceptance*), hendaknya disertai dengan upaya-upaya perbaikan diri (*self improvement*) serta perwujudan diri.
- 7) Kesehatan mental dan penyesuaian diri yang baik dalam mencapai kestabilan dapat dilakukan dengan mengembangkan moral yang luhur dari dalam diri sendiri, misalnya dengan mengembangkan sikap adil hati-hati, keteguhan hati, semangat, integritas pribadi, rendah hati, kejujuran, dan segala bentuk sikap positif yang dapat dikembangkan berkenaan dengan pengembangan moral masing-masing individu.
- 8) Pencapaian dan pemeliharaan kesehatan mental dan penyesuaian diri bergantung pada penanaman dan pengembangan kebiasaan yang baik (*good habits*).
- 9) Kestabilan mental dan penyesuaian diri menuntut adanya kemampuan melakukan perubahan sesuai dengan keadaan (kondisi lingkungan) dan kepribadian.

- 10) Kesehatan mental dan penyesuaian diri memerlukan usaha yang terus menerus untuk mencapai kematangan berpikir, mengambil keputusan, mengekspresikan emosi, dan melakukan tindakan.
 - 11) Kesehatan mental dan penyesuaian diri dapat dicapai dengan belajar mengatasi konflik dan frustrasi serta ketegangan-ketegangan secara efektif.
- b. Prinsip Berdasarkan Hubungan Manusia dengan Lingkungannya
- 1) Kesehatan mental dan penyesuaian diri bergantung pada hubungan antar pribadi yang harmonis, terutama dalam kehidupan keluarga.
 - 2) Penyesuaian diri yang baik serta ketenangan batin bergantung pada kepuasan dalam bertindak, misalnya dalam bekerja.
 - 3) Kesehatan mental dan penyesuaian diri dicapai dengan sikap yang realistik, termasuk penerimaan terhadap kenyataan secara sehat dan objektif.
- c. Prinsip Berdasarkan Hubungan Manusia dengan Tuhan

- 1) Kestabilan mental tercapai dengan perkembangan kesadaran terhadap dzat yang lebih luhur daripada dirinya sendiri tempat ia bergantung, yakni Allah SWT.
- 2) Kesehatan mental dan ketenangan batin (*equanimity*) dicapai dengan kegiatan yang tetap dan teratur dalam hubungan manusia dengan Tuhan, misalnya melalui shalat dan berdo'a

3. Fungsi Kesehatan Mental

Selain itu Kesehatan mental berfungsi dalam memelihara dan mengembangkan kondisi mental individu agar sehat, serta terhindar dari mental illness (sakit mental). Fungsi-fungsi kesehatan mental dapat digambarkan melalui main mapping berikut ini. (Diana Vidya : 2019)

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

- a. *Prevention* (preventif/pencegahan)

Kesehatan mental berfungsi untuk mencegah terjadinya kesulitan atau gangguan mental sehingga terhindar dari penyakit mental. Fungsi ini menerapkan prinsip-prinsip yang berupaya agar tercapai mental yang sehat, misalnya dengan memelihara kesehatan fisik serta pemenuhan atas kebutuhan psikologis. Cara yang dapat dilakukan adalah dengan menjaga kesehatan fisik (*physical health*) serta pemenuhan kebutuhan psikologis, seperti memperoleh kasih sayang, rasa aman, penghargaan diri, aktualisasi diri sebagai mana mestinya sehingga individu mampu memaksimalkan potensi yang dimilikinya.

Penerapan kesehatan mental di semua lingkup hidupnya (di rumah, sekolah, tempat kerja dan lingkungan lainnya), sangat menentukan mental yang sehat serta dapat mencegah dari gangguan mental. Di lingkungan rumah, sikap dan perlakuan yang hangat dari orangtua, kasih sayang, penerimaan diri serta penghargaan oleh orang-orang di sekitar individu, sangat memungkinkan untuk mengembangkan hubungan interpersonal yang baik.

Hubungan interpersonal yang baik antar keluarga dapat menciptakan suasana kondusif yang

juga dapat mendukung perkembangan mental anak yang sehat. Kesehatan mental anak ditandai dengan kondisi anak yang bahagia, ceria, serta mampu menyesuaikan diri di lingkungannya seperti mampu bermain dengan teman sebayanya

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

Fungsi ini merupakan upaya perbaikan diri dalam meningkatkan kemampuan untuk menyesuaikan diri. Selanjutnya, perilaku individu dan mekanisme pertahanan diri dapat terkontrol dengan baik.

Anak-anak yang mengalami kesulitan dalam perkembangan psikisnya yang tampak melalui perilakunya, misalnya, tantrum, perilaku ngempol (mengemut jempol), perilaku agresif dan perilaku lainnya yang membutuhkan perbaikan, maka perilaku tersebut penting menggunakan fungsi amelioratif dalam kesehatan mental

c. Preservation (preservasi/pengembangan) atau development (pengembangan) / improvement (meningkatkan) Preservatif atau supportif merupakan fungsi pengembangan yang merupakan upaya dalam mengembangkan kepribadian atau mental yang sehat,

agar seseorang mampu meminimalisir kesulitan-kesulitan dalam perkembangan psikisnya.

Kesehatan mental penting untuk dikembangkan, namun tidak setiap orang dapat mencapai mental yang sehat dengan mudah. Ada orang dengan kondisi mental yang sehat dan perlu pencegahan terhadap gangguan-gangguan mental, namun beberapa diantaranya mengalami hambatan dalam perkembangan mentalnya. Sehingga masing-masing individu berbeda dalam penerapan fungsi kesehatan mentalnya, baik preventif, amelioratif, maupun preservatif.

Kondisi kesehatan mental yang sulit dicapai, akan berkembang pribadi yang memiliki mental yang sakit (mental illness), dengan beberapa ciri. Menurut Thorpe, ciri-ciri orang yang tidak sehat mentalnya yaitu(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 mmeiliki 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 berlebihan
- 5) Tidak mampu menghadapi kenyataan secara realistik
- 6) Memiliki gejala psikosomatis (sakit fisik yang diakibatkan oleh gangguan psikis, misalnya karena stres)
- 7) Tidak beriman pada Allah SWT, Tuhan semesta alam.

Apabila perilaku-perilaku yang dapat mengacaukan kesehatan mental, seperti dicontohkan di atas lebih dominan dalam kehidupan ini bukan tidak mungkin akan muncul berbagai perilaku menyimpang. Perilaku menyimpang tersebut misalnya, tawuran antar geng pelajar, free sex, miras

& narkoba yang marak dikonsumsi, korupsi, prostitusi, human trafficking, perselingkuhan, perjudian, dan perilaku-perilaku menyimpang lainnya, dimana perilaku individu tersebut mengindikasikan adanya masalah dengan kesehatan mentalnya

Kemudian Fungsi dari Kesehatan mental dari perspektif Islam Ariadi (2013) merupakan suatu kemampuan diri individu dalam mengelola fungsi-fungsi kejiwaan dan terciptanya penyesuaian dengan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitarnya secara dinamis berdasarkan Al-Qur'an dan as-Sunnah sebagai pedoman hidup menuju ke kebahagiaan dunia dan akhirat. Pandangan Islam tentang gangguan jiwa tidak jauh berbeda dengan pandangan para ahli kesehatan mental pada umumnya. Peranan agama Islam dapat membantu manusia dalam mengobati jiwanya dan mencegahnya dari gangguan kejiwaan serta membina kondisi kesehatan mental. Kajian berikut akan mengulas beberapa bentuk ibadah dan efeknya secara psikis, yang kemudian dikenal dengan psikoterapi melalui amalan ibadah.

4. Ruang Lingkup Kesehatan Mental

Kesehatan mental dapat diterapkan di semua unit kehidupan sosial, misalnya lingkungan keluarga, sekolah, serta lingkungan sosial pada umumnya. Penerapan

Serta pengembangan kesehatan mental unit-unit sosial terorganisir ini didasarkan pada prinsip psikologis. Artinya, perkembangan kesehatan mental individu ditentukan oleh kualitas kondisi psikologis / iklim lingkungan dimana individu berada.

a. Kesehatan Mental dalam keluarga

Penerapan kesehatan mental dalam keluarga sangat penting untuk tercapainya suasana yang harmonis antar anggota keluarga. Apabila hubungan interpersonal keluarga misalnya, antar suamiistri, orangtua-anak, atau antar saudara kurang harmonis, maka dalam keluarga tersebut akan tercipta iklim psikologis yang tidak kondusif dan tidak nyaman. Contohnya, sikap permusuhan, sibling rivalry yang tidak sehat sehingga menyebabkan iri hati (cemburu), terjadinya pertengkaran, tidak memperhatikan nilai-nilai moral. Suasana demikian kemudian dapat menyebabkan individu dalam keluarga, khususnya anak mengalami kesulitan atau bahkan kegagalan dalam perkembangan

untu mencapai mental yang sehat. Sehingga sangatlah penting bagi suami istr dalam mengelola keluarga untuk menciptakan suasana yang kondusif dalam keluarga terutama bagi anak. Maka dari itu konsep keluarga yang sakinah mawaddah, warahmah untuk memahami konsep-konsep atau prinsip-prinsip kesehatan mental, sangat diperlukan karena berfungsi untuk mengembangkan mental yang sehat serta mencegah terjadinya mental yang sakit pada anggota keluarga.

b. Kesehatan Mental di Sekolah

Jika kesehatan mental di dalam keluarga dipengaruhi oleh iklim psikologis dalam keluarga, maka kesehatan mental di 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, mapun 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, uru 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

Peranan penting lingkungan kerja dalam kehidupan manusia, juga tidak dapat dipandang sebelah mata. Lingkungan kerja tidak hanya menjadi tempat mencari nafkah, ajang persaingan bisnis, dan peningkatan kesejahteraan hidup, tetapi juga menjadi sumber stres yang memberikan dampak negatif terhadap kesehatan

mental bagi semua orang yang berinteraksi di tempat tersebut, misalnya individu yang terkait di dalamnya diantaranya adalah pejabat, pimpinan, pegawai atau karyawan. Masalah yang mengakibatkan gangguan mental di tempat kerja, diantaranya diakibatkan oleh stres. Stres yang sering muncul di lingkungan kerja, diantaranya adalah

- 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.

Apabila masalah-masalah tersebut menimpa suatu lembaga atau perusahaan, maka akan terjadi stagnasi produktivitas terjadi di kalangan pimpinan atau karyawan. Jika hal ini terjadi, maka tinggal menunggu kebangkrutan lembaga atau perusahaan tersebut. Sehingga untuk tercapainya keberhasilan, keuntungan serta produktivitas kerja pawa karyawan/pegawai, maka pimpinan seyogyanya memperhatikan kesehatan mental kara bawahannya agar tercipta kondisi yang kondusif. Maka para pimpinan lembaga pemerintah/swasta penting dalam mengembangkan kiat-kiat untuk mencegah terjadinya masalah mental seperti gangguan

emosional dengan meminimalisir sumber yang dapat menyebabkan stress berlebih

5. Kesehatan Mental di Bidang Politik

Di bidang politik, tentu kesehatan mental sangat diperlukan. Indikasi gangguan mental pada ranah ini contohnya adalah pemalsuan ijazah, money politic, KKN, khianat kepada rakyat dan stres yang menimbulkan perilaku agresif karena gagal menjadi calon legislatif, dan lain-lain.

Contoh fenomena mengenai gangguan mental pada bidang politik ini adalah, Presiden Nixon yang pernah mengalami ketidakstabilan emosi saat menghadapi skandal Watergate. sama halnya dengan gangguan emosi yang dialami oleh Thomas Eagleton. Ia mengalami depresi akibat gagal dari pencalonannya sebagai wakil presiden dari partai demokrat di Amerika. Ia menjalani perawatan melalui electroshock therapy.

6. Kesehatan Mental di Bidang Hukum

Pemahaman mengenai kesehatan mental penting dimiliki oleh hakim, agar dapat mendeteksi tingkat kesehatan mental terdakwa atau para saksi saat proses pengadilan berlangsung, dimana sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan hukum. Tidak hanya hakim,

namun segenap individu yang berkecimpung di bidang hukum ini seyogyanya memiliki mental yang sehat, sehingga dengan terbentuknya mental yang sehat, individu lebih mampu bekerja sesuai tupoksinya.

7 Kesehatan Mental Kehidupan Beragama

Berbagai pendekatan dapat digunakan dalam mengatasi gangguan mental pada individu. Pendekatan agama merupakan bentuk pendekatan dalam penyembuhan gangguan psikologis, yang merupakan bentuk paling lama diterapkan dibandingkan dengan pendekatan pendekatan lainnya. Hal tersebut dibuktikan dengan penyebaran agama yang dilakukan oleh para nabi melakukan therapeutik dalam menyembuhkan penyakit rohaniah umat, pada beberapa abad yang lalu Semakin kompleks kehidupan individu, maka semakin penting penerapan kesehatan mental yang bersumber dari agama dalam rangka mengembangkan kesehatan mental manusia serta mengatasi gangguan mental yang tengah dihadapinya. Di era revolusi industri 4.0 ini ada kecenderungan individu yang mulai memudar terhadap nilai-nilai agama, sehingga tausiyah, mauidlah hasanah, dialog keagamaan dengan para ahli agama sangat diperlukan. Hal ini berkenaan dengan bagaimana mengembangkan wawasan keagamaan

serta mengatasi permasalahan kehidupan melalui pendekatan agama, sehingga terbentuk mental yang sehat.

RINGKASAN

1. Sejarah tentang kesehatan mental dibagi atas zaman pra ilmiah dan zaman modern, penjelasannya sebagai berikut. Era pra-ilmiah diantaranya dengan kepercayaan animisme dan kemunculan naturalisme kemudian era ilmiah (modern)
2. Kesehatan mental bahwa kondisi mental yang sakit pada masyarakat dapat disembuhkan apabila mengetahui terlebih dahulu hal-hal yang mempengaruhi kesehatan mental tersebut melalui pendekatan hygiene mental.

DAFTAR PUSTAKA

- 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 Aditiyawarman. 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

- Jalaludin. 2010. Psikologi Agama. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Kartono, Kartini. 2000. Hygiene Mental. Bandung: Penerbit CV. Mandar Maju.
- 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
- Zulkarnain (2019) Kesehatan dan Mental dan Kebahagiaan: Tinjauan Psikologi Islam IAIN Syaikh Abdurrahman Siddik Bangka Belitung, Indonesia. *Jurnal Dakwah dan Pengembangan Sosial Kemanusiaan* Vol. 10, no. 1 (2019), pp. 18-38.

BAB II

KARAKTERISTIK MENTAL YANG SEHAT SERTA PENYESUAIAN DIRI DAN KESEHATAN MENTAL

A. Pengertian Mental Health atau Kesehatan Mental

Sebelum membahas tentang kesehatan mental, kita perlu memahami pengertian dari sehat itu sendiri. Sehat menurut World Health Organization (WHO) adalah “A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 2001). WHO memberikan pengertian tentang sehat sebagai suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang lengkap sejahtera dan tidak semata-mata karena tidak adanya penyakit atau kelemahan.

Definisi ini semakin menjelaskan bahwa kesehatan mental merupakan bagian dari kesehatan. Kesehatan mental juga sangat berhubungan dengan kesehatan fisik dan perilaku.

WHO lalu memberikan pengertian tentang kesehatan mental sebagai “*A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community*” (WHO,

2001). Kesehatan mental merupakan kondisi dimana individu memiliki kesejahteraan yang tampak dari dirinya yang mampu menyadari potensinya sendiri, memiliki kemampuan untuk mengatasi tekanan hidup normal pada berbagai situasi dalam kehidupan, mampu bekerja secara produktif dan menghasilkan, serta mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya. Mengutip dari jargon yang digunakan oleh WHO, “there is no health without mental health” menandakan bahwa kesehatan mental perlu dipandang sebagai sesuatu yang penting sama seperti kesehatan fisik. Mengenali bahwa kesehatan merupakan kondisi yang seimbang antara diri sendiri, orang lain dan lingkungan membantu masyarakat dan individu memahami bagaimana menjaga dan meningkatkannya (WHO, 2004).

Definisi Kesehatan Mental Apabila ditinjau dari segi istilahnya, kesehatan mental menurut Soeharto Herdjen (1987) dapat diartikan bermacam macam.

1. Paham pertama, kesehatan mental dapat diartikan sebagai suatu kondisi, suatu keadaan mental-emosional.
2. Paham kedua, kesehatan mental dapat diartikan sebagai suatu ilmu baru, yang membahas bagaimana manusia menghadapi kesulitan hidup dan berusaha mengatasinya sambil menjaga kesejahteraannya.

3. Paham ketiga, kesehatan mental dapat juga diartikan sebagai suatu bimbingan kegiatan yang mencakup usaha pembinaan kesehatan mental, pengobatan dan pencegahan, serta rehabilitas gangguan kesehatan mental.
4. Paham keempat, kesehatan mental dapat diartikan suatu gerakan yang sekarang menyebar kemana mana dan bertujuan memberitahukan kepada seluruh dunia bahwa masalah kesehatan mental perlu diperhatikan sepenuhnya oleh semua kalangan.

Gerakan itu tampil jelas dengan adanya The World Federation for Mental Health, sebuah federasi sedunia yang berstatus swasta.

Menurut Prof. Dr. Mustafa Fahmi pengertian kesehatan jiwa (mental) ada dua, yaitu:

1. kesehatan jiwa adalah bebas dari gejala-gejala penyakit jiwa dan gangguan kejiwaan.
2. kesehatan jiwa adalah dengan cara aktif, luas, lengkap tidak terbatas, ia berhubungan dengan kemampuan orang yang menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri dan dengan masyarakat lingkungannya, hal itu membawanya kepada kehidupan yang sunyi dari kegoncangan, penuh vitalitas.

Definisi kesehatan mental, sangat dipengaruhi oleh kultur dimana seseorang tersebut tinggal. Apa yang boleh dilakukan dalam suatu budaya tertentu, bisa saja menjadi hal yang aneh dan tidak normal dalam budaya lain, dan demikian pula sebaliknya (Sias, 2006).

Kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mengalami perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki estimasi yang realistis terhadap dirinya sendiri dan dapat menerima kekurangan atau kelemahannya, kemampuan menghadapi masalah-masalah dalam hidupnya, memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya, serta memiliki kebahagiaan dalam hidup (Pieper dan Uden, 2006).

Menurut Ihrom (2008), kesehatan mental adalah terwujudnya integritas kepribadian, keselarasan dengan jati diri, pertumbuhan ke arah realisasi diri, dan ke arah hubungan yang sehat dengan orang lain. Sehingga Kesehatan mental merupakan kondisi: Tingkat “kesejahteraan mental” dimana individu dapat berfungsi secara adekuat dapat menikmati hidupnya secara seimbang dan mampu menyesuaikan diri terhadap tantangan hidup dan mampu berkontribusi pada kehidupan sosial budaya & agama memiliki peran dalam memberi batasan sehat/tidak sehat. Dalam pengertian yang lebih “positif” tersebut kesehatan mental merupakan fondasi

dari tercapainya kesejahteraan (well-being) individu dan fungsi yang efektif dalam komunitasnya.

Dalam perjalanan sejarahnya, pengertian kesehatan mental dalam perspektif psikologi dapat dipahami dari definisi-definisi berikut:

1. Kesehatan mental adalah terhindarnya seseorang dari gangguan dan penyakit jiwa (neurosis dan psikosis).
2. Kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri, dengan orang lain dan masyarakat serta lingkungan di mana ia hidup. Pengertian ini lebih luas dan umum, karena telah dihubungkan dengan kehidupan sosial secara menyeluruh. Dengan kemampuan penyesuaian diri, diharapkan akan menimbulkan ketentraman dan kebahagiaan hidup.
3. Terwujudnya keharmonisan yang sungguh-sungguh antara fungsi-fungsi jiwa serta mempunyai kesanggupan untuk mengatasi problem yang biasa terjadi, serta terhindar dari kegelisahan dan pertentangan batin (konflik).
4. Pengetahuan dan perbuatan yang bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan potensi, bakat dan pembawaan semaksimal mungkin, sehingga membawa

kebahagiaan diri dan orang lain, terhindar dari gangguan dan penyakit jiwa (Darajat, 1994:11-14).

Dari pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa orang yang sehat mentalnya adalah orang yang terhindar dari gangguan dan penyakit jiwa, mampu menyesuaikan diri, sanggup menghadapi masalah-masalah dan kegoncangan-kegoncangan, adanya keserasian fungsi jiwa, dan merasa bahwa dirinya berharga, berguna, dan berbahagia serta dapat menggunakan potensi-potensi yang ada semaksimal mungkin.

Sedangkan Zakiah Daradjat (1984:4), merumuskan definisi berikut. “kesehatan mental ialah terwujudnya keserasian yang sungguh-sungguh antara fungsi-fungsi kejiwaan dan terciptanya penyesuaian diri antara manusia dengan dirinya dan lingkungannya berdasarkan keimanan dan ketakwaan serta bertujuan untuk mencapai hidup yang bermakna dan bahagia di dunia dan akhirat”, Dengan rumusan lain, kesehatan mental ialah suatu ilmu yang berpautan dengan kesejahteraan dan kebahagiaan manusia, yang mencakup semua bidang hubungan manusia, baik hubungan dengan diri sendiri, maupun hubungan dengan orang lain, hubungan dengan alam dan lingkungan, serta hubungan dengan Tuhan”.

Dengan memasukkan aspek agama, seperti keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan dalam kesehatan mental, pengertiannya menjadi terasa luas karena sudah mencapai seluruh aspek kehidupan manusia. Agama merupakan salah satu kebutuhan psikis manusia yang perlu dipenuhi oleh setiap orang yang merindukan ketentraman dan kebahagiaan (Jaelani,1997:77).

Dari uraian di atas dapat difahami bahwa kesehatan mental merupakan kondisi kejiwaan manusia yang harmonis. Seseorang memiliki jiwa yang sehat apabila perasaan, pikiran, maupun fisiknya juga sehat. Karena kondisi fisik dan psikisnya terjaga dengan selaras, orang bermental sehat tidak akan mengalami kegoncangan, kekacauan jiwa (stres), frustrasi, atau penyakit-penyakit kejiwaan lainnya. Dengan kata lain orang yang memiliki kesehatan mental prima juga memiliki kecerdasan seimbang baik secara intelektual, emosional, maupun spiritualnya untuk mencapai kebahagiaan hidup.

Berdasarkan berbagai pengertian yang disampaikan para pakar tersebut, secara umum dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental adalah terhindarnya seseorang dari gejala gangguan atau penyakit mental, 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, adanya kemampuan yang dimiliki untuk menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri dan lingkungannya, berlandaskan keimanan dan ketakwaan, serta bertujuan untuk mencapai hidup yang bermakna dan bahagia di dunia dan bahagia di akhirat.

B. Karakteristik Mental Health

Karakteristik individu sehat mental mengacu pada kondisi atau sifat-sifat positif, seperti: kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) yang positif, karakter yang kuat serta sifat-sifat baik/ kebajikan (*virtues*) (Lowenthal, 2006).

Berikut ini dipaparkan ciri-ciri orang yang memiliki mental sehat. Pada umumnya pribadi yang normal memiliki mental yang sehat. Demikian sebaliknya, bagi yang pribadinya abnormal cenderung memiliki mental yang tidak sehat (Baharuddin, 1999: 13). Orang yang bermental sehat adalah mereka yang memiliki ketenangan batin dan kesegaran jasmani.

Ancok (dalam Frankl, 2003: ix) menyatakan bahwa kehidupan yang sehat adalah kehidupan yang penuh makna.

Hanya dengan makna yang baik orang akan menjadi insan yang berguna tidak hanya untuk diri sendiri tetapi juga untuk orang lain.

Kerusakan moral dan gangguan jiwa adalah karena orang tidak memiliki makna hidup yang baik. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1959 memberikan batasan mental yang sehat adalah sebagai berikut :

1. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan meskipun kenyataan itu buruk baginya.
2. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
3. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima.
4. Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas.
5. Berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan.
6. Menerima kekecewaan untuk dipakainya sebagai pelajaran dikemudian hari.
7. Menjuruskan rasa permusuhan kepada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.
8. Mempunyai rasa kasih sayang yang besar.

Karakteristik kepribadian yang sehat, menurut Allport meliputi:

1. Memiliki kebutuhan yang terus menerus dan bervariasi serta menyukai tantangan-tatangan baru.

2. Tidak menyukai hal-hal yang rutin dan mencari pengalaman-pengalaman baru.
3. Mengambil risiko, berspekulasi dan menyelidiki hal-hal baru.
4. Aktivitas yang menghasilkan ketegangan.
5. Melalui tantangan dan pengalaman baru manusia dapat bertumbuh dan berkembang
6. Pribadi sehat berfungsi secara sadar dan menyadari sepenuhnya kekuatan-kekuatan yang membimbing dan dapat mengontrol kekuatan-kekuatan yang dimiliki.
7. Pribadi yang matang tidak dikontrol oleh trauma dan konflik masa kanak-kanak.
8. Kebahagiaan merupakan hasil dari keberhasilan integrasi kepribadian dalam mengejar inspirasi dan tujuan hidupnya.

Di samping itu, Kartini Kartono (2000:82-83), mengemukakan empat ciri-ciri khas pribadi yang bermental sehat meliputi:

1. Ada koordinasi dari segenap usaha dan potensinya, sehingga orang mudah melakukan adaptasi terhadap tuntutan lingkungan, standard, dan norma social serta perubahan social yang serba cepat.

2. Memiliki integrasi dan regulasi terhadap struktur kepribadian sendiri sehingga mampu memberikan partisipasi aktif kepada masyarakat.
3. Dia senantiasa giat melaksanakan proses realisasi diri (yaitu mengembangkan secara real segenap bakat dan potensi), memiliki tujuan hidup, dan selalu mengarah pada transendensi diri, berusaha melebihi keadaan yang sekarang.
4. Bergairah, sehat lahir dan batinnya, tenang harmonis kepribadiannya, efisien dalam setiap tindakannya, serta mampu menghayati kenikmatan dan kepuasan dalam pemenuhan kebutuhannya.

Kriteria sehat mental juga dikemukakan tokoh agama berikut.

1. Bertanggungjawab : berani menghadapi segala hal yang dilakukannya.
2. Dewasa : memiliki sikap dan perilaku yang tidak manja dan kekanak-kanakan.
3. Menghormati dan menghargai orang lain : berperilaku sopan santun sesuai aturan, nilai, norma dan adat istiadat yang ada di suatu tempat.
4. Optimis : berfikir positif dalam menghadapi kehidupan.

5. Beriman dan bertakwa : Percaya kepada Tuhan Yang Maha Esa dan melaksanakan perintah-Nya dan meninggalkan larangan-Nya.
6. Disiplin : taat dan patuh terhadap aturan yang ada serta menghargai waktu yang ada. Kriteria tersebut menyempurnakan konsep-konsep sebelumnya dengan menambahkan satu elemen spiritual agama. Sehingga kesehatan mental itu bukan hanya sehat dari segi fisik, psikologik, dan sosial saja, melainkan juga sehat dalam arti spiritual.
7. Selain itu (Zakiah Daradjat, 1995),[3] mengenai ciri-ciri kesehatan mental dikelompokkan kedalam enam kategori yaitu:
 1. Memiliki sikap batin (attitude) yang positif terhadap dirinya sendiri.
 2. Aktualisasi diri.
 3. Mampu mengadakan integrasi dengan fungsi-fungsi psikis yang ada.
 4. Mampu berotonom terhadap diri sendiri (mandiri).
 5. Memiliki persepsi yang obyektif terhadap realitas yang ada.
 6. Mampu menyelaraskan kondisi lingkungan dengan diri sendiri.

Ada beberapa karakteristik Mental yang Sehat dari sumber lain yaitu:

1. Terhindari Gangguan Jiwa.

Zakiah Daradjat (1975) mengemukakan perbedaan antara gangguan jiwa (neurose) dengan penyakit jiwa (psikose), yaitu:

- a. Neurose masih mengetahui dan merasakan kesukarannya, sebaliknya yang kena psikose tidak.
- b. Neurose kepribadiannya tidak jauh dari realitas dan masih hidup dalam alam kenyataan pada umumnya. Sedangkan yang terkena psikose kepribadiannya dari segala segi (tanggapan, perasaan/ emosi, dan dorongan-dorongan) sangat terganggu, tidak ada integritas, dan ia hidup jauh dari alam kenyataan.

2. Dapat menyesuaikan diri

Penyesuaian diri (self adjustment) merupakan proses untuk memperoleh/memenuhi kebutuhan (needs satisfaction), dan mengatasi stres, konflik, frustrasi, serta masalah-masalah tertentu dengan cara-cara tertentu. Seseorang dapat dikatakan memiliki penyesuaian diri yang normal apabila dia mampu memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalahnya secara wajar, tidak merugikan diri

sendiri dan lingkungannya, serta sesuai dengan norma agama.

3. Memanfaatkan potensi semaksimal mungkin

Individu yang sehat mentalnya adalah yang mampu memanfaatkan potensi yang dimilikinya, dalam kegiatan-kegiatan yang positif dan konstruktif bagi pengembangan kualitas dirinya. Pemanfaatan itu seperti dalam kegiatan-kegiatan belajar (dirumah, sekolah atau dilingkungan masyarakat), bekerja, berorganisasi, pengembangan hobi, dan berolahraga.

4. Tercapai kebahagiaan pribadi dan orang lain

Orang yang sehat mentalnya menampilkan perilaku atau respon-responnya terhadap situasi dalam memenuhi kebutuhannya, memberikan dampak yang positif bagi dirinya dan atau orang lain. Dia mempunyai prinsip bahwa tidak mengorbankan hak orang lain demi kepentingan dirinya sendiri di atas kerugian orang lain. Segala aktivitasnya ditujukan untuk mencapai kebahagiaan bersama. sehat mentalnya menampilkan perilaku atau respon-responnya terhadap situasi dalam memenuhi kebutuhannya, memberikan dampak yang positif bagi dirinya dan atau orang lain. Dia mempunyai prinsip bahwa tidak mengorbankan hak orang lain demi kepentingan

dirinya sendiri di atas kerugian orang lain. Segala aktivitasnya ditujukan untuk mencapai kebahagiaan bersama. Uraian diatas, menunjukkan ciri-ciri mental yang sehat, sedangkan yang tidak sehat cirinya sebagai berikut:

1. Perasaan tidak nyaman (inadequacy)
2. Perasaan tidak aman (insecurity)
3. Kurang memiliki rasa percaya diri (self-confidence)
4. Kurang memahami diri (self-understanding)
5. Kurang mendapat kepuasan dalam berhubungan sosial
6. Ketidakmatangan emosi

C. Penyesuan Diri

1. Pengertian

Begitu banyak tokoh dunia yang menjelaskan tentang pengertian dari istilah penyesuaian diri (*adjustment*). Semua yang dijelaskan terkait definisi penyesuaian diri akan mempunyai inti arti tersebut. Sebagaimana yang telah diketahui bahwa penyesuaian diri adalah bagaimana seorang individu mampu untuk menghadapi berbagai sesuatu yang timbul dari lingkungan.

Menurut Schneiders bahwa penyesuaian diri merupakan suatu proses dinamis yang bertujuan untuk mengubah perilaku individu agar terjadi hubungan yang lebih sesuai antara diri individu dengan lingkungannya. Schneiders juga mendefinisikan penyesuaian diri dapat ditinjau dari 3 sudut pandang, yaitu penyesuaian diri sebagai bentuk adaptasi (*adaptation*), penyesuaian diri sebagai bentuk konformitas (*conformity*), dan penyesuaian diri sebagai usaha penguasaan (*mastery*). Namun semua itu mulanya penyesuaian diri sama dengan adaptasi. (Ali dan Asrori, 2006, p. 173 – 175)

Hurlock (dalam Gunarsa & Gunarsa, 2004, p. 93) menyatakan bahwa penyesuaian diri adalah subjek yang mampu menyesuaikan diri kepada umum atau kelompoknya dan orang tersebut memperlihatkan sikap dan perilaku yang menyenangkan, berarti orang tersebut diterima oleh kelompok dan lingkungannya.

Ali dan Asrori (2011, p. 175) juga menyatakan bahwa penyesuaian diri dapat didefinisikan sebagai suatu proses yang mencakup respon-respon mental dan perilaku yang diperjuangkan individu agar dapat berhasil menghadapi kebutuhan-kebutuhan internal, ketegangan, frustrasi, konflik, serta untuk menghasilkan kualitas

keselarasan antara tuntutan dari dalam diri individu dengan tuntutan dunia luar atau lingkungan tempat individu berada.

Dari berbagai definisi yang telah disebutkan di atas, maka dapat ditarik kesimpulan yang sesuai dengan topik penelitian terkait dengan bidang pendidik, bahwa penyesuaian diri adalah suatu proses perubahan dalam diri pada peserta didik, dimana individu harus dapat mempelajari tindakan atau sikap baru untuk berubah sesuai dengan jurusan studi yang telah ditentukan dan menghadapi segala keadaan yang bertolak belakang dengan peserta didik tersebut sehingga tercapai tujuan sekolah, hubungan dengan orang lain dan lingkungan sekitar.

2. Aspek – Aspek Penyesuaian Diri

Atwater (1983, p. 36) dalam penyesuaian diri harus dilihat dari tiga aspek yaitu diri kita sendiri, orang lain dan perubahan yang terjadi. Namun pada dasarnya penyesuaian diri memiliki dua aspek yaitu: penyesuaian pribadi dan penyesuaian sosial. Untuk lebih jelasnya kedua aspek tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

a. Penyesuaian Pribadi

Penyesuaian pribadi adalah kemampuan individu untuk menerima dirinya sendiri sehingga tercapai hubungan yang harmonis antara dirinya dengan lingkungan sekitarnya. Ia menyadari sepenuhnya siapa dirinya sebenarnya, apa kelebihan dan kekurangannya dan mampu bertindak obyektif sesuai dengan kondisi dirinya tersebut. Keberhasilan penyesuaian pribadi ditandai dengan tidak adanya rasa benci, lari dari kenyataan atau tanggungjawab, dongkol, kecewa, atau tidak percaya pada kondisi dirinya. Kehidupan kejiwaannya ditandai dengan tidak adanya kegoncangan atau kecemasan yang menyertai rasa bersalah, rasa cemas, rasa tidak puas, rasa kurang dan keluhan terhadap nasib yang dialaminya.

Sebaliknya kegagalan penyesuaian pribadi ditandai dengan keguncangan emosi, kecemasan, ketidakpuasan dan keluhan terhadap nasib yang dialaminya, sebagai akibat adanya gap antara individu dengan tuntutan yang diharapkan oleh lingkungan. Gap inilah yang menjadi sumber terjadinya konflik yang kemudian terwujud dalam rasa takut dan

kecemasan, sehingga untuk meredakannya individu harus melakukan penyesuaian diri.

b. Penyesuaian Sosia

Setiap individu hidup di dalam masyarakat. Di dalam masyarakat tersebut terdapat proses saling mempengaruhi satu sama lain silih berganti. Dari proses tersebut timbul suatu pola kebudayaan dan tingkah laku sesuai dengan sejumlah aturan, hukum, adat dan nilai-nilai yang mereka patuhi, demi untuk mencapai penyelesaian bagi persoalan-persoalan hidup sehari-hari. Dalam bidang ilmu psikologi sosial, proses ini dikenal dengan proses penyesuaian sosial. Penyesuaian sosial terjadi dalam lingkup hubungan sosial tempat individu hidup dan berinteraksi dengan orang lain. Hubungan- hubungan tersebut mencakup hubungan dengan masyarakat di sekitar tempat tinggalnya, keluarga, sekolah, teman atau masyarakat luas secara umum. Dalam hal ini individu dan masyarakat sebenarnya sama-sama memberikan dampak bagi komunitas. Individu menyerap berbagai informasi, budaya dan adat istiadat yang ada, sementara komunitas (masyarakat)

diperkaya oleh eksistensi atau karya yang diberikan oleh sang individu.

Apa yang diserap atau dipelajari individu dalam proses interaksi dengan masyarakat masih belum cukup untuk menyempurnakan penyesuaian sosial yang memungkinkan individu untuk mencapai penyesuaian pribadi dan sosial dengan cukup baik. Proses berikutnya yang harus dilakukan individu dalam penyesuaian sosial adalah kemauan untuk mematuhi norma-norma dan peraturan sosial kemasyarakatan. Setiap masyarakat biasanya memiliki aturan yang tersusun dengan sejumlah ketentuan dan norma atau nilai-nilai tertentu yang mengatur hubungan individu dengan kelompok. Dalam proses penyesuaian sosial individu mulai berkenalan dengan kaidah-kaidah dan peraturan-peraturan tersebut lalu mematuhinya sehingga menjadi bagian dari pembentukan jiwa sosial pada dirinya dan menjadi pola tingkah laku kelompok. Kedua hal tersebut merupakan proses pertumbuhan kemampuan individu dalam rangka penyesuaian sosial untuk menahan dan mengendalikan diri. Pertumbuhan kemampuan ketika mengalami proses

penyesuaian sosial, berfungsi seperti pengawas yang mengatur kehidupan sosial dan kejiwaan. Boleh jadi hal inilah yang dikatakan Freud sebagai hati nurani (super ego), yang berusaha mengendalikan kehidupan individu dari segi penerimaan dan kerelaannya terhadap beberapa pola perilaku yang disukai dan diterima oleh masyarakat, serta menolak dan menjauhi hal-hal yang tidak diterima oleh masyarakat.

Schneiders mengungkapkan bahwa penyesuaian diri yang baik meliputi enam aspek sebagai berikut :

- a. Kontrol terhadap emosi yang berlebihan. Aspek ini menekankan kepada adanya kontrol dan ketenangan emosi individu yang memungkinkannya untuk menghadapi permasalahan secara cermat dan dapat menentukan berbagai kemungkinan pemecahan masalah ketika muncul hambatan. Bukan berarti tidak ada emosi sama sekali, tetapi lebih kepada kontrol emosi ketika menghadapi situasi tertentu.
- b. Mekanisme pertahanan diri yang minimal. Aspek ini menjelaskan pendekatan terhadap permasalahan lebih mengindikasikan respon yang normal dari pada

penyelesaian masalah yang memutar melalui serangkaian mekanisme pertahanan diri yang disertai tindakan nyata untuk mengubah suatu kondisi. Individu dikategorikan normal jika bersedia mengakui kegagalan yang dialami dan berusaha kembali untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Individu dikatakan mengalami gangguan penyesuaian jika individu mengalami kegagalan dan menyatakan bahwa tujuan tersebut tidak berharga untuk dicapai.

- c. Frustrasi personal yang minimal. Individu yang mengalami frustrasi ditandai dengan perasaan tidak berdaya dan tanpa harapan, maka akan sulit bagi individu untuk mengorganisir kemampuan berpikir, perasaan, motivasi dan tingkah laku dalam menghadapi situasi yang menuntut penyelesaian.
- d. Pertimbangan rasional dan kemampuan mengarahkan diri. Individu memiliki kemampuan berpikir dan melakukan pertimbangan terhadap masalah atau konflik serta kemampuan mengorganisasi pikiran, tingkah laku, dan perasaan untuk memecahkan masalah, dalam kondisi sulit sekalipun menunjukkan penyesuaian yang normal. Individu tidak mampu

melakukan penyesuaian diri yang baik apabila individu dikuasai oleh emosi yang berlebihan ketika berhadapan dengan situasi yang menimbulkan konflik.

- e. Kemampuan untuk belajar dan memanfaatkan pengalaman masa lalu. Penyesuaian normal yang ditunjukkan individu merupakan proses belajar berkesinambungan dari perkembangan individu sebagai hasil dari kemampuannya mengatasi situasi konflik dan stres. Individu dapat menggunakan pengalamannya maupun pengalaman orang lain melalui proses belajar. Individu dapat melakukan analisis mengenai faktor-faktor apa saja yang membantu dan mengganggu penyesuaiannya.
- f. Sikap realistik dan objektif. Sikap yang realistik dan objektif bersumber pada pemikiran yang rasional, kemampuan menilai situasi, masalah dan keterbatasan individu sesuai dengan kenyataan sebenarnya.

3. Kriteria Penyesuaian Diri

Scheneiders (1964, p. 51) mengemukakan beberapa kriteria penyesuaian yang tergolong baik (well adjustment) ditandai dengan:

- a. Pengetahuan dan tilikan terhadap diri sendiri,
- b. Obyektivitas diri dan penerimaan diri,
- c. Pengendalian diri dan perkembangan diri,
- d. Keutuhan pribadi,
- e. Tujuan dan arah yang jelas,
- f. Perspektif, skala nilai dan filsafat hidup memadai,
- g. Rasa humor,
- h. Rasa tanggung jawab,
- i. Kematangan respon,
- j. Perkembangan kebiasaan yang baik,
- k. Adaptabilitas,
- l. Bebas dari respon-respon yang simptomatis (gejala gangguan mental),
- m. Kecakapan bekerja sama dan menaruh minat kepada orang lain,
- n. Memiliki minat yang besar dalam bekerja dan bermain,
- o. Kepuasan dalam bekerja dan bermain, dan
- p. Orientasi yang menandai terhadap realitas.

Schneiders juga mengungkapkan bahwa individu yang memiliki penyesuaian diri yang baik (well adjustment person) adalah mereka dengan segala keterbatasannya, kemampuannya serta kepribadiannya

telah belajar untuk bereaksi terhadap diri sendiri dan lingkungannya dengan cara efisien, matang, bermanfaat, dan memuaskan. Efisien artinya bahwa apa yang dilakukan individu tersebut dapat memberikan hasil yang sesuai dengan yang diinginkan tanpa banyak mengeluarkan energi, tidak membuang waktu banyak, dan sedikit melakukan kesalahan. Matang artinya bahwa individu tersebut dapat memulai dengan melihat dan menilai situasi dengan kritis sebelum bereaksi. Bermanfaat artinya bahwa apa yang dilakukan individu tersebut bertujuan untuk kemanusiaan, berguna dalam lingkungan sosial, dan yang berhubungan dengan Tuhan. Selanjutnya, memuaskan artinya bahwa apa yang dilakukan individu tersebut dapat menimbulkan perasaan puas pada dirinya dan membawa dampak yang baik pada dirinya dalam bereaksi selanjutnya. Mereka juga dapat menyelesaikan konflik-konflik mental, frustrasi dan kesulitan-kesulitan dalam diri maupun kesulitan yang berhubungan dengan lingkungan sosialnya serta tidak menunjukkan perilaku yang memperlihatkan gejala menyimpang

Selain itu, penyesuaian diri bersifat relatif, hal tersebut dikarenakan beberapa hal berikut:

- a. Penyesuaian diri merupakan kemampuan individu untuk mengubah atau memenuhi banyaknya tuntutan yang ada pada dirinya. Kemampuan ini dapat berbeda-beda pada masing-masing individu sesuai dengan kepribadian dan tahap perkembangannya.
- b. Kualitas penyesuaian diri yang dapat berubah-ubah sesuai dengan situasi masyarakat dan kebudayaan tempat penyesuaian diri dilakukan.

Adanya perbedaan dari masing-masing individu karena pada dasarnya setiap individu memiliki saat-saat yang baik dan buruk dalam melakukan penyesuaian diri, tidak terkecuali bagi individu yang memiliki penyesuaian diri yang baik (well adjustment) karena terkadang ia pun dapat mengalami situasi yang tidak dapat dihadapi atau diselesaikannya

4. Tahapan Proses Penyesuaian Diri

Usaha penyesuaian diri dapat berlangsung dengan baik dan dapat juga berlangsung tidak baik. Penyesuaian diri yang baik adalah dengan mempunyai ciri-ciri dapat diterima di suatu kelompok, dapat menerima dirinya sendiri, dapat menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri. Sedangkan penyesuaian diri

yang tidak baik ditunjukkan dengan buruknya hubungan sosial individu dengan lingkungan sekitarnya.

Penyesuaian diri yang baik adalah yang selalu ingin diraih setiap orang yang tidak akan dapat tercapai, kecuali bila kehidupan orang tersebut benar-benar terhindar dari tekanan, kegoncangan dan ketegangan jiwa yang bermacam-macam, serta orang tersebut mampu untuk menghadapi kesukaran dengan cara objektif serta berpengaruh bagi kehidupannya, menikmati kehidupannya dengan stabil, tenang, merasa senang, tertarik untuk bekerja, dan berprestasi.

Ada beberapa langkah efektif dalam menyesuaikan diri, diantaranya yaitu

- a. persepsi yang akurat terhadap realitas kemampuan individu untuk mengetahui komsekuensi dari segala tingkah lakunya. Dengan adanya kemampuan untuk mengetahui apa yang menjadi akibat dari perilakunya, individu diharapkan dapat menghindari perilaku-perilaku yang dapat mengganggu ketentraman bersama.
- b. kemampuan untuk mengatasi kecemasan dan stress individu memiliki kemampuan untuk mentoleransi hambatan - hambatan yang ada saat mencapai tujuan

- hidupnya. Tidak ada suatu kecemasan maupun stress yang membebani individu untuk mencapai tujuannya.
- c. citra diri yang positif individu menyadari kondisi kehidupannya saat ini. Individu mampu mengenali kelemahan maupun kelebihan yang ada pada dirinya.
 - d. kemampuan untuk mengekspresikan perasaannya individu yang sehat akan mampu mengekspresikan emosinya dan ia akan memiliki kendali atas emosinya sendiri. Dengan adanya kendali atas emosinya maka ia tidak akan merugikan lingkungannya.
 - e. hubungan antar pribadi yang baik. Individu akan memiliki hubungan yang aman dan nyaman dengan lingkungan sosialnya.

Untuk mendapatkan solusi yang terbaik bagi gangguan penyesuaian diri, setidaknya seseorang harus mengetahui ukuran tingkat kualitas dan juga tingkat penyesuaian diri pribadi atau sosial. Apabila kita telah mengetahui penyesuaian diri yang baik dan ukuran-ukuran kesehatan mental, maka kita dapat mengarahkan usaha-usaha kita dengan baik dan efektif pada waktu kita membantu orang lain.

Langkah pertama yang kita mulai dalam proses penyesuaian diri yang baik yakni pemahaman (insight) dan pengetahuan tentang diri sendiri (self-knowledge). Dengan insight dan self-knowledge terhadap diri sendiri, maka kita dapat mengetahui kapabilitas dan kekurangan diri kita sendiri dan kita dapat menangani secara efektif masalah-masalah penyesuaian diri. Pengetahuan tentang diri sendiri memerlukan perincian yang baik tentang kekuatan dan kelemahan kita sendiri. Dengan mengetahui kelemahan itu, sekurang-kurangnya kita berusaha untuk mengurangi atau menghilangkan pengaruh-pengaruhnya terhadap kehidupan-kehidupan kita. Dan sebaliknya, dengan mengetahui kekuatan kita sendiri, maka kita berada pada posisi yang lebih baik. Untuk menggunakannya demi pertumbuhan pribadi. Perbaikan diri dimulai dengan keberanian dan kepastian untuk menghadapi kebenaran tentang diri sendiri.

Kemudian langkah selanjutnya yakni pengendalian diri sendiri yang berarti orang-orang mengatur implus-implus, pikiran-pikiran, kebiasaan-kebiasaan, emosi-emosi dan tingkahlaku berkaitan dengan prinsip-prinsip yang dikenakan pada diri sendiri atau tuntunan-tuntunan yang dikenakan oleh masyarakat.

Dengan demikian individu yang komfulsif, histris atau obsesif, atau orang yang menjadi korban kekhawatiran, sifat yang terlalu berhati-hati, ledakan amarah, kebiasaan gugup, merasa sulit atau tidak mungkin menanggulangi dengan baik tugas-tugas dan masalah sehari-hari.

Pengendalian diri adalah dasar bagi integrasi pribadi yang merupakan salah satu kualitas yang penting dari orang yang dapat menyesuaikan diri dengan baik dan salah satu standar yang baik dalam menentukan tingkat penyesuaian diri. Selanjutnya dalam mengembangkan pengendalian dan integrasi, pembentukan “kebiasaan-kebiasan yang bermanfaat” adalah penting karena banyak penyesuaian diri individu tiap saat diakibatkan oleh tingkah laku menurut kebiasaan (habitual behavior) dan biasanya penyesuaian diri yang baik tidak dapat dirusak oleh sistem-sistem yang tidak efisien atau tidak sempurna.

5. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Penyesuaian Diri

Menurut Schneiders (dalam Ali & Asrori, 2011, p. 181) setidaknya ada lima faktor yang dapat mempengaruhi proses penyesuaian diri (khusus remaja) adalah sebagai berikut:

- a. Kondisi fisik

Seringkali kondisi fisik berpengaruh kuat terhadap proses penyesuaian diri remaja. Aspek-aspek yang berkaitan dengan kondisi fisik yang dapat mempengaruhi penyesuaian diri remaja adalah sebagai berikut:

- 1) Hereditas dan kondisi fisik, Dalam mengidentifikasi pengaruh hereditas terhadap penyesuaian diri, lebih digunakan pendekatan fisik karena hereditas dipandang lebih dekat dan tak terpisahkan dari mekanisme fisik. Dari sini berkembang prinsip umum bahwa semakin dekat kapasitas pribadi, sifat atau kecenderungan berkaitan dengan konstitusi fisik maka akan semakin besar pengaruhnya terhadap penyesuaian diri. Bahkan dalam hal tertentu, kecenderungan kearah maladjustment (maladjustment) diturunkan secara genetis khususnya melalui media temperamen. Temperamen merupakan komponen utama karena dari temperamen itu muncul karakteristik yang paling dasar dari kepribadian, khususnya dalam memandang hubungan emosi dengan penyesuaian diri.

- 2) Sistem utama tubuh, Termasuk ke dalam sistem utama tubuh yang memiliki pengaruh terhadap penyesuaian diri adalah sistem syaraf, kelenjar dan otot. Sistem syaraf yang berkembang dengan normal dan sehat merupakan syarat mutlak bagi fungsi-fungsi psikologis agar dapat berfungsi secara maksimal yang akhirnya berpengaruh secara baik pula kepada penyesuaian diri. Dengan kata lain, fungsi yang memadai dari sistem syaraf merupakan kondisi umum yang diperlukan bagi penyesuaian diri yang baik. Sebaliknya penyimpangan didalam system syaraf akan berpengaruh terhadap kondisi mental yang penyesuaian dirinya kurang baik.
- 3) Kesehatan fisik, Penyesuaian diri seseorang akan lebih mudah dilakukan dan dipelihara dalam kondisi fisik yang sehat daripada yang tidak sehat. Kondisi fisik yang sehat dapat menimbulkan penerimaan diri, kepercayaan diri, harga diri dan sejenisnya yang akan menjadi kondisi yang sangat menguntungkan bagi proses penyesuaian diri. Sebaliknya kondisi

fisik yang tidak sehat dapat mengakibatkan perasaan rendah diri, kurang percaya diri, atau bahkan menyalahkan diri sehingga akan berpengaruh kurang baik bagi proses penyesuaian diri.

b. Kepribadian

Unsur –unsur kepribadian yang penting pengaruhnya terhadap penyesuaian diri adalah sebagai berikut:

- 1) Kemauan dan kemampuan untuk berubah (modifiability), Kemauan dan kemampuan untuk berubah merupakan karakteristik kepribadian yang pengaruhnya sangat menonjol terhadap proses penyesuaian diri. Sebagai suatu proses yang dinamis dan berkelanjutan, penyesuaian diri membutuhkan kecenderungan untuk berubah dalam bentuk kemauan, perilaku, sikap, dan karakteristik sejenis lainnya. Oleh sebab itu semakin kaku dan tidak ada kemauan serta kemampuan untuk merespon lingkungan, semakin besar kemungkinannya untuk mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri.

- 2) Pengaturan diri (*self regulation*), Pengaturan diri sama pentingnya dengan penyesuaian diri dan pemeliharaan stabilitas mental, kemampuan untuk mengatur diri, dan mengarahkan diri. Kemampuan mengatur diri dapat mencegah individu dari keadaan malasuai dan penyimpangan kepribadian. Kemampuan pengaturan diri dapat ,mengarahkan kepribadian normal mencapai pengendalian diri dan realisasi diri.
- 3) Relisasi diri (*self relization*), Telah dikatakan bahwa pengaturan kemampuan diri mengimplikasikan potensi dan kemampuan kearah realisasi diri. Proses penyesuaian diri dan pencapaian hasilnya secara bertahap sangat erat kaitanya dengan perkembangan kepribadian. Jika perkembangan kepribadain berjalan normal sepanjang masa kanak-kanak dan remaja, di dalamnya tersirat portensi laten dalam bentuk sikap, tanggung jawab, penghayatan nilai- nilai, penghargaan diri dan lingkungan, serta karakteristik lainnya menuju pembentukan kepribadian dewasa. Semua itu unsur-unsur penting yang mendasari relaitas diri

- 4) Intelegensi, Kemampuan pengaturan diri sesungguhnya muncul tergantung pada kualitas dasar lainnya yang penting peranannya dalam penyesuaian diri, yaitu kualitas intelegensi. Tidak sedikit, baik buruknya penyesuaian diri seseorang ditentukan oleh kapasitas intelektualnya atau intelegensinya. Intelegensi sangat penting bagi perolehan gagasan, prinsip, dan tujuan yang memainkan peranan penting dalam proses penyesuaian diri. Misalnya kualitas pemikiran seseorang dapat memungkinkan orang tersebut melakukan pemilihan dan mengambil keputusan penyesuaian diri secara intelegensi dan akurat.
- c. Proses belajar (*Education*)

Termasuk unsur-unsur penting dalam education atau pendidikan yang dapat mempengaruhi penyesuaian diri individu antara lain

- 1) Belajar, Kemauan belajar merupakan unsur terpenting dalam penyesuaian diri individu karena pada umumnya respon-respon dan sifat-sifat kepribadian yang diperlukan bagi penyesuaian diri diperoleh dan menyerap kedalam diri individu melalui proses belajar. Oleh karena itu

kemauan untuk belajar dan sangat penting karena proses belajar akan terjadi dan berlangsung dengan baik dan berkelanjutan manakalah individu yang bersangkutan memiliki kemauan yang kuat untuk belajar. Bersama- sama dengan kematangan, belajar akan muncul dalam bentuk kapasitas dari dalam atau disposisi terhadap respon. Oleh sebab itu, perbedaan pola-pola penyesuaian diri sejak dari yang normal sampai dengan yang malasuai, sebagian besar merupakan hasil perbuatan yang dipengaruhi oleh belajar dan kematangan.

- 2) Pengalaman, Ada dua jenis pengalaman yang memiliki nilai signifikan terhadap proses penyesuaian diri, yaitu (1) pengalaman yang menyehatkan (*salutary experiences*) dan (2) pengalaman traumatic (*traumatic experiences*). Pengalaman yang menyatakan adalah peristiwa-peristiwa yang dialami oleh individu dan dirasakan sebagai suatu yang mengesankan, mengasyikkan, dan bahkan di rasa ingin mengulanginya kembali. Pengalaman seperti ini akan dijadikan dasar untuk ditansfer oleh

individu ketika harus menyesuaikan diri dengan lingkungan yang baru. Adapun pengalaman trauma adalah peristiwa-peristiwa yang dialami oleh individu dan dirasakan sebagai sesuatu yang sangat tidak menyenangkan, menyedihkan, atau bahkan sangat menyakitkan sehingga individu tersebut sangat tidak ingin peristiwa itu terulang lagi.

- 3) Latihan, Latihan merupakan proses belajar yang diorientasikan kepada perolehan keterampilan atau kebiasaan. Penyesuaian diri sebagai suatu proses yang kompleks yang mencakup didalamnya proses psikologis dan sosiologis maka memerlukan latihan yang sungguh-sungguh agar mencapai hasil penyesuaian diri yang baik. Tidak jarang seseorang yang sebelumnya memiliki kemampuan penyesuaian diri yang kurang baik dan kaku, tetapi melakukan latihan secara sungguh-sungguh, akhirnya lambat laun menjadi bagus dalam setiap penyesuaian diri dengan lingkungan baru.

- 4) Deteminasi diri, Berkaitan erat dengan penyesuaian diri adalah sesungguhnya individu itu sendiri untuk melakukan proses penyesuaian diri.

d. Lingkungan

Berbicara faktor lingkungan sebagai variabel yang berpengaruh terhadap penyesuaian diri sudah tentu meliputi lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat.

- 1) Lingkungan Keluarga

Lingkungan keluarga merupakan lingkungan utama yang sangat penting atau bahkan tidak ada yang lebih penting dalam kaitannya dengan penyesuaian diri individu.

- 2) Lingkungan Sekolah

sekolah menjadi kondisi yang memungkinkan untuk berkembangnya atau terhambatnya proses berkembangnya penyesuaian diri. Pada umumnya sekolah dipandang sebagai media yang sangat berguna untuk mempengaruhi kehidupan dan perkembangan intelektual, sosial, nilai – nilai, sikap, dan moral peserta didik.

- 3) Lingkungan Masyarakat

Konsistensi nilai – nilai, sikap, aturan – aturan, norma, moral, dan perilaku masyarakat akan diidentifikasi oleh individu yang berada dalam masyarakat tersebut sehingga akan berpengaruh terhadap proses perkembangan penyesuaian dirinya

e. Agama serta budaya

Agama berkaitan erat dengan faktor budaya agama memberikan sumbangan nilai -nilai, keyakinan, praktik – praktik yang memberikan makna yang sangat mendalam, tujuan, serta kestabilan dan keseimbangan hidup individu. Agama secara konsisten dan terus menerus mengingatkan manusia yang diciptakan oleh Tuhan, bukan sekedar nilai – nilai instrumental sebagaimana yang dihasilkan oleh manusia. Selain itu budaya juga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kehidupan individu. Hal ini terlihat jika dilihat dari karakteristik budaya yang diwariskan kepada individu melalui berbagai media dalam lingkungan keluarga, sekolah, maupun masyarakat. Dengan demikian faktor agama serta budaya memberikan sumbangan yang berarti terhadap perkembangan penyesuaian diri individu

6. Karakteristik Penyesuaian Diri

Tidak semua individu berhasil dalam menyesuaikan diri dan banyak rintangannya, baik dari dalam maupun luar. Beberapa individu ada yang dapat melakukan penyesuaian diri secara positif, namun ada pula yang melakukan penyesuaian diri yang salah. Berikut ini akan ditinjau dari karakteristik penyesuaian diri, yaitu (Hartinah, 2008, p. 186):

a. Penyesuaian Diri Secara Positif

Mereka tergolong mampu melakukan penyesuaian diri secara positif ditandai hal-hal sebagai berikut:

- 1) Tidak menunjukkan adanya ketegangan emosional.
- 2) Tidak menunjukkan adanya mekanisme-mekanisme psikologis.
- 3) Tidak menunjukkan adanya frustrasi pribadi.
- 4) Memiliki pertimbangan rasional dan pengarahan diri.
- 5) Mampu dalam belajar.
- 6) Menghargai pengalaman.
- 7) Bersikap realistis dan objektif.

Dalam melakukan penyesuaian diri secara positif, individu akan melakukannya dalam berbagai bentuk, antara lain:

- 1) Penyesuaian dengan menghadapi masalah secara langsung.

Individu secara langsung menghadapi masalahnya dengan mengemukakan alasan – alasannya, misalnya seorang remaja yang hamil sebelum menikah akan menghadapinya secara langsung dan berusaha mengemukakan segala alasan pada orangtuanya

- 2) Penyesuaian dengan melakukan eksplorasi (penjelajahan)

Individu mencari berbagai cara untuk mampu menyesuaikan diri dengan situasinya saat itu sebagai suatu pengalaman misalnya seorang peserta didik yang merasa kurang mampu dalam mengerjakan tugas membuat makalah akan mencari bahan dalam upaya menyelesaikan tugas tersebut, dengan membaca buku, konsultasi, diskusi, dsb.

- 3) Penyesuaian dengan trial and error atau coba-coba.
Individu melakukan tindakan coba-coba dalam menghadapi masalah, jika menguntungkan akan dilanjutkan dan jika gagal maka akan dihentikan, dimana dalam hal ini pemikirannya tidak berperan dibandingkan dengan cara eksplorasi misalnya seorang pengusaha mengadakan spekulasi untuk meningkatkan usahanya.
- 4) Penyesuaian dengan substitusi (mencari pengganti).
Jika individu merasa gagal dalam menghadapi masalah maka ia akan mencari pengganti untuk memperoleh atau bisa menyesuaikan diri dalam masalah tersebut misalnya gagal berpacaran secara fisik, ia akan berfantasi tentang seorang gadis idamannya.
- 5) Penyesuaian diri dengan menggali kemampuan diri
Individu mencoba menggali kemampuan yang ada dalam dirinya dan kemudian dikembangkannya sehingga mampu membantunya untuk menyesuaikan diri

6) Penyesuaian dengan belajar.

Individu memperoleh banyak pengetahuan melalui belajar dan keterampilan yang dapat membantunya menyesuaikan diri misalnya seorang guru akan berusaha belajar tentang berbagai ilmu pengetahuan untuk meningkatkan kemampuan profesionalismenya

7) Penyesuaian dengan inhibisi dan pengendalian diri

Penyesuaian diri akan lebih berhasil jika disertai dengan kemampuan memilih tindakan yang tepat dan pengendalian diri secara tepat. misalnya seorang peserta didik akan berusaha memilih tindakan mana yang harus dilakukan pada ujian.

8) Penyesuaian dengan perencanaan yang cermat

Tindakan yang dilakukan diambil berdasarkan perencanaan yang cermat, dan keputusan diambil setelah dipertimbangkan dari berbagai segi (dari segi untung dan ruginya).

b. Penyesuain Diri yang Negatif

Kegagalan dalam melakukan penyesuaian diri secara positif, dapat mengakibatkan individu melakukan penyesuaian yang salah. Penyesuaian diri

yang salah ditandai dengan berbagai bentuk tingkah laku yang serba salah, tidak terarah, emosional, sikap yang tidak realistis, agresif, dan sebagainya. Ada tiga bentuk reaksi dalam penyesuaian yang salah yaitu:

1) Reaksi Bertahan (*Defence Reaction*).

Individu berusaha untuk mempertahankan dirinya, seolah-olah tidak menghadapi kegagalan. Ia selalu berusaha untuk menunjukkan bahwa dirinya tidak mengalami kegagalan. Bentuk khusus reaksi ini antara lain:

- a) Rasionalisasi, yaitu bertahan dengan mencari- cari alasan untuk membenarkan tindakannya
- b) Represi, yaitu berusaha untuk menekan pengalamannya yang dirasakan kurang enak kea lam tidak sadar. Ia berusaha melupakan pengalamannya yang kurang menyenangkan. Misalnya seorang pemuda berusaha melupakan kegagalan cintanya dengan seorang gadis
- c) Proyeksi, yaitu melemparkan sebab kegagalan dirinya kepada pihak lain untuk mencari alasan yang dapat diterima.

Misalnya seorang peserta didik yang tidak lulus mengatakan bahwa gurunya membenci dirinya.

- d) Sourgrapes yaitu dengan memutar balikan keadaan. Misalnya seorang peserta didik yang gagal mengetik mengatakan bahwa mesin tiknya rusak, padahal dia sendiri tidak bisa mengetik.

2) Reaksi Menyerang (*Aggressive Reaction*).

Orang yang mempunyai penyesuaian diri yang salah menunjukkan tingkah laku yang bersifat menyerang untuk menutupi kegagalannya. Ia tidak mau menyadari kegagalannya. Reaksi-reaksinya tampak dalam tingkah laku:

- a) Selalu membenarkan diri sendiri
- b) Mau berkuasa dalam setiap situasi
- c) Mau memiliki segalanya
- d) Bersikap senang mengganggu orang lain
- e) Menggertak baik dengan ucapan maupun dengan perbuatan
- f) Menunjukkan sikap permusuhan secara terbuka
- g) Menunjukkan sikap menyerang dan merusak

- h) Keras kepala dalam perbuatannya
 - i) Bersikap balas dendam
 - j) Memperkosa hak orang lain
 - k) Tindakan yang serampangan
- 3) Reaksi melarikan diri (*Escape Reaction*)
- Dalam reaksi ini orang mempunyai penyesuaian diri yang salah akan melarikan diri dari situasi yang menimbulkan kegagalan, reaksinya tampak dalam tingkah laku sebagai berikut: berfantasi yaitu memasukan keinginan yang tidak tercapai dalam bentuk angan - angan (seolah-olah sudah tercapai }, banyak tidur, minum-minuman keras, bunuhdiri, menjadi pecandu ganja, narkotika, dan regresi yaitu kembali kepada awal (misal orang dewasa yang bersikap dan berwatak seperti anak kecil) dan lain-lain.

7. Pengaruh Penyesuaian Diri

Individu yang melakukan penyesuaian diri akan menimbulkan berbagai pengaruh baik positif atau negatif yang sesuai dengan usaha penyesuaian diri tersebut. Pengaruh penyesuaian diri seorang individu terbagi menjadi dua yakni akibat positif dan akibat negative. Akibat yang positif terjadi apabila individu telah berhasil

menyesuaikan diri terhadap lingkungannya dengan ciri – ciri sebagai berikut :

- a. Memiliki persahabatan dengan individu lainnya
Individu memiliki hubungan yang mendalam dengan kerabatnya sehingga mampu saling membutuhkan dengan kerabatnya tersebut. Terjadi suatu hubungan yang saling melengkapi antara individu tersebut dengan sahabatnya
- b. Rasa bersatu dengan kelompoknya
Individu memiliki perasaan menjadi bagian dari suatu kelompok dimana individu berada. Kelompok ini bisa berupa dilingkungan rumah, sekolah atau di dunia kerja.
- c. Peran dalam masyarakat
Individu memiliki suatu sumbangsih terhadap kehidupan bersama. Hal ini juga ditandai dengan suatu keadaan dimana individu memiliki suatu kedudukan atau pekerjaan yang diakui oleh masyarakat.
- d. Perasaan puas karena telah melakukan sesuatu.
Individu dalam keadaan ini memiliki suatu perasaan yang puas akan sesuatu yang telah dilakukannya.

Rasa puas tidak menjadikannya kehilangan tujuan yang ingin dicapai.

Adapun pengaruh negatif terjadi apabila individu tidak berhasil menyesuaikan diri dengan lingkungan dimana individu berada. Hal ini ditandai dengan beberapa ciri – ciri sebagai berikut:

a. Kehilangan status dalam masyarakat

Individu pada keadaan ini tidak memiliki suatu pekerjaan dan kedudukan apapun. Dalam hal ini individu dapat dikatakan sebagai orang yang menganggur sehingga keberadaannya semakin tidak disadari oleh masyarakat.

b. Penyimpangan perilaku di mata hukum dan lingkungan

Individu pada keadaan ini melakukan suatu perilaku yang melanggar peraturan maupun norma yang berlaku di masyarakat. Individu tidak lagi mentaati segala tata cara yang berlaku dalam kehidupan sehingga mereka akan melakukan perbuatan yang mengarah pada kriminalitas.

c. Mengalami kesepian

Individu pada keadaan ini mengalami suatu kehampaan karena tidak adanya suatu hubungan

yang hangat dengan orang lain. Individu dijauhi oleh lingkungan karena dianggap tidak berhasil memenuhi tuntutan yang diminta oleh lingkungannya.

8. Sudut Pandang Penyesuaian diri

Menurut Schneiders (dalam Ali & Anshori, 2011, p. 173) menyatakan bahwa penyesuaian diri dapat dilihat dari tiga sudut pandang, yaitu:

a. Penyesuaian diri sebagai adaptasi (*adaptation*)

Pada mulanya penyesuaian diri diartikan sama dengan adaptasi, namun dalam adaptasi ini pada umumnya lebih mengarah pada penyesuaian diri dalam arti fisik, fisiologis, dan biologis.

b. Penyesuaian diri sebagai bentuk konformitas (*conformity*)

Dengan memaknai penyesuaian diri sebagai usaha konformitas, maka seorang individu mampu menghindari terhadap suatu tekanan dari penyimpangan perilaku, baik secara moral, sosial, maupun emosional.

c. Penyesuaian diri sebagai penguasaan (*mastery*)

Hal ini diartikan sebagai kemampuan individu untuk merencanakan dan mengorganisasikan respon dalam cara-cara tertentu sehingga konflik-konflik, kesulitan, dan frustrasi tidak terjadi.

D. Keterkaitan Penyesuaian Diri dengan Kesehatan Mental

Penyesuaian diri adalah kemampuan individu untuk menyamakan diri dengan harapan kelompok. Individu yang sehat mestinya mampu memahami harapan kelompok tempat individu yang bersangkutan menjadi anggotanya dan melakukan tindakan yang sesuai dengan harapan tersebut.

Sebagai suatu proses yang melibatkan respon-respon mental dan perbuatan individu dalam upaya memenuhi kebutuhan-kebutuhan dan mengatasi ketegangan, frustrasi dan konflik dengan memperhatikan norma yang ada. (Schneiders, 1964)

Dalam upaya memenuhi kebutuhan-kebutuhan dan mengatasi ketegangan, gejala masalah, frustrasi dan konflik meliputi dengan memperhatikan norma yang ada. Penyesuaian diri dilihat lebih dalam pada :

1. Gejala masalah, meliputi :
 - a. Neurotik
 - b. Psikotik

- c. Psikopatik
2. Jenis kualitas respon, meliputi :
 - a. penyesuaian yang normal
 - b. Penyesuaian yang menyimpang
 3. Jenis masalah, meliputi :
 - a. Personal
 - b. Sosial
 - c. Keluarga
 - d. Akademik
 - e. Vokasional
 - f. marital

Kaitan antara kesehatan mental dengan penyesuaian diri adalah kunci dari penyesuaian diri yang sehat fundamnet yang penting bagi *good adjustment* adalah bagian integral dari proses adjustment secara keseluruhan.

Kaitan lainnya meliputi:

1. Kesehatan mental merupakan kunci dari penyesuaian diri yang sehat
2. Kesehatan mental merupakan bagian integral dari proses adjustment secara keseluruhan
3. Kualitas mental yang sehat merupakan fundamnet yang penting bagi “good adjustment

E. Penyesuaian Diri yang Normal

Menurut Schneiders (1964), penyesuaian diri yang baik adalah individu yang dapat memberi respon yang matang, bermanfaat, efisien dan memuaskan. Schneiders mengungkapkan bahwa penyesuaian diri yang baik meliputi enam aspek sebagai berikut :

1. Kontrol terhadap emosi yang berlebihan.

Aspek ini menekankan kepada adanya kontrol dan ketenangan emosi individu yang memungkinkannya untuk menghadapi permasalahan secara cermat dan dapat menentukan berbagai kemungkinan pemecahan masalah ketika muncul hambatan. Bukan berarti tidak ada emosi sama sekali, tetapi lebih kepada kontrol emosi ketika menghadapi situasi tertentu.

2. Mekanisme pertahanan diri yang minimal.

Aspek ini menjelaskan pendekatan terhadap permasalahan lebih mengindikasikan respon yang normal dari pada penyelesaian masalah yang memutar melalui serangkaian mekanisme pertahanan diri yang disertai tindakan nyata untuk mengubah suatu kondisi. Individu dikategorikan normal jika bersedia mengakui kegagalan yang dialami dan berusaha kembali untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Individu dikatakan mengalami gangguan

penyesuaian jika individu mengalami kegagalan dan menyatakan bahwa tujuan tersebut tidak berharga untuk dicapai.

3. Frustrasi personal yang minimal.

Individu yang mengalami frustrasi ditandai dengan perasaan tidak berdaya dan tanpa harapan, maka akan sulit bagi individu untuk mengorganisir kemampuan berpikir, perasaan, motivasi dan tingkah laku dalam menghadapi situasi yang menuntut penyelesaian.

4. Pertimbangan rasional dan kemampuan mengarahkan diri.

Individu memiliki kemampuan berpikir dan melakukan pertimbangan terhadap masalah atau konflik serta kemampuan mengorganisasi pikiran, tingkah laku, dan perasaan untuk memecahkan masalah, dalam kondisi sulit sekalipun menunjukkan penyesuaian yang normal. Individu tidak mampu melakukan penyesuaian diri yang baik apabila individu dikuasai oleh emosi yang berlebihan ketika berhadapan dengan situasi yang menimbulkan konflik.

5. Kemampuan untuk belajar dan memanfaatkan pengalaman masa lalu. Penyesuaian normal yang ditunjukkan individu merupakan proses belajar berkesinambungan dari perkembangan individu sebagai

hasil dari kemampuannya mengatasi situasi konflik dan stres. Individu dapat menggunakan pengalamannya maupun pengalaman orang lain melalui proses belajar. Individu dapat melakukan analisis mengenai faktor-faktor apa saja yang membantu dan mengganggu penyesuaiannya.

6. Sikap realistik dan objektif.

Sikap yang realistik dan objektif bersumber pada pemikiran yang rasional, kemampuan menilai situasi, masalah dan keterbatasan individu sesuai dengan kenyataan sebenarnya.

Sumber lain mengenai penyesuaian diri yang normal adalah Individu yang mampu melakukan penyesuaian diri secara positif ditandai hal-hal sebagai berikut (Sunarto & Hartono : 1994) :

1. Tidak menunjukkan adanya ketegangan emosional.

Penyesuaian diri yang normal ditandai dengan tidak adanya emosi yang berlebihan atau emosi yang merusak. Individu mampu menanggapi berbagai situasi atau masalah dengan emosi yang tenang dan terkontrol.

2. Tidak menunjukkan adanya mekanisme-mekanisme psikologis.

Dalam menghadapi masalah ataupun konflik, individu yang memiliki penyesuaian diri yang normal akan menunjukkan reaksi berterus terang daripada reaksi yang disertai dengan mekanisme-mekanisme psikologis seperti rasionalisasi, proyeksi, represi, atau sublimasi.

3. Tidak menunjukkan adanya frustrasi pribadi.

Penyesuaian diri yang normal sebagian besar ditandai dengan perasaan bebas dari frustrasi pribadi. Perasaan frustrasi hanya akan membuat individu mengalami kesulitan dan kadangkala tidak memungkinkan individu untuk beraksi secara normal terhadap situasi atau masalah.

4. Memiliki pertimbangan rasional dan pengarahan diri.

Individu yang melakukan penyesuaian diri yang normal biasanya mampu mempertimbangkan masalah, konflik dan frustrasi secara rasional serta mampu mengarahkan dirinya untuk menyelesaikan masalah yang muncul.

5. Mampu dalam belajar.

Proses penyesuaian diri yang normal ditandai dengan sejumlah pertumbuhan atau perkembangan yang berhubungan dengan cara menyelesaikan situasi-situasi yang penuh konflik, frustrasi dan ketegangan.

6. Menghargai pengalaman.

Penyesuaian diri yang normal ditandai dengan kemampuan individu untuk belajar dan memanfaatkan pengalaman masa lalu dalam menghadapi tuntutan situasi yang ada.

7. Bersikap realistis dan objektif.

Karakteristik ini berhubungan dengan orientasi individu dalam menghadapi kenyataan. Sikap ini didasarkan pada proses belajar, pengalaman masa lalu dan pemikiran rasional yang memungkinkan individu untuk menilai dan menghargai situasi, masalah, maupun keterbatasan-keterbatasan yang ada.

Individu akan melakukan penyesuaian diri secara positif dalam berbagai bentuk, antara lain (Sunarto & Hartono : 1994):

1. Penyesuaian dengan menghadapi masalah secara langsung, yaitu secara langsung menghadapi masalah dengan segala akibatnya dan melakukan segala tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi individu.
2. Penyesuaian dengan melakukan eksplorasi (penjelajahan), yaitu mencari berbagai bahan pengalaman untuk dapat menghadapi dan memecahkan masalah individu.
3. Penyesuaian dengan trial and error (coba-coba), yaitu melakukan tindakan coba-coba, dalam arti kalau

menguntungkan diteruskan dan kalau gagal tidak diteruskan.

4. Penyesuaian dengan menggali kemampuan diri, yaitu individu menggali kemampuan-kemampuan khusus dalam diri, dan kemudian dikembangkan sehingga dapat membantu penyesuaian diri.
5. Penyesuaian dengan belajar, yaitu menggunakan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh dari belajar untuk membantu penyesuaian diri

RINGKASAN

Kesehatan mental adalah terwujudnya integritas kepribadian, keselarasan dengan jati diri, pertumbuhan ke arah realisasi diri, dan ke arah hubungan yang sehat dengan orang lain. Sehingga Kesehatan mental merupakan kondisi: Tingkat “kesejahteraan mental” dimana individu dapat berfungsi secara adekuat dapat menikmati hidupnya secara seimbang dan mampu menyesuaikan diri terhadap tantangan hidup dan mampu berkontribusi pada kehidupan sosial budaya & agama memiliki peran dalam memberi batasan sehat/tidak sehat. Dalam pengertian yang lebih “positif” tersebut kesehatan mental merupakan fondasi dari tercapainya kesejahteraan (well-being) individu dan fungsi yang efektif dalam komunitasnya.

Kehidupan yang sehat adalah kehidupan yang penuh makna. Hanya dengan makna yang baik orang akan menjadi insan yang berguna tidak hanya untuk diri sendiri tetapi juga untuk orang lain.

Penyesuaian diri adalah suatu proses perubahan dalam diri pada peserta didik, dimana individu harus dapat mempelajari tindakan atau sikap baru untuk berubah sesuai dengan jurusan studi yang telah ditentukan dan menghadapi segala keadaan yang bertolak belakang dengan peserta didik tersebut sehingga tercapai tujuan sekolah, hubungan dengan orang lain dan lingkungan sekitar.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariadi, Purmansyah . 2013. Kesehatan Mental dalam Perspektif Islam. Syifa'MEDIKA Vol. 3 (No.2)
- Fahmi, Mustafa. 1977. Kesehatan Jiwa dalam Keluarga, Sekolah dan Masyarakat; Bulan Bintang; Jakarta; cet 1
- Hamid, Abdul. 2017. Agama dan Kesehatan Mental dalam perspektif psikologi agama. Jurnal kesehatan tadulako vol. 3 No. 1 hal. 3
- Rai Tirtawati,M.Si . 2016. Kesehatan Mental Sumber Daya Manusia Para Guru. Jurnal Kajian Pendidikan Widya Accarya FKIP Universitas Dwijendra ISSN NO. 2085-0018 hal 43
- Rr. Dina Kusuma Wardhani. 2017. Peran Kesehatan Mental bagi Guru dalam Proses Belajar Mengajar di Sekolah. Prosiding Seminar Nasional Pendidikan FKIP UNTIRTA 2017 ISBN 978-602-19411-2-6. Hal 194
- Sari Dewi, Kartika. 2012. Buku Ajar Kesehatan Mental. UPT UNDIP Press Semarang hal 11
- Setyawan,M.Pd., arisfandi. 26 November 2014. Definisi Kesehatan mental

Suryanti, H. H. S., & Hartini, S. (2020). KOLABORASI BIMBINGAN KELOMPOK DAN KONSELING KELOMPOK DALAM MEMBENTUK KARAKTERISTIK MENTAL YANG SEHAT MAHASISWA. RESEARCH FAIR UNISRI, 4(1).

Yuliandari, Elly. Kesehatan Mental Anak dan Remaja

BAB III
CENDERUNGNYA PERKEMBANGAN KESEHATAN
MENTAL MASYARAKAT MODERN SERTA
PENGARUH AGAMA TERHADAP KESEHATAN
MENTAL

A. Pengertian Kesehatan Mental

Sebelum membahas tentang kesehatan mental, kita perlu memahami pengertian dari sehat itu sendiri. Sehat menurut World Health Organization (WHO) adalah: *A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (WHO, 2001). WHO memberikan pengertian tentang sehat sebagai suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang lengkap sejahtera dan tidak semata-mata karena tidak adanya penyakit atau kelemahan. Definisi ini semakin menjelaskan bahwa kesehatan mental merupakan bagian dari kesehatan. Kesehatan mental juga sangat berhubungan dengan kesehatan fisik dan perilaku. WHO lalu memberikan pengertian tentang kesehatan mental sebagai: *A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with normal stresses of life, can work productively*

and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community (WHO, 2001).

Kesehatan mental merupakan kondisi dimana individu memiliki kesejahteraan yang tampak dari dirinya yang mampu menyadari potensinya sendiri, memiliki kemampuan untuk mengatasi tekanan hidup normal pada berbagai situasi dalam kehidupan, mampu bekerja secara produktif dan menghasilkan, serta mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya. Mengutip dari jargon yang digunakan oleh WHO, “there is no health without mental health” menandakan bahwa kesehatan mental perlu dipandang sebagai sesuatu yang penting sama seperti kesehatan fisik. Mengenali bahwa kesehatan merupakan kondisi yang seimbang antara diri sendiri, orang lain dan lingkungan membantu masyarakat dan individu memahami bagaimana menjaga dan meningkatkannya (WHO, 2004).

B. Perkembangan Kesehatan Mental Era Modern

Perubahan yang sangat berarti dalam sikap dan pengobatan gangguan mental, yaitu dari animisme (irrasional) dan tradisional ke sikap dan cara yang rasional (ilmiah), terjadi pada saat berkembangnya psikologi abnormal dan psikiatri di Amerika Serikat, yaitu pada tahun

1783. Ketika itu, Benyamin Rush (1745-1813) menjadi anggota staff medis di rumah sakit Pennsylvania. Di rumah sakit ini, ada 24 pasien yang dianggap sebagai lunatics (orang-orang gila atau sakit ingatan). Pada waktu itu, sedikit sekali pengetahuan tentang penyakit kegilaan tersebut, dan kurang mengetahui cara menyembuhkannya. Sebagai akibatnya, pasien-pasien tersebut didukung dalam sel yang kurang sekali alat ventilasinya, dan mereka sekali-sekali diguyur dengan air. Rush melakukan usaha yang sangat berguna untuk memahami orang-orang yang menderita gangguan mental tersebut. Cara yang ditempuhnya adalah dengan melalui penulisan artikel-artikel dalam koran, ceramah, dan pertemuan-pertemuan lainnya. Akhirnya, setelah usaha itu dilakukan (selama 13 tahun), yaitu pada tahun 1796, di rumah mental, ruangan inidibedakan untuk pasien wanita dan pria. Secara berkesenimbangan, Rush mengadakan pengobatan kepada para pasien dengan memberikan dorongan (motivasi) untuk mau bekerja, rekreasi, dan mencari kesenangan

Perkembangan psikologi abnormal dan psikiatri ini memberikan pengaruh kepada lahirnya "mental hygiene" yang berkembang menjadi suatu "Body of Knowledge" beserta gerakan-gerakan yang terorganisir. Perkembangan kesehatan

mental dipengaruhi oleh gagasan, pemikiran dan inspirasi para ahli, terutama dari dua tokoh perintis, yaitu Dorothea Lynde Dix dan Clifford Whittingham Beers. Kedua orang ini banyak mendedikasikan hidupnya dalam bidang pencegahan gangguan mental dan pertolongan bagi orang-orang miskin dan lemah. Dorothea Lynde Dix lahir pada tahun 1802 dan meninggal dunia tanggal 17 Juli 1887. Dia orang yang mau berjuang untuk memberikan pengorbanan terhadap orang-orang gila secara lebih manusiawi. Pekerjaan Dix ini merupakan faktor penting dalam membangunkesadaran masyarakat umum untuk memperhatikan kebutuhan para penderita gangguan mental.

Pada tahun 1909, gerakan kesehatan mental secara formal mulai muncul. Selama dekade 1900-1909, beberapa organisasi kesehatan mental telah didirikan, seperti American Social Hygiene Association (ASHA), dan American Federation for Sex Hygiene. Perkembangan gerakan-gerakan di bidang kesehatan mental ini tidak lepas dari jasa Clifford Whittingham Beers (1876-1943). Bahkan, karena jasanya itulah, dia dinobatkan sebagai "The Founder Of The Mental Hygiene Movement". Dia terkenal karena pengalamannya yang luas dalam bidang pencegahan dan

pengobatan gangguan mental dengan cara yang sangat manusiawi.

Pada tahun 1908, dia menindak lanjuti gagasannya dengan mempublikasikan tulisan autobiografinya yang berjudul *A Mind That Found It Self*. Kehadiran buku ini disambut baik oleh Willian James, sebagai seorang pakar psikologi. Dalam buku ini, dia memberikan koreksi terhadap program pelayanan, perlakuan atau "treatment" yang diberikan kepada para pasien di rumahsakit yang dipandanginya kurang manusiawi. Di samping itu, dia merupakan reformator terhadap lembaga yang memberikan perawatan gangguan mental. Beers meyakini bahwa penyakit atau gangguan mental dapat dicegah atau disembuhkan. Dia merancang suatu program yang bersifat nasional, yang tujuannya adalah:

1. Mereformasi program perawatan dan pengobatan terhadap pengidap penyakit jiwa;
2. Melakukan penyebaran informasi kepada masyarakat agar mereka memiliki pemahaman dan sikap yang positif
3. terhadap para pasien yang mengidap gangguan atau penyakit jiwa;
4. Mendorong dilakukannya berbagai penelitian tentang kasus-kasus dan obat gangguan mental; dan

5. Mengembangkan praktik-praktik untuk mencegah gangguan mental.

Program Beers ini ternyata mendapat respon positif dari kalangan masyarakat, terutama kalangan para ahli seperti William James dan seorang psikiatris ternama, Adolf Mayer. Begitu tertariknya terhadap gagasan Beers, Adolf Mayer menyarankan untuk menamai gerakan itu dengan nama "Mental Hygiene". Dengan demikian, yang mempopulerkan istilah "Mental Hygiene" adalah Mayer.

Belum lama setelah buku itu diterbitkan pada tahun 1908, sebuah organisasi pertama didirikan, bernama "Connecticut Society For Mental Hygiene". Satu tahun kemudian, didirikanlah "National Commite Society For Mental Hygiene", dan Beers diangkat menjadi sekretarisnya. Organisasi ini bertujuan:

1. Melindungi kesehatan mental masyarakat;
2. Menyusun standard perawatan para pengidap gangguan mental;
3. Meningkatkan studi tentang gangguan mental dalam segala bentuknya dan berbagi aspek yang terkait dengannya;
4. Menyebarkan pengetahuan tentang kasus gangguan mental, pencegahan dan penobatannya; dan

5. Mengkoordinasikan lembaga-lembaga perawatan yang ada.

Terkait dengan perkembangan gerakan kesehatan mental ini, Deutsch mengemukakan bahwa pada masanya dan pascaPerang Dunia I, gerakan kesehatan mental ini mengkonsentarsikan programnya untuk membantu mereka yang mengalamimasalah serius. Setelah perang usai, gerakan kesehatan mental semakin berkembang dan cakupan garapannya meliputi berbagai bidang kegiatan, seperti pendidikan, kesehatan masyarakat, pengobatan umum, industri, kriminologi, dan kerja sosial. Secara hukum, gerakan kesehatan mental ini mendapatkan pengukuhannya pada tanggal 3 Juli 1946, yaitu ketika presiden Amerika Serikat menandatangani "The National Mental Helath Act.⁴ Beberapa tujuan yang terkandung dalam dokumen tersebut meliputi:

1. Meningkatkan kesehatan mental seluruh warga masyarakat Amerika Serikat, melalui penelitian, inevestigasi,eksperimen penanganan kasus-kasus, diagnosis dan pengobatan;
2. Membantu lembaga-lembaga pemerintah dan swasta yang melakukan kegiatan penelitian dan meningkatkan koordinasi antara para peneliti dalam melakukan kegiatan

- penelitian dan meningkatkan kegiatan dan mengaplikasikan hasil-hasil penelitiannya;
3. Memberikan latihan terhadap para personel tentang kesehatan mental; dan
 4. Mengembangkan dan membantu negara dalam menerapkan berbagai metode pencegahan, diagnosis, dan obat terhadap para pengidap gangguan mental.

Pada tahun 1950, organisasi kesehatan mental terus bertambah, yaitu dengan berdirinya "*National Association Health*" yang bekerjasama dengan tiga organisasi swadaya masyarakat lainnya, yaitu "National Committee For Mental Hygiene", "National Mental Health Foundation", dan "Psychiatric Foundation". Gerakan kesehatan mental ini terus berkembang sehingga pada tahun 1975 di Amerika Serikat terdapat lebih dari seribu tempat perkumpulan kesehatan mental. Di belahan dunia lainnya, gerakan ini dikembangkan melalui "*The World Federation For Mental Health*" dan "*The World Health Organization*".

C. Kecenderungan Perkembangan Kesehatan Mental Masyarakat Modern

Kehidupan yang terlalu berorientasi pada pembangunan bidang material (pemenuhan kebutuhan biologis) telah menelantarkan supra empiris manusia, sehingga terjadi pemiskinan rohaniyah dalam dirinya. Dalam suatu penelitian terhadap masyarakat barat dikemukakan bahwa akibat sampingan dari gaya hidup modern, di negara-negara industri adalah berbagai masalah sosial dan pribadi yang cukup konfleks. Masalah tersebut seperti: 1) Tatalaksana fisik dan psikis, 2) kehidupan yang serba rumit, 3) masa depan, 4) tidak manusiawinya hubungan antar individu, 5) rasa terasing dari anggota keluarga dan anggota masyarakat lainnya, 6) renggangnya tali hubungan kekeluargaan, 7) terjadinya penyimpangan moral dan sistem nilai,

Ernaldi bahar (republika, 25 september 1995) mengemukakan bahwa “gangguan jiwa merupakan gambaran khas sebuah kota metropolitan yang diperkirakan angkannya akan semakin membesar setiap tahunnya”. Perkembangan metropolitan yang cepat, lengkap dengan berbagai maslahnya sering tak mampu beradaptasi dengan baik, sehingga penyebabnya adalah ketegangan.

Upaya yang dapat mengembangkan mental yang sehat dan meredakan penyakit jiwa adalah dengan meningkatkan kesadaran beragam masyarakat, atau upaya untuk "kembali ke agama". Karena agama akan memberikan pencerahan terhadap pola berfikir manusia kearah kehidupan yang sakinah, mawaddah, rahmah dan ukhuwwah, sehingga manusia akan terhindar dari sifat-sifat individualistik, nafsu eksploitatif, borjuistik, dan materealistik (hubbud dunia), yang menjadi pemicu munculnya malapetaka kehidupan di muka bumi ini. Gaya Hidup Modernisasi tidak hanya membawa dampak positif bagi masyarakat tapi juga membawa dampak yang negative. Modernisasi tidak hanya menghasilkan kemajuan material maupun non material yang akhirnya dapat mengangkat erajat kehidupan manusia, martabat bangsa, negara dan masyarakat. Akan tetapi juga memberikan dampak negative sebagai efek samping yang mengganggu keserasian masyarakat.

D. Kesehatan Mental Anak dan Remaja di Masa Kini.

Kesehatan mental anak dan remaja dapat mempengaruhi masa depan dirinya sendiri sebagai individu, dan berdampak pada keluarga hingga masyarakat. Oleh karenanya, kekhawatiran ini berkembang baik untuk institusi

kesehatan dan peneliti akademis. Memahami kesehatan mental pada anak dan remaja artinya perlu memahami juga faktor-faktor apa saja yang dapat membahayakan kesehatan mental (risk factor) dan faktor-faktor apa saja yang dapat melindungi kesehatan mental (protective factor) anak. Risk factor menimbulkan kemungkinan kerentanan dalam diri anak, sedangkan protective factor menimbulkan kemungkinan kekuatan dalam diri anak. Semakin banyak risk factor, maka semakin besar tekanan pada anak. Di sisi lain, semakin banyak protective factor, maka besar kemungkinan anak untuk dapat terhindar dari gangguan. Risk factor merupakan faktor yang dapat memunculkan kerentanan terhadap distress. Artinya, ketidakmampuan menyesuaikan diri dapat dikarenakan adanya kondisi-kondisi yang menekan, seperti anak yang tumbuh pada keluarga yang memiliki status ekonomi rendah, tumbuh di lingkungan penuh kekerasan dan adanya pengalaman trauma (Schoon, 2006).

Kesehatan mental yang baik bukan hanya dilihat dari tidak adanya masalah kesehatan mental yang didiagnosis, melainkan berhubungan dengan well-being seseorang. Well-being adalah sebuah konsep yang lebih luas dibanding kesehatan mental. Walaupun begitu, keduanya memiliki

keterkaitan. Gangguan yang terjadi pada kesehatan mental anak dapat memberikan dampak pada keseluruhan well-being anak, sebaliknya well-being yang buruk dalam bentuk apapun dapat menjadi resiko terhadap kesehatan mental. Masa anak dan remaja yang masih erat kaitannya dengan masa perkembangan membuat adanya kesulitan dalam melakukan diagnosis dan memberikan perlakuan (Remschmidt, et al., 2007). Kesulitan ini muncul karena tidak ada garis yang jelas dalam membedakan perkembangan yang normal dan abnormal. Kesehatan mental melibatkan lebih dari masalah medis. Banyak faktor yang memengaruhi, seperti adanya faktor sosial ekonomi. Masalah kesehatan mental dapat muncul di berbagai area mulai dari ranah individu seperti penyalahgunaan zat, kejahatan, kekerasan, kehilangan produktivitas hingga bunuh diri. Kesehatan mental pada anak dan remaja juga melibatkan kapasitasnya untuk dapat berkembang dalam berbagai area seperti biologis, kognitif dan sosial-emosional (Remschmidt, et al., 2007). Oleh karenanya, penting bagi kita memahami tahapan perkembangan sebagai upaya untuk melihat adanya indikasi permasalahan pada perkembangan anak dan remaja. Anak yang memiliki kesehatan mental memiliki ciri-ciri yang dapat kita amati dari proses perkembangannya :

1. Proses Biologis, Proses biologis pada anak melibatkan terjadinya perubahan fisik pada tubuh anak (Santrock, 2014). Perkembangan fungsi-fungsi tubuh seperti fungsi seksual akan memengaruhi perilaku dan perkembangan anak. Beberapa contohnya adalah gen yang diwarisi dari orang tua, perkembangan otak, tinggi badan dan kenaikan berat badan, kemajuan dalam keterampilan motorik serta perubahan hormonal.
2. Proses Kognitif, Proses kognitif melibatkan perubahan dalam cara berpikir individu dan kecerdasan seseorang (Santrock, 2014). Proses ini sangat erat kaitannya dengan perkembangan otak. Anak yang sehat mental dan memiliki perkembangan kognitif yang memadai memunculkan kemauan untuk mempelajari hal baru di sekitarnya, memiliki kreativitas, dan kemampuan bahasanya pun berkembang.
3. Proses Sosial-Emosional, Proses sosial-emosional melibatkan perubahan emosi, kepribadian, hubungan dengan orang lain dan lingkungan sosial (Santrock, 2014). Proses sosial-emosional yang berkembang dengan baik membuat anak mampu menyadari, membedakan, mengelola serta mengekspresikan emosi secara tepat. Seiring perkembangannya, anak perlu untuk menjadi

sadar akan adanya orang lain dan berusaha menmbuhkan empatinya terhadap orang lain.

Untuk mengetahui kesehatan mental anak, penting untuk melihat faktor dalam diri anak, keluarga dan lingkungan. Faktor dalam diri anak seperti faktor genetik, temperamen, dan kesehatan fisik perlu diamati. Faktor dari keluarga meliputi pola asuh orang tua serta kelekatan anak terhadap orang tua. Teori kelekatan (*attachment*) dari John Bowlby (1969) memperlihatkan bahwa anak-anak perlu membangun ikatan yang aman dengan pengasuh utama mereka di masa kecil (Cooper, 2005). Ikatan yang aman ini penting untuk membangun kepercayaan dan rasa aman. Dengan adanya kedua hal tersebut, mereka dapat belajar dan melakukan eksplorasi terhadap dunia di sekitar mereka dengan percaya diri dan tanpa ketakutan yang berlebihan. Pola asuh orang tua sangat berpengaruh terhadap rasa aman anak. Adanya peraturan yang berlebihan, tuntutan yang tidak realistis, kebebasan tanpa batasan aturan, dan pola komunikasi yang tidak didasari oleh alasan-alasan mengapa pesan tersebut harus dilaksanakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan mental anak.

Berbeda dengan masa anak, masa remaja adalah periode permulaan (onset) untuk adanya berbagai perilaku dan

kondisi yang memengaruhi kesehatan dan juga dapat menyebabkan gangguan pada masa dewasa. Adanya masa pubertas merupakan salah satu tantangan bagi remaja. Pubertas mengacu pada masa transisi perkembangan yang ditandai dengan perubahan biologis yang mengakibatkan kematangan dari segi fisik dan seksual (Santrock, 2014). Kadar hormon selama masa pubertas dapat mempengaruhi respons stress dalam tubuh dan otak. Faktor lain yang juga penting adalah pengaruh peer (teman sebaya) yang dapat membuat anak perlu mengembangkan kemampuan terkait penyesuaian diri dan regulasi diri. Ketika remaja merasa diterima di lingkungan pertemanannya dan tidak membandingkan diri secara berlebihan, hal ini mampu membuat mereka merasa aman di lingkungan. Mental illness seperti gangguan kepribadian serta emosi banyak dimulai di masa ini. Perilaku-perilaku tidak sehat seperti merokok, minum minuman keras dan penggunaan obat-obatan terlarang sering dimulai pada masa remaja dan berhubungan erat dengan peningkatan masalah hingga kematian yang merupakan tantangan utama dalam kesehatan. Kesadaran atas pentingnya kesehatan mental saat ini selalu ditanamkan oleh WHO.

E. Agama Dan Pengaruhnya Terhadap Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah ilmu yang meliputi system tentang prinsip-prinsip, peraturan-peraturan serta prosedur-prosedur untuk mempertinggi kesehatan rohani. Orang yang sehat mentalnya yaitu orang yang dalam rohani atau dalam hatinya selalu merasa tenang, aman dan tentram..sejumlah kasus yang menunjukkan adanya hubungan antara factor keyakinan dengan kesehatan jiwa atau mental tampaknya sudah disadari para ilmuan beberapa abad yang lalu.pengobatan penyakit batin melalui bantuan agama telah banyak dipraktekan orang.

Hubungan antara kejiwaan dan agama dalam kaitannya dengan hubungan antara agama sebagai keyakinan dan kesehatan jiwa, terletak pada sikap penyerahan diri seseorang terhadap Yang Maha Tinggi. Sifat pasrah yang serupa akan memberi sikap optimis pada diri seseorang sehingga akan muncul perasaan positif seperti rasa bahagia, rasa senang, puas, atau rasa aman. Salah satu cabang ilmu jiwa yang tergolong dalam psikologi humanistic dikenal logoterapi (logos berarti makna dan juga rohani). Logoterapi dilandasi falsafah hidup dan wawasan mengenai manusia yang mengakui adanya dimensi social pada kehidupan manusia. Logoterapi menunjukkan tiga bidang kegiatan yang secara

potensial memberi peluang kepada seseorang untuk menemukan makna hidup bagi dirinya sendiri. Kegiatan-kegiatan itu adalah :

1. Kegiatan berkarya, bekerja dan mencipta, serta melaksanakan dengan sebaik-baiknya tugas dan kewajiban masing-masing.
2. Keyakinan dan penghayatan atas nilai-nilai tertentu (kebenaran, kebajikan, keindahan, keimanan, dll).
3. Sikap tepat yang diambil dalam keadaan dan penderitaan yang tidak terelakkan lagi.

Suatu kenyataan yang tampak jelas dalam dunia modern yang telah maju atau sedang berkembang yaitu adanya kontradiksi-kontradiksi yang mengganggu kebahagiaan orang dalam hidup. Kemajuan zaman seharusnya membawa kebahagiaan bagi manusia karena segala sesuatu menjadi mudah. Akan tetapi kenyataan yang terjadi kebahagiaan yang terjadi semakin jauh, hidup yang dulunya sukar dalam hal materil kini telah berganti dengan kesukaran mental(psychis). Hal yang demikian disebabkan oleh beberapa factor yaitu: kebutuhan hidup yang meningkat, rasa individualitas dan egois,persaingan dalam hidup,keadaan yang tidak stabil yang tidak diimbangi dengan agama yang kuat. Kepada tuhan

merupakan penolong yang ampuh untuk mengembalikan ketenangan dan keseimbangan jiwa. Agama adalah obat penawar yang sejuk yang akan memadamkan nyala yang bergejolak di dalam hati. Dapat dipastikan bahwa agama merupakan unsure yang terpenting dalam membina mental. Tanpa agama rencana-rencana pembangunan tidak akan terlaksana dengan sebaik-baiknya, karena dapatnya seseorang melaksanakan suatu rencana dengan baik tergantung kepada ketenangan jiwanya. Selain itu manusia juga membutuhkan beberapa kebutuhan untuk menutupi kekurangan-kekurangan yang dirasakan antara lain :

1. Kebutuhan akan rasa kasih sayang
2. Kebutuhan akan rasa aman
3. Kebutuhan akan rasa harga diri
4. Kebutuhan akan rasa bebas
5. Kebutuhan akan rasa sukses
6. Kebutuhan akan rasa tahu (menenal).

Adapun Fungsi agama dalam kehidupan menurut salah satu ahli Zakiah Daradjat yaitu agama memberikan bimbingan dalam hidup, agama adalah penolong dalam kesukaran dan agama menentramkan batin. Bahwa agama sangat perlu dalam kehidupan manusia, orang yang

beriman yang hidup menjalankan agamanya, sikapnya akan selalu tenang tidak merasa gelisah atau cemas.

F. Konsep Kesehatan Mental Dalam Al-Qur'an Dari Perspektif Tafsir Al – Mishbah

1. Konsep al-Qur'an Tentang Kesehatan Mental

Al-Qur'an sebagai sumber ajaran Islam, kebenarannya bersifat hakiki dan tidak ada keraguan didalamnya karena ia diturunkan oleh Allah SWT, sebagai kitab suci yang berisi petunjuk dan penjelasan, bagi petunjuk itu sendiri di dalamnya banyak ayat-ayat yang berkaitan dengan kesehatan mental dengan berbagai istilah yang digunakannya sebagai sesuatu yang hendak dicapai oleh setiap manusia. Ilmu dan Kesehatan mental dalam al-Qur'an mengemukakan beberapa penyakit mental yang disebabkan oleh seseorang jauh dari al-Qur'an diantaranya sebagai berikut : Riya' yaitu bertingkah laku karena motif ingin dipuji atau diperhatikan orang lain, Hasad dan dengki atau iri hati, Rakus (berlebih-lebihan dalam makan), Waswas merupakan bisikan hati, akan nafsu dan kelezatan, Ingkar janji, Membicarakan kejelekan orang lain (ghibah), Sangat marah (syiddat al-ghaḍap), Cinta dunia (ḥubb ad dunya),

Cinta harta (ḥubb al-Mal), Kebakhilan (pelit), Cinta pada kedudukan atau pangkat (ḥubb al-Jah), Kesombongan (kibr) atau bangga (ujub). Islam menetapkan tujuan pokok kehadirannya untuk memelihara agama, jiwa, akal, jasmani dan keturunan.

Setidaknya dari yang disebutkan di atas berkaitan dengan kesehatan. Paling tidak ada dua istilah literatur keagamaan yang digunakan untuk menunjukkan tentang pentingnya kesehatan mental pandangan al-Qurʿān, yaitu terdiri dari dua kata sehat dan afiat. Istilah kebahagiaan, ketentraman, keselamatan, kejayaan, kemakmuran dan kesempurnaan, dalam istilah kesehatan mental tersebut, al-Qurʿān juga terdapat ayat-ayat yang berkaitan dengan uraian definisi kesehatan mental, meliputi hubungan manusia dengan dirinya sendiri, sesama manusia, lingkungan dan Tuhan, yang kesemuanya ditujukan untuk mendapatkan hidup bermakna bahagia dunia dan akhirat.

2. Konsep al-Qurʿān Tentang Kesehatan Mental Perspektif Tafsir Al-Misbah

Berikut ini ayat-ayat al-Qurʿān yang berhubungan dengan konsep kesehatan mental yaitu sebagai berikut:

Pertama : ayat al-Qurʿān yang berkaitan dengan hubungan manusia dengan dirinya serta pengembangan

dan memanfaatkan potensinya dalam bentuk amr ma'ruf wa nahi munkar atau sebaliknya mengutamakan hawa nafsu yang ada pada dirinya. Firman Allah SWT : dalam Q.S Al-Imran (3): 110. Menurut Quraish Shihab, dalam tafsir Al-Misbah bahwa ayat di atas dijelaskan bahwa yang dimaksud dalam ayat ini adalah kalian, sebaik-baik umat yang dilahirkan untuk manusia jika kalian semua menunaikan syarat-syaratNya, dan beriman kepada Allah, yang dilahirkan untuk syarat yang telah Allah tetapkan, jadi penafsiran ayat tersebut adalah “ kalian sebaik-baiknya umat yang memerintahkan manusia kepada yang ma'ruf, melarang manusia yang munkar manusai pada zaman kalian.

Kedua : Ayat al-Qur'ān tentang kesehatan mental yang diterapkan dalam kesabaran dalam menghadapi cobaan, Allah Q.S. al-Baqarah (2): 155. Ayat tersebut, menggunakan lafadz *walanabluwannakum* adalah menyatakan, Allah dengan tegas menyatakan bahwa Allah pasti akan menguji manusia. Ujian bagi manusia seringkali terasa dalam bentuk kesempitan, kesulitan, sebagaimana yang tersurat dalam ayat di atas bahwa ujian yang akan diberikan Allah adalah ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa serta buah-buahan. Semua yang

diujikan kepada manusia adalah kebutuhan manusia yang bisa membuat manusia merasa dalam keadaan sulit dan putus asa. Ketakutan akan mengganggu psikologi manusia, kekurangan makanan akan mengganggu stabilitas kehidupan manusia karena kurang tercukupinya kebutuhan primer yang berupa pangan, demikian juga dengan kekurangan harta akan menjadikan manusia merasa serba kekurangan dan berada dalam kesempitan Al-Baqarah (2): 153, al-Baqarah (2): 155, Sabar dengan kepribadian dalam Tafsir Al-Misbah, terdapat hubungan sabar dengan kesejahteraan psikologis, dan Relevansi konsep sabar dalam pendidikan Islam berimplikasi pada konsep Adversity Quotient.

ketiga : Ayat al-Qur`ān yang berkaitan dengan *h*abl min Allah, manusia mempunyai kecenderungan untuk mengembangkan beribadah kepada Allah atau sebelumnya mengingkarinya. Firman Allah SWT dalam Q.S Adz-Zariyat (51): 56. Menurut Quraish Shihab, penafsiran ayat di atas menggunakan persona pertama (Aku) dan sebelumnya menggunakan persona ketiga (Dia/Allah) ini bertujuan bukan menekankan pesan yang dikandungnya tetapi mengisaratkan bahwa perbuatan-perbuatan Allah melibatkan Malaikat dan sebab-

sebabnya, yaitu karena penekanan beribadah kepada Allah semata-mata. Ayat ini didahului kata al jinn dari kata al-ins (manusia), karena memang jin lebih dulu diciptakan Allah dari pada manusia. Huruf lam pada li ya“budūn berarti agar mereka beribadah atau agar Allah disembah.

Keempat : Ayat al-Qur“ān tentang motivasi, Q.S. Asy-Syarh (94): - 6. M. Quraish Shihab dalam Tafsir Al Misbah dijelaskan bahwa ayat 5 kata al-,usr berbentuk definit (memakai alif dan lam) demikian pula kata tersebut pada ayat 6. Ini berarti bahwa kesulitan yang dimaksud pada ayat 5 sama halnya dengan kesulitan yang disebutkan pada ayat 6, berbeda dengan yusran. Kata tersebut tidak dalam bentuk definit, sehingga kemudahan yang disebut pada ayat 5 berbeda dengan kemudahan yang disebut pada ayat 6. Dalam surat di atas terdapat dua ayat yang diulangi yakni “bersama kesulitan ada kemudahan.” Ayat ini memberi spirit agar setiap manusia mau merenungkan dengan serius bahwa kesulitan, kesengsaraan, kemalangan, dan kesakitan merupakan pintu untuk memasuki rahasia dan hakikat kemudahan, kebahagiaan, dan kedamaian. Dengan kecerdasan ini seseorang dapat mudah mengetahui dan memahami hakikat dari setiap tantangan dan kesulitan. Sehingga, ia senantiasa memiliki

spirit untuk selalu mencari jalan dan celah-celah agar dapat menembus esensi tantangan, kesulitan, dan penderitaan itu melalui perjuangan hidup di dunia ini dan dapat pula dalam arti satu kemudahan di dunia dan satu lainnya di akhirat.

Kelima : Ayat tentang ketenangan dan ketentraman jiwa, Firman Allah SWT dalam Q.S. Al-Ra“d (13): 28. M. Quraish Shihab dalam Tafsir Al-Misbah kata zikr mulanya mengucapkan dengan lidah dan berkembang menjadi “mengingat”, dalam ayat di atas dipahami arti menyebut nama Allah yang agung. Kontek ayat ini tentang zikrullāh yang melahirkan ketentraman hati yang mencakup keangungan, larangan dan perintah, dan Allah sebagai penolong dan pelindung.

Hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram” Ketika manusia melupakan Sang Maha Pencipta dan kehilangan God view-nya, kehidupan jadi hampa. Menjauhkan diri dari Sang Pencipta, berarti mengosongkan diri dari nilai-nilai imani. Sungguh merupakan “kerugian” terbesar bagi manusia selaku makhluk berdimensi spiritual. “Mereka itulah orang yang membeli kesesatan dengan petunjuk, maka tidaklah beruntung perniagaan mereka dan tidaklah mendapat

petunjuk.” (Q S al-Baqarah (2): 16). “Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram.” Q S al-Ra’d (13 :28). Al-Qur’ān merupakan kitab dan di dalamnya mengatur seluruh aspek kehidupan manusia, begitu juga dalam mengatur tatanan kehidupan di bumi guna menuju kebahagiaan dunia dan akhirat. Implikasi al-Qur’ān terhadap kesehatan mental dapat dilihat dari peranannya bagi kehidupan manusia, yang dapat dikemukakan bahwa Islam dalam al-Qur’ān memberikan tugas dan tujuan bagi hidup dan kehidupan manusia di dunia dan akhirat. Al-Qur’ān menyebutkan untuk beribadah kepada Allah, firmanNya Allah Q.S. Al-Zariyat (51): 56, “Dan tidak Aku jadikan jin dan manusia kecuali untuk beribadah kepada-Ku.” 65 Manusia mempunyai beban amanat dari Allah untuk melaksanakan syariat-Nya untuk beribadah. Kesehatan mental dalam pandangan al-Qur’ān adalah pengembangan dan pemanfaatan potensi-potensi jiwa dengan niat ikhlas beribadah.

G. Implikasi Peran Agama Bagi Kesehatan Mental Terhadap Pendidikan Agama

Implikasi agama sebagai psikoterapi religius mempunyai signifikansi yang koheren bagi pendidikan agama. Pendidikan Agama mempunyai fungsi untuk mencegah, mengatasi dan membina manusia agar selalu mempunyai jiwa yang kokoh, tabah, dan selalu mentransendentalisasikan kehidupannya pada Tuhan. Pendidikan agama tidak lain adalah upaya mengefektifkan aplikasi nilai-nilai agama yang dapat menimbulkan transportasi nilai dan pengetahuan secara utuh Kepada manusia, masyarakat dan dunia pada umumnya. Dengan demikian, maka seluruh aspek kehidupan manusia akan mendapatkan sentuhan nilai-nilai Ilahiyah yang transcendental. (Zakiah Daradjat :1995 ; hal 15-16).

1. Makna dan Hakekat Pendidikan Agama

Pendidikan Agama dapat diartikan sebagai pendidikan yang materi bahasanya berhubungan dengan keimanan, ketaqwaan, akhlaq dan ibadah kepada Tuhan. Dengan demikian, pendidikan agama berhubungan dengan pembinaan mental spiritual yang selanjutnya dapat mendasari tingkah laku manusia dalam berbagai bidang kehidupan. (Abudin Nata : 2003 ; 195) Dalam konsep Islam pendidikan bukan sekedar penyampaian

pengetahuan, tetapi juga mengembangkan seluruh dimensi yang ada dalam diri siswa (tarbiyah). Menurut Zakiah guru bukan sekedar penyampai pengetahuan (ta'lim) tetapi juga sekaligus seorang pelatih jiwa dan kepribadian (murabbi) dan pembentuk moral akhlaq dan prilaku (mu'adib). Selanjutnya Zakiah memberikan konsep tentang pendidikan dalam Islam dapat dijabarkan sebagai berikut :

- a. Pendidikan Islam mencakup semua dimensi manusia sebagaimana ditentukan oleh Islam.
- b. Pendidikan Islam menjangkau kehidupan di dunia dan akherat secara seimbang.
- c. Pendidikan Islam memperhatikan manusia dalam semua gerak kegiatannya, serta mengembangkan semua daya hubungan dengan orang lain.
- d. Pendidikan Islam berlangsung sepanjang hayat, mulai dari janin dalam kandungan ibunya, sampai pada berakhirnya hidup di dunia.
- e. Maka kurikulum pendidikan Islam menghasilkan manusia yang memperoleh hak didunia dan hak diakherat. (Zakiah Daradjat : 1995 ; 35)

2. *Tujuan Pendidikan Agama*

Hampir semua ahli Pendidikan Islam sepakat, bahwa tujuan pendidikan agama adalah pembentukan pribadi muslim yang sempurna sebagai kholifah fil ard beriman dan beramal saleh sehingga bahagia didunia dan akherat. Pendidikan agama bertujuan membentuk kepribadian anak sesuai dengan ajaran agama, serta pembinaan sikap, mental dan akhlaq. Tujuan pendidikan dalam Islam secara garis besar adalah untuk membina manusia agar menjadi hamba Allah yang saleh dengan seluruh aspek kehidupannya, perbuatan, fikiran dan perasaan. (Zakiah Daradjat : 1986 ; 107).

3. *Metode Pendidikan Agama*

Cara memberikan pendidikan agama harus disesuaikan dengan perkembangan psikologi daya nalar anak, seorang guru tidak cukup kalau hanya tahu pengetahuan agama, akan tetapi harus menguasai masalah ditaktik, metodik, dan psikologi, agar ia dapat mengajar dengan baik . dan harus mempunyai jiwa agama sehingga segala gerak aktivitasnya menjadi tauladan dan cermin bagi muridnya.

RINGKASAN

Pada tahun 1950, organisasi kesehatan mental terus bertambah, yaitu dengan berdirinya "*National Association Health*" yang bekerjasama dengan tiga organisasi swadaya masyarakat lainnya, yaitu "National Committee For Mental Hygiene", "National Mental Health Foundation", dan "Psychiatric Foundation". Gerakan kesehatan mental ini terus berkembang sehingga pada tahun 1975 di Amerika Serikat terdapat lebih dari seribu tempat perkumpulan kesehatan mental. Di belahan dunia lainnya, gerakan ini dikembangkan melalui "*The World Federation For Mental Health*" dan "*The World Health Organization*".

Upaya yang dapat mengembangkan mental yang sehat dan meredakan penyakit jiwa adalah dengan meningkatkan kesadaran beragam masyarakat, atau upaya untuk "kembali ke agama". Karena agama akan memberikan pencerahan terhadap pola berfikir manusia ke arah kehidupan yang sakinah, mawaddah, rahmah dan ukhuwwah, sehingga manusia akan terhindar dari sifat-sifat individualistik, nafsu eksploitatif, borjuistik, dan materialistik (hubbud dunya), yang menjadi pemicu munculnya malapetaka kehidupan di muka bumi ini. Gaya Hidup Modernisasi tidak hanya membawa dampak positif bagi masyarakat tapi juga membawa dampak yang negative.

Modernisasi tidak hanya menghasilkan kemajuan material maupun non material yang akhirnya dapat mengangkat erajat kehidupan manusia, martabat bangsa, negara dan masyarakat. Akan tetapi juga memberikan dampak negative sebagai efek samping yang mengganggu keserasian masyarakat.

Untuk mengetahui kesehatan mental anak, penting untuk melihat faktor dalam diri anak, keluarga dan lingkungan. Faktor dalam diri anak seperti faktor genetik, temperamen, dan kesehatan fisik perlu diamati. Faktor dari keluarga meliputi pola asuh orang tua serta kelekatan anak terhadap orang tua. Teori kelekatan (*attachment*) dari John Bowlby (1969) memperlihatkan bahwa anak-anak perlu membangun ikatan yang aman dengan pengasuh utama mereka di masa kecil (Cooper, 2005). Ikatan yang aman ini penting untuk membangun kepercayaan dan rasa aman. Dengan adanya kedua hal tersebut, mereka dapat belajar dan melakukan eksplorasi terhadap dunia di sekitar mereka dengan percaya diri dan tanpa ketakutan yang berlebihan. Pola asuh orang tua sangat berpengaruh terhadap rasa aman anak. Adanya peraturan yang berlebihan, tuntutan yang tidak realistis, kebebasan tanpa batasan aturan, dan pola komunikasi yang tidak didasari oleh alasan-alasan mengapa pesan tersebut harus dilaksanakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan mental anak.

Dapat dipastikan bahwa agama merupakan unsure yang terpenting dalam membina mental. Tanpa agama rencana-rencana pembangunan tidak akan terlaksana dengan sebaik-baiknya, karena dapatnya seseorang melaksanakan suatu rencana dengan baik tergantung kepada ketenangan jiwanya. Selain itu manusia juga membutuhkan beberapa kebutuhan untuk menutupi kekurangan-kekurangan yang dirasakan antara lain :

1. Kebutuhan akan rasa kasih sayang
2. Kebutuhan akan rasa aman
3. Kebutuhan akan rasa harga diri
4. Kebutuhan akan rasa bebas
5. Kebutuhan akan rasa sukses
6. Kebutuhan akan rasa tahu (mengenal).

Ilmu dan Kesehatan mental dalam al-Qur'an mengemukakan beberapa penyakit mental yang disebabkan oleh seseorang jauh dari al-Qur'an diantaranya sebagai berikut : Riya' yaitu bertingkah laku karena motif ingin dipuji atau diperhatikan orang lain, Hasad dan dengki atau iri hati, Rakus (berlebih-lebihan dalam makan), Waswas merupakan bisikan hati, akan nafsu dan kelezatan, Ingkar janji, Membicarakan kejelekan orang lain (ghibah), Sangat marah (syiddat al-ghadap), Cinta dunia (ḥubb ad dunya), Cinta harta (ḥubb al-Mal), Kebakhilan (pelit), Cinta pada kedudukan atau pangkat (hubb al-Jah), Kesombongan

(kibr) atau bangga (ujub). Islam menetapkan tujuan pokok kehadirannya untuk memelihara agama, jiwa, akal, jasmani dan keturunan.

DAFTAR PUSTAKA

Burhanudian, Yusak, 1999, Kesehatan Mental, Bandung: CV. Pustaka Setia.

Daradjat, Zakiah. 1978. Peranan Agama dalam Kesehatan Mental. Jakarta: Gunung Agung.

<http://aderinaahmadyani.blogspot.com/2014/01/pengaruh-gaya-hidup-modern-pada-remaja.html?m=1> diakses pada 1 mei 2021 Jam 15.00 WITA

<https://jurnal.uisu.ac.id/index.php/wahana/article/download/2389/1595>. Diakses pada 1 mei 2021 Jam 13.00 WITA.

Indarjo, S. (2009). Kesehatan jiwa remaja. Jurnal Kesehatan Masyarakat, hal. 5.

Jurnal kesehatan taduluko tentang AGAMA DAN KESEHATAN MENTAL DALAM PERSPEKTIF PSIKOLOGI AGAMA vol.3 no.1 januari 2018 1-84

Jurnal Lur, Kholil Rochman. 2010. Kesehatan Mental. Purwokerto.

Mahfuzh, Syaikh M. Jamaluddin, 2001, Psikologi Anak dan Remaja Muslim, Jakarta: Pustaka al-Kautsar.

Mawangir, M. (2015). Zakiah Daradjat dan pemikirannya tentang peran pendidikan Islam dalam kesehatan mental. Intizar, 21 (1), 83-94.

Reza, If (2015) Epektivitas pelaksanaan ibadah dalam upaya mencapai kesehatan mental.

Ridhani, A.R. 2018. *Assesmen Bimbingan dan Konseling Teknik Non Tes*. Banjarmasin: Uniska Press (buku)

Ridhani, A.R. 2018. *Assesmen Bimbingan dan Konseling Teknik Non Tes*. *Jurnal Bimbingan dan Konseling Ar-Rahman* Vol 1 No 2. (jurnal)

BAB IV

GANGGUAN JIWA DAN KECEMASAN (*ANXIETY*)

A. Gangguan Jiwa

1. Pengertian

Gangguan jiwa adalah sindrom pola perilaku individu yang berkaitan dengan suatu gejala penderitaan dan pelemahan didalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, gaangguan tersebut mempengaruhi hubungan antara dirinya sendiri dan juga masyarakat (Maramis, 2010).

Gangguan jiwa atau mental illness adalah keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan mengenai persepsinya tentang kehidupan, hubungan dengan orang lain, dan sikapnya terhadap dirinya sendiri. Gangguan jiwa merupakan suatu gangguan yang sama halnya dengan gangguan jasmaniah lainnya, tetapi gangguan jiwa bersifat lebih kompleks, mulai dari yang ringan seperti rasa cemas, takut hingga tingkat berat berupa sakit jiwa (Budiono, 2010).

Gangguan jiwa adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk

sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (UU.RI No.18, 2014)

2. Jenis-jenis gangguan jiwa

Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang psikologik dari unsur psikis Maramis, (2010). Jenis-jenis gangguan jiwa menurut Keliat, (2009) : Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja. Menurut Keliat, (2009) jenis-jenis gangguan jiwa yaitu:

a. Skizofrenia

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimanamana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab-musabab dan patogenesisnya sangat kurang. Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju kearah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak “cacat”.

Skizofrenia mempunyai macam-macam jenisnya, menurut Maramis (2004) jenis-jenis skizofrenia meliputi:

- 1) Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

- 2) Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi “pengemis”, “pelacur” atau “penjahat”.
- 3) Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2004) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

- 4) Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.
- 5) Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejalagejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

b. Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kekecewaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya.

Depresi adalah suatu perasaan sedih dan yang berhubungan dengan penderitaan, dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam. Depresi adalah gangguan patologis terhadap mood mempunyai karakteristik berupa bermacam-macam perasaan, sikap dan kepercayaan bahwa seseorang hidup menyendiri, pesimis, putus asa, ketidak berdayaan, harga diri rendah, bersalah, harapan yang negatif dan takut pada bahaya yang akandatang.

Depresi menyerupai kesedihan yang merupakan perasaan normal yang muncul sebagai akibat dari situasi tertentu misalnya kematian orang yang dicintai. Sebagai ganti rasa ketidaktahuan akan kehilangan seseorang akan menolak kehilangan dan menunjukkan kesedihan dengan tanda depresi. Individu yang menderita suasana perasaan (mood) yang depresi biasanya akan kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktifitas. Depresi dianggap normal terhadap banyak stress kehidupan dan abnormal hanya jika ia tidak sebanding dengan peristiwa penyebabnya dan terus

berlangsung sampai titik dimana sebagian besar orang mulai pulih.

c. Kecemasan

Sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi sebaik-baiknya. Suatu keadaan seseorang merasa khawatir dan takut sebagai bentuk reaksi dari ancaman yang tidak spesifik. Penyebabnya maupun sumber biasanya tidak diketahui atau tidak dikenali. Intensitas kecemasan dibedakan dari kecemasan tingkat ringan sampai tingkat berat. Menurut Stuart & Sundeen (2008) mengidentifikasi rentang respon kecemasan kedalam empat tingkatan yang meliputi kecemasan ringan, sedang, berat, dan kecemasan panik.

d. Gangguan Kepribadian Klinik

Menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatia) dan gejala-gejala nerosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, nerosa dan gangguan intelegensi sebagian besar tidak tergantung

pada satu dan yang lain atau tidak berkorelasi. Klasifikasi gangguan kepribadian: kepribadian paranoid, kepribadian afektif atau siklotemik, kepribadian skizoid, kepribadian aploisif, kepribadian anankastik atau obsesif-kompulsif, kepribadian histerik, kepribadian astenik, kepribadian antisosial, kepribadian pasif agresif, kepribadian inadequate.

e. Gangguan mental organik

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak. Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama diluar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas, maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada

berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu dari pada pembagian akut dan menahun.

f. Gangguan kepsikomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah. Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetative. Gangguan psikosomatik dapat disamakan dengan apa yang dinamakan dahulu neurosa organ. Karena biasanya hanya fungsi faaliah yang terganggu, maka sering disebut juga gangguan psikofisiologik.

g. Retardasi mental

Retardasi mental merupakan keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hilangnya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial.

h. Gangguan perilaku masa anak dan remaja

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat. Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku mungkin berasal dari anak atau mungkin dari lingkungannya, akan tetapi akhirnya kedua faktor ini saling memengaruhi. Diketahui bahwa ciri dan bentuk anggota tubuh serta sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya. Pada gangguan otak seperti trauma kepala, ensepalitis, neoplasma dapat mengakibatkan perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku anak, dan sering lebih menentukan oleh karena lingkungan itu dapat diubah, maka dengan demikian gangguan perilaku itu dapat dipengaruhi atau dicegah.

3. Proses diagnosis gangguan jiwa

Proses diagnosis gangguan jiwa mengikuti prosedur klinis yang lazim dilakukan dalam praktek kedokteran klinis, yaitu meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

Anamnesis, merupakan pemeriksaan yang terpenting dalam mendiagnosis gangguan jiwa. Ada dua jenis anamnesis yaitu :

a. Alloanamnesis, merupakan anamnesis yang dilakukan kepada keluarga, saudara atau teman dekat penderita dengan tujuan untuk mendapatkan informasi tentang :

- 1) Gejala gangguan jiwa saat ini
- 2) Riwayat gangguan jiwa sebelumnya
- 3) Riwayat perkembangan
- 4) Riwayat penyakit dalam keluarga (nuclear dan extended)
- 5) Silsilah keluarga
- 6) Riwayat pribadi penderita
- 7) Stressor psikososial

b. Autoanamnesis, menggali informasi, tanda dan gejala langsung kepada penderita

- 1) Menggali gejala yang ada, karena penderita psikotik memiliki insight yang buruk
- 2) Menggali stressor yang dialami bagi penderita non psikotik
- 3) Menggali riwayat kehidupan, pekerjaan dan informasi lainnya bagi penderita non psikotik.

Pemeriksaan, terdiri dari fisik diagnostic, status mentalis, laboratorium, radiologik, evaluasi psikologik, dan lainnya.

Diagnosis, pada pemeriksaan psikiatri diagnosis dibagi kedalam lima aksis sebagai berikut :

a. Aksis I :

- 1) Gangguan klinis
- 2) Kondisi lain yang menjadi focus perhatian klinis

b. Aksis II :

- 1) Gangguan kepribadian
- 2) Retardasi mental

c. Aksis III : Kondisi medik umum

d. Aksis IV : Masalah psikososial dan lingkungan

e. Aksis V : Penilaian fungsi secara global (GAF)

Setelah diagnosis ditegakkan, terapi dapat diberikan berupa farmakoterapi, psikoterapi, terapi social, terapi okupasional, dan lainnya. Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III di Indonesia, gangguan jiwa dibagi menjadi :

a. Gangguan mental organic

- b. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif
- c. Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham
- d. Gangguan mood/afektif
- e. Gangguan neurotic, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress
- f. Gangguan kepribadian dan perilaku dewasa
- g. Sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan factor fisik
- h. Retardasi mental
- i. Gangguan perkembangan psikologis
- j. 10.Gangguan perilaku dan emosional dengan onset usia anak dan remaja

Prosedur pelaksanaan

- a. Mempersiapkan lembar catatan medik
- b. Melakukan alloanamnesis
 - 1) Identitas penderita
 - 2) Identitas sumber informasi (keluarga, saudara, teman dekat, dan lain-lain)
 - 3) Sebab dibawa ke dokter
 - a) Gejala yang ditunjukkan
 - b) Lama sakit

- c) Riwayat penyakit jiwa sebelumnya
 - d) Factor predisposisi (yang memicu timbulnya gangguan jiwa)
 - e) Kepribadian sebelum sakit
- 4) Riwayat penyakit dalam keluarga
- 5) Silsilah keluarga
- 6) Riwayat pribadi
- a) Riwayat hamil dan kelahiran
 - b) Latar belakang perkembangan mental
 - c) Perkembangan awal
 - d) Riwayat pendidikan
 - e) Riwayat pekerjaan
 - f) Perkembangan seksual
 - g) Sikap dan kegiatan moral spriritual
 - h) Riwayat perkawinan
 - i) Kehidupan emosional
 - j) Hubungan social
 - k) Kebiasaan
 - l) Lainnya
- c. Melakukan autoanamnesis (mengenai istilah psikiatri dan pengertiannya, silahkan merujuk pada modul simtomatologi)
- 1) Kesan Umum

- 2) Kesadaran
 - a) Kualitatif
 - b) Kuantitatif
 - 3) Orientasi
 - a) Waktu
 - b) Tempat
 - c) Orang
 - d) Situasi
 - 4) Sikap dan tingkah laku
 - 5) Proses fikir
 - a) Bentuk fikir
 - b) Isi fikir
 - c) Progresi fikir
 - 6) Roman muka
 - 7) Afek
 - 8) Perhubungan jiwa
 - 9) Perhatian
 - 10) Gangguan persepsi
 - 11) Gangguan memori
 - 12) Gangguan intelegensia
 - 13) Insight
- d. Merencanakan pemeriksaan medis dan atau non medis lainnya bila diperlukan

e. Melakukan diagnosis multiaksial

4. Diagnosis Blok

Pengelompokan dalam blok diagnosis lebih mudah, yaitu sebagai berikut.

- a. Gangguan mental organik yang mencakup semua gangguan yang berhubungan dengan penyebab organik, dimasukkan di dalam satu blok diagnosis (F00 - F99), sehingga lebih mudah dibandingkan dengan PPDGJ II.
- b. Demikian pula untuk gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif dalam blok F10 - F19 dirasakan lebih mudah dibandingkan dengan PPDGJ II sebelumnya. Tambahan karakter ke-3 menunjukkan jenis zat yang digunakan, sedang karakter ke 4 dan ke 5 menunjukkan sindrom psikopatologis.
- c. Blok yang mencakup Skizofrenia (F20 - F29) diperluas dengan kategori baru skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, dan Gangguan Skizotipal. Juga klasifikasi Gangguan Psikotik Akut diperluas dibandingkan dalam PPDGJ II/ICD-9.

- d. Klasifikasi Gangguan Suasana Perasaan (Mood Affektive Disorder) terutama dipengaruhi prinsip pengelompokan berdasarkan kesamaan tema. Istilah ‘depresi neurotik’ dan ‘depresi endogenik’ tidak digunakan lagi (yang mendekati adalah F34.1 Distimia).
- e. Sindrom gangguan jiwa dan perilaku yang berhubungan dengan disfungsi fisiologis dan perubahan hormonal, dan disfungsi seksual disatukan dalam F50 - F59, yaitu Sindrom Perilaku yang berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik, dan diuraikan secara lebih rinci karena kebutuhan untuk ‘liaison psychiatry’.
- f. Blok F60 - F69 mencakup berbagai gangguan perilaku orang dewasa seperti: judi patologis, piromania, kleptomania. Selain gangguan kepribadian yang telah dikenal, gangguan preferensi seksual dengan jelas dibedakan dari gangguan identitas jenis, dan homoseksualitas tidak lagi dicantumkan sebagai satu kategori.
- g. Blok F80 - F89, Gangguan Perkembangan Psikologis, dan F90 - F98, Gangguan Perilaku dan Emosional dengan Onset Biasanya pada masa

Kanak dan Remaja, mencakup hanya yang khas pada anak dan remaja. Gangguan jiwa di luar dua blok tersebut dapat diberlakukan pada anak dan remaja bila diperlukan.

Klasifikasi dan Urutan Hierarki Blok Diagnosis gangguan Jiwa berdasarkan PPDGJ-III

- 1) F0 Gangguan mental organik termasuk gangguan mental simtomatik
- 2) F00 - F03 Demensia
- 3) F04 - F07, F09 Sindrom Amnestik dan Gangguan Mental Organik
- 4) F1 Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol dan zat psikoaktif lainnya
- 5) F10 Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol
- 6) F11, F12, F14 Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Opioida/kanabinoida/kokain
- 7) F13, F15, F16 Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Sedativa/Hipnotika/stimulansia lain/Hallusinogenika
- 8) F17, F18, F19 Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Tembakau/pelarut yang

- mudah menguap/zat Multiple dan Zat psikoaktif lainnya
- 9) F2 Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham
 - 10) F20, F21, F23 Skizofrenia, Gangguan skizitipal, Psikotik akut dan sementara
 - 11) F22, F24 Gangguan waham menetap, gangguan waham terinduksi
 - 12) F25 Gangguan Skizoafektif
 - 13) F28, F29 Gangguan Psikoaktif non-organik lainnya atau YTT
 - 14) F3 Gangguan suasana perasaan (mood/afektif)
 - 15) F30, F31 Episode manik, Gangguan afektif bipolar
 - 16) F32 - F39 Episode depressif, Gangguan depresi berulang, Gangguan suasana Perasaan (Mood/afektif) menetap/lainnya/ YTT.
 - 17) F4 Gangguan Neurotik, Gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress
 - 18) F40, F41 Gangguan ansietas, Fobik atau lainnya
 - 19) F42 Gangguan Obsesif-kompulsif

- 20) F43, F45, F48 Reaksi terhadap stres berat, dan gangguan penyesuaian, gangguan somatoform, Gangguan neurotik lainnya.
- 21) F44 Gangguan disosiatif (konversi)
- 22) F5 Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik
- 23) F50 - F55, F59 Gangguan makan, gangguan tidur, Disfungsi Seksual, atau gangguan perilaku lainnya
- 24) F6 Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
- 25) F60 - F69 Gangguan kepribadian, gangguan kebiasaan dan Impuls, gangguan identitas dan preferensi seksual
- 26) F7 Retardasi Mental
- 27) F70 - F79 Retardasi Mental
- 28) F8 Gangguan Perkembangan Psikologis
- 29) F80 - F89 Gangguan Perkembangan Psikologis
- 30) F9 Gangguan Perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa anak dan remaja
- 31) F90 - F98 Gangguan Hiperkinetik, Gangguan tingkah laku, Gangguan emosional atau

gangguan fungsi sosial Khas, gangguan “tic”,
Atau gangguan perilaku dan Emosional lainnya.

5. Diagnosis Multiaksial

Tujuan dari diagnosis Multiaksial adalah sebagai berikut (Nasrun, 2000).

- a. Mencakup informasi yang komprehensif (gangguan jiwa, kondisi fisik umum, masalah psikososial dan lingkungan, taraf fungsi secara global), sehingga dapat membantu dalam:
 - 1) perencanaan terapi, dan
 - 2) meramalkan “outcome” atau prognosis.
- b. Format yang “mudah” dan “sistematik”, sehingga dapat membantu dalam:
 - 1) menata dan mengkomunikasikan informasi klinis;
 - 2) menangkap kompleksitas situasi klinis; dan
 - 3) Menggambarkan heterogenitas individual dengan diagnosis klinis yang sama.
- c. Memacu penggunaan “Model bio-psiko-sosial” dalam klinis, pendidikan, dan penelitian.
Diagnosis multiaksial terdiri dari 5 aksis, yaitu sebagai berikut :

- 1) Aksis I: Gangguan klinis. Termasuk Kondisi lainnya yang dapat merupakan fokus perhatian klinis.
- 2) Aksis II: Gangguan kepribadian. Termasuk retardasi mental.
- 3) Aksis III: Kondisi medis umum atau gangguan fisik yang berhubungan dengan gangguan mental.
- 4) Aksis IV: Problem psikososial dan lingkungan, biasanya setahun sebelumnya, seperti tidak punya pekerjaan, perceraian, problem keuangan, korban penelantaran anak, dan yang lainnya.
- 5) Aksis V: Penilaian fungsi secara global (GAF, Global Assesment of Functional Scale) yang merupakan pengukuran fungsi umum (kisaran skala 1 sampai 100), dan digunakan dalam melaksanakan penatalaksanaan serta meramalkan hasil.

Harus diperhatikan hal-hal berikut.

- 1) Antara Aksis I, II, III tidak selalu harus ada hubungan etiologik atau patogenis.

- 2) Hubungan antara “Aksis I-II-III” dan “Aksis IV” dapat timbal balik saling mempengaruhi Aksis I.

6. Rincian diagnosis Multiaksial

Selanjutnya akan diuraikan mengenai penggolongan

a. AKSIS I

F00 – F09 Gangguan Mental Organik dan Simtomatik

F10 - F19 Gangguan Mental dan Perilaku akibat psikoaktif

F20 – F29 Skizofrenia, Gangguan skizotipal dan gangguan waham

F30 – F39 Gangguan suasana perasaan (afektif/mood)

F40 – F49 Gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan terkait stress

F50 – F59 Sindrom perilaku karena gangguan fisiologis/fisik

F62 – F68 Perubahan Kepribadian karena non organik, gangguan impuls, gangguan seks

F80 – F89 Gangguan Perkembangan Psikologis

F90 – F98 Gangguan perilaku dan emosional onset kanak-remaja

F99 Gangguan Jiwa YTT

b. AKSIS II

F60 Gangguan Kepribadian khas

F60.0 Gangguan Kepribadian Paranoid

F60.1 Gangguan Kepribadian schizoid

F60.2 Gangguan Kepribadian dissosial

F60.3 Gangguan Kepribadian emosional tak stabil

F60.4 Gangguan Kepribadian histrionik

F60.5 Gangguan Kepribadian anankastik

F60.6 Gangguan Kepribadian cemas (menghindar)

F60.7 Gangguan Kepribadian dependen

F60.8 Gangguan Kepribadian khas lainnya

F60.9 Gangguan Kepribadian YTT

F61 Gangguan Kepribadian Campuran dan lainnya

F61.0 Gangguan Kepribadian Campuran

F61.1 Perubahan Kepribadian yang bermasalah

Gambaran Kepribadian Maladaptif

Mekanisme Defensi Maladaptif

F70 – F79 Retardasi Mental

c. AKSIS III

Bab I A00 – B99 Penyakit infeksi dan parasit tertentu

Bab II C00 – D48 Neoplasma

Bab IV E00 – G90 Penyakit endokrin, Nutrisi, & metabolik

Bab VI G00 – G99 Penyakit susunan syaraf

Bab VII H00 – H59 Penyakit Mata dan adneksa

Bab VIII H60 – H95 Penyakit telinga dan Prosesus Mastoid

Bab IX I00 – I99 Penyakit sistem sirkulasi

Bab X J00 – J99 Penyakit sistem Pernafasan

Bab XI K00 – K93 Penyakit sistem Pencernaan

Bab XII L00 – L99 Penyakit kulit dan jaringan subkutan

Bab XIII M00 – M99 Penyakit sistem musculoskeletal dan Jaringan ikat

Bab XIV N00 – N99 Penyakit sistem genito-urinaria

Bab XV O00 – O99 Kehamilan, kelahiran anak dan masa Nifas

Bab XVII Q00 – Q99 Malformasi Kongenital, Deformasi, dan Kelainan Kromosom

Bab XVIII R00 – R99 Gejala, tanda dan temuan klinis-lab.

Bab XIX S00 – T98 Cedera, keracunan dan akibat kausa eksternal

Bab XX V01 – V98 Kausa eksternal dari Morbiditas dan mortalitas

Bab XXI Z00 – Z99 Faktor status kesehatan dan Pelayanan kesehatan

Bab XXII U00 – U99 Kode untuk tujuan khusus

d. AKSIS IV

Masalah dengan “Primary support group” (keluarga)

Masalah berkaitan dengan lingkungan sosial

Masalah Pendidikan

Masalah Pekerjaan

Masalah Perumahan

Masalah Ekonomi

Masalah Akses ke Pelayanan Kesehatan

Masalah Berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal

Masalah Psikososial dan Lingkungan lain

e. AKSIS V

Global Assessment Of Functioning (GAF) Scale

100 – 91 Gejala tidak ada, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tak tertanggulangi.

- 90 – 81 Gejala minimal, berfungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian yang biasa.
- 80 – 71 Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah dan lain-lain.
- 70 – 61 Beberapa gejala ringan dan menetap, disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik.
- 60 – 51 Gejala sedang (moderate), disabilitas sedang.
- 50 – 41 Gejala berat (serious), disabilitas berat.
- 40 – 31 Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi.
- 30 – 21 Disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai, tidak mampu berfungsi hampir semua bidang.
- 20 – 11 Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri.
- 10 – 01 Seperti kelompok 20 - 11 => persisten dan lebih serius.
- 0 Informasi tidak adekuat.

B. Kecemasan (Anxiety)

1. Pengertian

Taylor dalam Tailor Manifest Anxiety Scale (TMAS) mengemukakan bahwa kecemasan merupakan suatu perasaan subyektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman.

Sejalan dengan hal tersebut, Nevid, Rathus & Greene (2005) mengemukakan bahwa kecemasan merupakan keadaan khawatir pada seseorang yang mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi. Kecemasan merupakan respon yang tepat terhadap ancaman, tetapi kecemasan bisa menjadi abnormal jika tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman, atau jika sepertinya datang tanpa ada penyebabnya atau bukan merupakan respon terhadap perubahan lingkungan. Dalam bentuk yang ekstrim kecemasan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

Dalam kamus online Merriam-Webster (2012) mendefinisikan anxiety (kecemasan) sebagai kegelisahan atau kekhawatiran pikiran yang biasanya tidak mudah

diatasi dan dapat menimbulkan penyakit. Kecemasan merupakan suasana hati yang ditandai oleh efek negatif yang melibatkan perasaan, perilaku, dan gejala-gejala ketegangan jasmaniah atau respon-respon fisiologis dimana seseorang mengantisipasi kemungkinan datangnya bahaya atau kemalangan dimasa yang akan datang dengan perasaan khawatir. Menurut Daradjat (1985), kecemasan merupakan manifestasi dari berbagai proses emosi yang bercampur baur. Proses emosi ini terjadi ketika orang sedang mengalami tekanan perasaan dan konflik batin.

Pendapat lain disampaikan oleh Hall & Lindzey (Supratiknya, 1995), kecemasan merupakan kondisi yang menegangkan akibat dari suatu dorongan. Keadaan tegang ini tidak timbul dari kondisi-kondisi jaringan di dalam tubuh, tetapi ditimbulkan oleh sebab-sebab dari luar. Berdasarkan pendapat dari beberapa ahli di atas dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan kondisi emosi yang tidak menyenangkan yang merupakan respon terhadap suatu perubahan di lingkungannya.

2. Pola Respon Cemas

Merupakan suatu pola respon yang bersifat defensif dan menolak atau menghindari adanya situasi

yang dikehendaki dan menyebabkan kita tidak dapat membuat tindakan yang pasti. Dalam teori Friedm kecemasan dikemukakan dalam tiga jenis, yaitu:

- a. Kecemasan yang sumbernya obyektif/ kecemasan nyata yang juga disebut takut (fear).
- b. Kecemasan yang disebut kecemasan neurotic, yaitu kecemasan yang tidak memperlihatkan sebab dan ciri-ciri khas yang obyektif.
- c. Kecemasan sebagai akibat dari adanya keinginan yang tertahan oleh hati nurani (Wiramihardja,2005:67-69).

3. Teori Teori Kecemasan

Konsep kecemasan berkembangnya dari zaman dahulu sampai sekarang. Masing – masing model mengembangkan beberapa teori tertentu dari fenomena kecemasan. Teori-teori ini saling diperlukan untuk memahami kecemasan secara komprehensif. Berikut beberapa teori kecemasan menurut (Kaplan dan Sadock, 2010) yaitu :

- a. Teori genetik

Pada sebagian manusia yang menunjukkan kecemasan, riwayat hidup dan riwayat keluarga merupakan predisposisi untuk berperilaku cemas.

Sejak kanak – kanak mereka merasa risau, takut dan merasa tidak pasti tentang sesuatu yang bersifat sehari – hari. Penelitian riwayat keluarga dan anak kembar menunjukkan faktor genetik ikut berperan dalam gangguan kecemasan.

b. Teori katekolamin

Situasi – situasi yang ditandai oleh sesuatu yang baru, ketidakpastian perubahan lingkungan, biasanya menimbulkan peningkatan sekresi adrenalin (epinefrin) yang berkaitan dengan intensitas reaksi – reaksi yang subjektif, yang ditimbulkan oleh kondisi yang merangsangnya. Teori ini menyatakan bahwa reaksi cemas berkaitan dengan peningkatan kadar katekolamin yang beredar dalam badan.

c. Teori James – Lange

Kecemasan adalah jawaban terhadap rangsangan fisik perifer, seperti peningkatan denyut jantung dan pernapasan.

d. Teori psikoanalisa

Kecemasan berasal dari impulse anxiety, ketakutan berpisah (separation anxiety), kecemasan kastrisi

(castration anxiety) dan ketakutan terhadap perasaan berdosa yang menyiksa (superego anxiety).

e. Teori perilaku atau teori belajar

Teori ini menyatakan bahwa kecemasan dapat dipandang sebagai sesuatu yang dikondisikan oleh ketakutan terhadap rangsangan lingkungan yang spesifik. Jadi kecemasan disini dipandang sebagai suatu respon yang terkondisi atau respon yang diperoleh melalui proses belajar.

f. Teori perilaku kognitif

Kecemasan adalah bentuk penderitaan yang berasal dari pola pikir maladaptif.

g. Teori belajar sosial

Kecemasan dapat dibentuk oleh pengaruh tokoh – tokoh penting masa kanak – kanak.

h. Teori sosial

Kecemasan sebagai suatu respon terhadap stressor lingkungan, seperti pengalaman – pengalaman hidup yang penuh dengan ketegangan.

i. Teori eksistensi

Kecemasan sebagai suatu ketakutan terhadap ketidakberdayaan dirinya dan respon terhadap kehidupan yang hampa dan tidak berarti.

4. Faktor kecemasan

Menurut Savitri Ramaiah (2003:11) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Zakiah Daradjat (Kholil Lur Rochman, 2010:167) mengemukakan beberapa penyebab dari kecemasan yaitu:

- a. Rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas didalam pikiran
- b. Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum.
- c. Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian

penderitanya. Kecemasan hadir karena adanya suatu emosi yang berlebihan. Selain itu, keduanya mampu hadir karena lingkungan yang menyertainya, baik lingkungan keluarga, sekolah, maupun penyebabnya.

Musfir Az-Zahrani (2005:511) menyebutkan faktor yang memengaruhi adanya kecemasan yaitu

a. Lingkungan keluarga

Keadaan rumah dengan kondisi yang penuh dengan pertengkaran atau penuh dengan kesalahpahaman serta adanya ketidakpedulian orangtua terhadap anak-anaknya, dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan pada anak saat berada didalam rumah

b. Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan individu. Jika individu tersebut berada pada lingkungan yang tidak baik, dan individu tersebut menimbulkan suatu perilaku yang buruk, maka akan menimbulkan adanya berbagai penilaian buruk dimata masyarakat. Sehingga dapat menyebabkan munculnya kecemasan.

Kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta adanya penolakan dari masyarakat

menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi (Patotisuro Lumban Gaol, 2004: 24)

Sedangkan Page (Elina Raharisti Rufaidah, 2009: 31) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah :

a. Faktor fisik

Kelemahan fisik dapat melemahkan kondisi mental individu sehingga memudahkan timbulnya kecemasan.

b. Trauma atau konflik

Munculnya gejala kecemasan sangat bergantung pada kondisi individu, dalam arti bahwa pengalaman-pengalaman emosional atau konflik mental yang terjadi pada individu akan memudahkan timbulnya gejala-gejala kecemasan.

c. Lingkungan awal yang tidak baik.

Lingkungan adalah faktor-faktor utama yang dapat mempengaruhi kecemasan individu, jika faktor tersebut kurang baik maka akan menghalangi pembentukan kepribadian sehingga muncul gejala-gejala kecemasan

5. Faktor-faktor psikologi

a. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

b. Trauma atau konflik

Munculnya gejala kecemasan sangat bergantung pada kondisi individu, dalam arti bahwa pengalaman-pengalaman emosional atau konflik mental yang terjadi pada individu akan memudahkan timbulnya gejala-gejala kecemasan.

6. Faktor kesehatan

a. Faktor fisik

Kelemahan fisik dapat melemahkan kondisi mental individu sehingga memudahkan timbulnya kecemasan.

b. Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk.

Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya.

7. Gejala dan tanda kecemasan

Menurut Scully gejala dan tanda kecemasan itu ada tiga, yaitu :

- a. Aspek psikologis dibagi menjadi beberapa indikator :
 - 1) Apprehension (keprihatinan/kecemasan pada masa depan)
 - 2) keraguan ketakutan dan antisipasi kemalangan
 - 3) Perasaan panik
 - 4) Hipervigilan (kecenderungan untuk bereaksi berlebihan terhadap stress yang tidak begitu berat)
 - 5) Lekas marah
 - 6) Lelah
 - 7) Insomnia (kesulitan untuk tidur)
 - 8) Kecenderungan mengalami kecelakaan (tidak fokus saat berkendara)
 - 9) Derealisasi (dunia tampak aneh) dan depersonalisasi (merasa dirinya sendiri tidak nyata)
 - 10) Kesulitan dalam memusatkan pikiran
- b. Aspek somatik dibagi menjadi beberapa indikator, yaitu :

- 1) Sakit kepala
 - 2) Pusing dan berkunang-kunang
 - 3) Jantung berdebar dan dada sakit
 - 4) Gangguan perut dan diare
 - 5) Sering buang air kecil
 - 6) Bengkak di kerongkongan
 - 7) Tensi bergerak atau kegelisahan
 - 8) Nafas pendek-pedek
 - 9) Paresthesias (perasaan-perasaan kulit yang abnormal seperti gatal-gatal, menusuk-nusuk atau seperti terbakar)
- c. Aspek fisik dibagi menjadi beberapa indicator, yaitu :
- 1) Diaphoresis (keluar keringat banyak)
 - 2) Kulit dingin, lembab
 - 3) Urat nadi cepat dan arrhythmias (hilangnya irama/ irama tidak teratur)
 - 4) Muka menjadi merah dan muka pucat
 - 5) Hyperreflexia (refleks yang berlebihan)
 - 6) Menggigil, mudah terkejut dan gelisah

8. Gangguan anxiety

Dalam buku “Pengantar Psikologi Abnormal”, Freud mengemukakan bahwa kecemasan (anxiety),

diartikan sebagai perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Wiramihardja,2005:67).

Terdapat tiga jenis kecemasan yang dikemukakan oleh Frued, yaitu kecemasan nyata (reality anxiety), kecemasan neurotic (neurotic anxiety), dan kecemasan moral (moral anxiety). Frued menjelaskan cemas dengan suatu keadaan perasaan, dimana individu merasa lemah sehingga tidak berani dan mampu untuk bersikap dan bertindak secara rasional sesuai dengan yang seharusnya.

Gangguan Kecemasan merupakan suatu gangguan yang memiliki ciri kecemasan atau ketakutan yang tidak realistis, juga irrasional, dan tidak secara intensif ditampilkan dengan cara-cara yang jelas. Beberapa jenis gangguan kecemasan antara lain:

- a. Keadaan/ kekacauan karena panik (panic disorder)
Sebuah tipe gangguan kecemasan yang ditandai oleh episode berulang dari serangan kecemasan atau panik yang intens.
- b. Ketakutan terhadap suatu situasi atau tempat tertentu (agoraphobia)

Yaitu suatu ketakutan berada dalam suatu tempat atau situasi dimana ia merasa bahwa ia tidak dapat atau sukar menjadi baik secara fisik maupun psikologis untuk melepaskan diri.

c. Phobia

Merupakan pernyataan perasaan cemas atau takut akan sesuatu yang tidak jelas, tidak rasional, atau tidak realistis (Wiramihardja,2005:69-73).

- d. Gangguan yang bersifat psikologis tetapi dalam bentuk gangguan fisik yang melibatkan pola neurotik yang didasari kecemasan atau kelompok gangguan yang ditandai dengan keluhan tentang masalah atau sistem fisik yang tidak dapat dijelaskan oleh penyebab kerusakan fisik. Gangguan ini dasarnya adalah perhatian individu yang terlalu besar terhadap badannya (Wiramihardja,2005:81-82).

9. Tipologi Gangguan Kecemasan

a. Gangguan Panik

Gangguan panik mencakup munculnya serangan panik yang berulang dan tidak terduga. Serangan-serangan panik melibatkan reaksi kecemasan yang intens disertai dengan simtom-simtom fisik, seperti jantung yang berdebar-debar, nafas cepat, nafas

tersengal atau kesulitan bernafas, banyak mengeluarkan keringat, dan terdapat rasa lemas dan pusing (Nevid, dkk, 2005).

Suatu diagnosis gangguan panik didasarkan pada kriteria sebagai berikut:

- 1) Mengalami serangan panik secara berulang dan tidak terduga (sedikitnya dua kali.
- 2) Sedikitnya satu dari serangan tersebut diikuti oleh setidaknya satu bulan rasa takut yang persisten dengan adanya serangan berikutnya atau merasa cemas akan implikasi atau konsekuensi dari serangan (misalnya, takut kehilangan akal „menjadi gila“ atau serangan jantung) atau perubahan tingkah laku yang signifikan (Nevid, dkk, 2005).
- 3) Gangguan panik biasanya dimulai pada akhir masa remaja sampai pertengahan usia 30-an tahun. Perempuan mempunyai kemungkinan dua kali lebih besar untuk mengembangkan gangguan panik (Nevid, dkk, 2005).

b. Gangguan Cemas Menyeluruh

Salah satu tipe spesifik yang diakui oleh PPDGJ III dan DSM-V sebagai salah satu gangguan kecemasan adalah gangguan kecemasan menyeluruh atau *generalized anxiety disorder*. GAD (*generalized anxiety disorder*) yaitu suatu gangguan kecemasan yang ditandai dengan perasaan cemas yang umum dan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi dan keadaan peningkatan keterangsangan tubuh. GAD ditandai dengan kecemasan yang persisten yang tidak dipicu oleh suatu objek, situasi atau aktivitas yang spesifik, tetapi lebih merupakan apa yang disebut Freud dengan “mengambang bebas” (*free floating*).

GAD merupakan suatu gangguan yang stabil, muncul pada pertengahan remaja sampai pertengahan umur dua puluhan tahun dan kemudian berlangsung sepanjang hidup (Rapee dalam Nevid, dkk, 2005). Gangguan ini muncul dua kali lebih banyak pada perempuan dibandingkan pada laki-laki (APA dalam Nevid, dkk, 2005). Orang dengan GAD adalah pencemas yang kronis, mungkin mereka mencemaskan secara berlebihan keadaan hidup mereka, seperti keuangan, kesejahteraan anak-anak, dan hubungan sosial mereka. Anakanak dengan

gangguan ini mencemaskan prestasi akademik, atletik, dan aspek sosial lain dari kehidupan sekolah.

Ciri lain yang terkait adalah: merasa tegang, waswas, atau khawatir; mudah lelah; mempunyai kesulitan berkonsentrasi atau menemukan bahwa pikirannya menjadi kosong; iritabilitas, ketegangan otot; dan adanya gangguan tidur, seperti sulit untuk tidur, untuk terus tidur, atau tidur yang gelisah dan tidak memuaskan (APA dalam Nevid, dkk, 2005).

Meskipun GAD secara tipikal kurang intens dalam respon fisiologisnya dibandingkan dengan gangguan panik, distress emosional yang diasosiasikan dengan GAD cukup parah untuk mengganggu kehidupan orang sehari-hari. GAD sering ada bersama dengan gangguan lain seperti depresi atau gangguan kecemasan lainnya seperti agoraphobia dan obsesif-kompulsif

c. Gangguan Obsesif Kompulsif

Obsesif adalah pikiran, ide, atau dorongan yang intrusif dan berulang yang berada di luar kemampuan seseorang untuk mengendalikannya. Obsesi dapat menjadi sangat kuat dan persisten sehingga dapat mengganggu kehidupan sehari-hari dan

menimbulkan distress serta kecemasan yang signifikan. Misalnya orang yang selalu bertanya tanpa berekesudahan apakah pintu sudah dikunci atau tidak. Seseorang mungkin terobsesi dengan impuls untuk menyakiti pasangannya.

Seseorang dapat mempunyai berbagai macam gambaran mental seperti fantasi berulang dari seseorang dari ibu muda bahwa anak-anaknya dilindas mobil dalam perjalanan pulang kerumah. Contoh pola pikiran obsesif yaitu berpikir bahwa tangannya tetap kotor walaupun dicuci berkali-kali, kesulitan untuk menghilangkan pikiran bahwa seseorang dicintai telah terbunuh, berpikir berulang-ulang bahwa pintu rumah ditinggalkan terbuka tanpa dikunci dll. Secara klinis, obsesi yang paling banyak terjadi berkaitan dengan ketakutan akan kontaminasi, ketakutan mengekspresikan impuls seksual atau agresif, dan ketakutan hipokondrial akan disfungsi tubuh (Jenike, Baer, & Minichiello, 1986 dalam Nevid, dkk 2005). Obsesi juga dapat berupa keraguan ekstrem, prokrastinasi, dan ketidaktegasan.

Kompulsif adalah suatu tingkah laku yang repetitif (seperti mencuci tangan atau memeriksa

kunci) atau tindakan mentalritualistik (seperti berdoa atau mengulang kata tertentu) yang dirasakan oleh seseorang sebagai suatu keharusan atau dorongan yang harus dilakukan (APA, 2000 dalam Nevid, 2005)).

Kompulsif terjadi sebagai jawaban terhadap pikiran obsesif dan muncul dengan cukup sering serta kuat sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari atau menyebabkan distress yang signifikan. Contoh pola perilaku kompulsif yaitu mengecek kembali pekerjaan secara berulang-ulang, terus menerus mencuci tangan supaya bersih, mengecek kembali berulang-ulang saluran gas sebelum meninggalkan rumah.

Mataix-Cols, do Rosario-Campos dan Leckman (dalam Halgin dan Whitbourne, 2012) menyebutkan bahwa terdapat empat dimensi utama dari simtom OCD. Keempat dimensi tersebut adalah sebagai berikut

- 1) Obsesi yang diasosiasikan dengan kompulsi untuk memeriksa sesuatu
- 2) Kebutuhan akan hal yang simetris dan meletakkan sesuatu sesuai dengan urutannya

3) Obsesi terhadap kebersihan yang kemudian diasosiasikan dengan kompulsi untuk membersihkan; d. Perilaku individu yang menumpuk barang.

d. Gangguan Fobia

Kata fobia berasal dari bahasa Yunani phobos, berarti takut. Takut adalah perasaan cemas dan agitasi sebagai respon terhadap ancaman. Gangguan phobia adalah rasa takut yang persisten terhadap objek atau situasi yang tidak sebanding dengan ancamannya. Orang dengan gangguan phobia tidak kehilangan kontak dengan realitas, mereka biasanya tahu bahwa ketakutan mereka itu berlebihan dan tidak pada tempatnya (Nevid, dkk, 2005).

Orang dengan phobia mengalami ketakutan untuk hal-hal yang biasa yang untuk orang lain sudah tidak difikirkan lagi, seperti naik elevator atau naik mobil di jalan raya. Fobia terdiri dari tiga tipe, yaitu fobia spesifik, fobia sosial dan agoraphobia (Nevid, dkk, 2005) Fobia spesifik adalah ketakutan yang beralasan dan disebabkan oleh kehadiran atauantisipasi suatu objek atau situasi spesifik (Nevid, dkk 2005). DSM-V- membagi fobia berdasarkan sumber

ketakutannya, yaitu: Specific Phobia, Animal; Specific Phobia, Natural Environment; Specific Phobia, Blood; Specific Phobia, ;Specific Phobia,Other Medical Care; Specific Phobia ,Injury; Specific Phobia,Situational; Specific Phobia,Other.

Fobia sosial adalah ketakutan menetap dan tidak rasional yang umumnya berkaitan dengan keberadaan orang lain. Individu yang menderita fobia sosial biasanya mencoba menghindari situasi yang membuatnya mungkin dinilai dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan atau berperilaku secara memalukan (Nevid, dkk, 2005).

Fobia sosial dapat bersifat umum atau khusus, tergantung rentang situasi yang ditakuti dan dihindari. Orang-orang dengan tipe umum mengalami fobia ini pada usia yang lebih awal, lebih banyak komorbiditas dengan berbagai gangguan lain, seperti depresi dan kecanduan alkohol, dan hendaya (gangguan) yang lebih parah.

Gangguan ansietas sosial cenderung menjadi lebih kronis jika penanganannya tidak berhasil. Fobia sosial umumnya bermula pada masa remaja dan

menghambat pembentukan hubungan persahabatan dengan teman-teman sebaya.

Agoraphobia berasal dari bahasa Yunani yang berarti takut kepada pasar, yang sugestif untuk ketakutan berada ditempat-tempat terbuka dan ramai (Nevid, dkk, 2005). Agoraphobia melibatkan ketakutan terhadap tempat tempat atau situasi yang memberi kesulitan atau membuat malu seseorang untuk kabur dari situ bila terjadi simptom simptom panik atau serangan panik yang parah atau ketakutan kepada situasi dimana bantuan tidak bisa didapatkan bila problem terjadi.

Agoraphobia dapat terjadi bersamaan atau tidak bersamaan dengan gangguan panik yang menyertai. Pada gangguan panik dengan agoraphobia, orang hidup dengan ketakutan terjadinya serangan yang berulang dan menghindari tempat-tempat umum. Orang orang dengan agoraphobia yang tidak punya gangguan panik dapat mengalami sedikit simptom panik seperti pusing yang menghalangi mereka untuk keluar dari tempat mereka.

- e. Gangguan stres Akut dan Gangguan Stres Pasca Trauma

Gangguan stres akut adalah suatu reaksi yang diperkirakan dari seseorang yang mengalami suatu trauma yang sangat berat, saat ini individu membutuhkan jumlah dan jenis stres yang berbeda untuk menimbulkan gangguan tersebut. Gangguan stress akut secara khas akan menghilang setelah 1 hingga 2 minggu (apabila berlanjut), tetapi jika gangguan berlangsung lebih dari sebulan, diagnosis perlu diubah menjadi gangguan stres pasca trauma.

Gangguan stress akut (acute stress disorder/ASD) adalah suatu reaksi maladaptif yang terjadi pada bulan pertama sesudah pengalaman traumatis. Gangguan stres pasca trauma (post traumatic stress disorder/PTSD) adalah reaksi maladaptive yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis. ASD adalah faktor resiko mayor untuk PTSD karena banyak orang dengan ASD yang kemungkinan mengembangkan PTSD (Harvey & Bryant dalam Nevid,dkk, 2005). Berlawanan dengan ASD, PTSD kemungkinan berlangsung berbulan-bulan, bertahun-tahun, atau sampai beberapa dekade dan mungkin baru muncul setelah beberapa bulan atau tahun

setelah adanya pemaparan terhadap peristiwa traumatis (Zlotnick dkk dalam Nevid, dkk, 2005).

Hampir semua orang yang mengalami trauma mengalami stres, kadangkala hingga tingkat yang sangat berat. Hal ini normal. Jika stressor menyebabkan kerusakan signifikan dalam keberfungsian sosial dan pekerjaan selama kurang dari satu bulan, diagnosis yang ditegakkan adalah gangguan stres akut. Walaupun beberapa orang dapat mengatasi gangguan stress akut yang mereka alami, jumlah yang signifikan kemudian menderita PTSD (Brewin dkk dalam Davison, dkk, 2004). Dimasukkannya stress berat dalam DSM sebagai faktor penyebab signifikan PTSD dimaksudkan untuk menunjukkan pengakuan resmi bahwa penyebab PTSD yang utama adalah peristiwa yang terjadi, bukan orang yang bersangkutan.

Pada ASD dan PTSD, peristiwa traumatis tersebut melibatkan kematian atau ancaman kematian atau cedera fisik yang serius, atau ancaman terhadap keselamatan diri sendiri atau orang lain. Respons terhadap ancaman tersebut mencakup perasaan takut yang intens, perasaan tak berdaya, atau rasa ngeri

(horor). Anak-anak dengan PTSD kemungkinan mengalami ancaman ini dengan cara lain, misalnya dengan menunjukkan kebingungan atau agitasi.

ASD dan PTSD memiliki ciri yang sama yaitu mengalami kembali peristiwa traumatis; menghindari petunjuk atau stimuli yang diasosiasikan dengan peristiwa tersebut; mati rasa dalam responsifitas secara umum atau dalam segi emosional; mudah sekali terangsang; gangguan fungsi atau distress emosional yang penting. Perbedaan utama antara kedua gangguan tersebut adalah pada ASD penekanannya ada pada disosiasi – perasaan asing terhadap diri sendiri atau terhadap lingkungannya. Orang-orang dengan gangguan stress akut mungkin merasakan terbengong-bengong atau dunia ini dirasakan sebagai suatu tempat dalam mimpi atau suatu tempat yang tidak nyata.

Dalam gangguan stress akut, orang mungkin juga tidak dapat melaksanakan tugas-tugas yang perlu, misalnya mendapatkan bantuan medis atau bantuan hukum yang diperlukan (APA dalam Nevid, dkk, 2005). Dalam gangguan stres akut atau pascatrauma, peristiwa traumatis mungkin seakan dialami kembali

dalam berbagai macam cara. Mungkin dalam bentuk ingatan-ingatan yang intrusive, mimpimimpi mengganggu yang berulang-ulang, dan perasaan bahwa peristiwa tersebut memang terulang kembali (seperti “kilas balik” peristiwa tersebut). Pemaparan terhadap peristiwa yang menyerupai pengalaman traumatis dapat menyebabkan distress psikologis yang inrens. Orang-orang dengan reaksi stress traumatis cenderung untuk menghindari stimuli yang membangkitkan ingatan terhadap trauma. Misalnya, mungkin mereka tidak mampu menghadapi tayangan televisi tentang hal tersebut atau keinginan teman untuk membicarakannya. Mungkin mereka mempunyai perasaan terasing atau terpisah dari orang lain. mereka mungkin menunjukkan sikap kurang responsive terhadap dunia luar setelah peristiwa traumatis, kehilangan kemampuan untuk menikmati aktifitas yang dahulu disukai atau kehilangan perasaan mampu mengasahi.

10. Kepribadian Pada Gangguan Kecemasan

Atkinson yang menjelaskan bahwa kepribadian dapat membentuk tingkah laku seseorang yang cenderung menetap dan berulang. Tingkah laku terbentuk dari unsur-

unsur yang ada pada diri seseorang dan lingkungannya serta merupakan hasil interaksi antara karakteristik kepribadian, keadaan sosial, dan kondisi fisik lingkungan di sekitarnya (Atkinson, 2010).

Seseorang dengan kepribadian introvert akan cenderung untuk memikirkan dan melakukan kritik pada diri sendiri untuk setiap kesalahan atau teguran yang didapatkannya. Setiap kesalahan yang dilakukannya akan memberikan beban psikologis sehingga hal ini dapat memicu timbulnya kecemasan. Tipe kepribadian ekstrovert cenderung dipengaruhi oleh dunia luar, dan bersifat terbuka, sehingga orang dengan tipe kepribadian ekstrovert sangat jarang merasakan kecemasan di dalam kehidupannya (Feist, 2010).

11. Intervensi Gangguan Kecemasan

Penatalaksanaan kecemasan sendiri saat ini tidak hanya cukup diberikan dengan pengobatan psikofarmaka saja melainkan juga dapat dilakukan melalui tindakan perawatan yang efektif dengan pendekatan psikoterapi. Psikofarmaka atau farmakoterapi lebih difokuskan untuk lebih menurunkan aktivitas struktur limbik otak (efek bottom up), sedangkan psikoterapi cenderung dilakukan

untuk meningkatkan aktivitas area frontal (efek top down).

Terapi Kognitif (Cognitif Behavior Therapi) Psikoterapi yang telah efektif digunakan dan memberikan manfaat besar adalah terapi kognitif CBT (Cognitif Behavior Therapi). Terapi ini mudah diterapkan dalam praktik keperawatan, prinsip-prinsip yang diterapkan dalam terapi ini adalah mendidik pasien, melatih keterampilan tehnik relaksasi dasar dan mengembangkan keterampilan pasien untuk mengidentifikasi ancaman, merubah pikiran, perasaan, persepsi dan tingkah laku maladaptif. Terapi ini memiliki waktu yang terbatas dan mendorong keterampilan self help, berfokus pada masalah, bersifat induktif dan mengharuskan klien untuk mengembangkan dan mempraktekan keterampilan dalam kegiatan pekerjaan atau aktivitas yang diberikan

Selain psikoterapi CBT, psikoterapi lainnya yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan adalah terapi **PMR (Progressive Muscle Relaxation)** atau relaksasi otot progresif. Indikasi dari terapi ini adalah dilakukan pada seseorang yang mengalami insomnia, mengalami kecemasan dan depresi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Tobing, 2012; 3). ditemukan bahwa

penurunan ansietas dan depresi serta peningkatan kemampuan relaksasi dan memaknai hidup klien kanker yang mendapatkan PMR dan logoterapi (p value < 0,05).

Menurut Christensen (2014;8195). telah melakukan uji coba terkontrol secara acak untuk mengevaluasi efektifitas program pencegahan kecemasan serta faktor-faktor yang dapat meningkatkan kecemasan dengan intervensi berbasis web dengan situs active program “e-sova”. Penggunaan intervensi berbasis web ini dapat menyediakan media pengiriman yang sangat berpotensi dan bermanfaat karena dapat diakses, diterima dan global serta ditemukan secara efektif dalam memberikan psikoterapi CBT dalam pengaturan klinis terhadap gangguan depresi dan kecemasan.

Intervensi website yang disediakan berupa psikoedukasi, CBT, promosi aktifitas fisik dan latihan relaksasi dengan sebagian besar berfokus pada CBT. Keempat komponen tersebut disediakan dengan pandangan bahwa dengan menggabungkan keempat intervensi tersebut dapat memberikan dampak yang maksimal serta memberikan kesempatan untuk penderita secara efektif mengurangi kecemasan yang dialaminya. Semua intervensi pencegahan yang ditawarkan tersebut

merupakan program berbasis pengaturan pengobatan yang dinamakan ESofa website intervensi.

RINGKASAN

Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang psikologik dari unsur psikis Maramis, (2010). Jenis-jenis gangguan jiwa menurut Keliat, (2009) : Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja

Pengalaman kecemasan dalam gangguan-gangguan neurotik tidak begitu jelas berbeda dengan ketakutan-ketakutan yang besar. Sesungguhnya masalah-masalah ini mempunyai asal atau sumber dalam lingkungannya yang secara emosional dirasa mengerikan atau menakutkan. Kebanyakan individu yang mempunyai pengalaman neurotik tidak mampu mengidentifikasi diri, tidak memiliki pemikiran-pemikiran yang rasional, serta tidak mempunyai sumber-sumber yang realistis untuk kecemasan itu (Wiramihardja,2005:92).

Umumnya kecemasan ini didapatkan melalui proses pembiasaan atau cara belajar yang lain, meskipun sebagian orang secara konstitusional memiliki predisposisi untuk berespon

demikian. Banyak orang neurotik ditangani oleh dokter dengan obat-obatan yang dirancang untuk meredakan kecemasan, tetapi pengobatan dengan cara demikian adalah pengobatan paliatif, yaitu sekedar meringankan, menghilangkan gejala-gejalanya saja dan bersifat sementara, tidak menyembuhkan sumber penyakit. Sejumlah alternatif cara untuk mereduksi kecemasan dapat dibuat lebih efektif. Secara umum penggunaan pendekatan psikososial dengan maksud menyelesaikan permasalahan individu mencatat hasil yang memuaskan (Wiramihardja,2005:92).

DAFTAR PUSTAKA

- Lily Kresnowati, Nuryati. 2018. *Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait III Anatomi, Fisiologi, Patologi, Terminologi, Medis dan Tindakan pada Sistem Panca Indra, Saraf, dan Mental*. Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK).
- Fakultas UNSOED. Pemeriksaan Psikiatri. Lab Keterampilan Medik PPD Unsoed. Modul SkillabA-JILID I. Hal 1-4
- UAJY.E-Journal Universitas Atma Jaya. Yogyakarta. Hal 9-11
- Kurniawan Fajar. 2016. *Gambaran Karakteristik Pada Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia Di Instalasi Jiwa RSUD Banyumas Tahun 2015*. Purwokerto: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Astuti Dwi. *Anxiety : apa dan bagaimana?*. Program Studi Pendidikan Matematika Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. The Progressive and Fun Education Seminar. ISBN: 978-602-361-045-7
- Delvinasari M.D. 2015. *Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Kecemasan Siswa Menghadapi Ujian Akhir Sekolah Pada Siswa Kelas Viii Di Smp Muhammadiyah Ii Malang Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Kecemasan Siswa Menghadapi Ujian Akhir Sekolah Pada Siswa Kelas Viii Di Smp Muhammadiyah Ii Malang*. Malang: Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri (Uin) Maulana Malik Ibrahim Malang.
- Anita M.D. 2018. *Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Dengan*

- Anestesi Umum Di Rsud Sleman Yogyakarta*. Yogyakarta: Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta.
- Saleh Umniyah. *ANXIETY DISORDER (Memahami gangguan kecemasan: jenis-jenis, gejala, perspektif teoritis dan Penanganan)*. Makasar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Hardiani C.A. 2012. *Kecemasan Dalam Menghadapi Masa Bebas Pada Narapidana Anak Di Lembaga Pemasyarakatan Anak Kutoarjo*. Yogyakarta: Jurusan Psikologi Pendidikan Dan Bimbingan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Yogyakarta.
- Rahayu Septirina. 2016. *Pencegahan Gangguan Kecemasan Dengan Intervensi Berbasis Web*. Jurnal Ilmiah Widya. Vol. 3 No. 3
- Hastutiningtyas W.R dan Maemunah N. 2020. *Hubungan Tingkat Kecemasan (Anxiety) Dengan Ciri Kepribadian (Introvert Dan Ekstrovert) Pada Remaja Di Smp Negeri 26 Kota Malang*. Journal of Nursing Care & Biomolecular. Vol 5 No 1
- Defananda D.Y. 2018. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Dalam Menjalankan Program Rawat Jalan Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa*. Malang: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang.

BAB V

STRESS DAN MANAJEMEN STRESS DI MASA PANDEMI COVID-19

A. Pendahuluan

Situasi krisis pandemi COVID-19 akan berdampak pada kesehatan mental dan wellbeing (kesejahteraan) baik pada orang dewasa maupun anak-anak. Para peneliti dari Universitas Michigan menyatakan bahwa stres dan ketidakpastian yang disebabkan COVID-19 telah mempengaruhi orang tua dan anak-anak merasakan beban fisik dan psikologis. Menurut Pieper dan Uden (2006), kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mengalami perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki estimasi yang realistis 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. Kesehatan mental adalah lebih dari tiadanya perilaku abnormal. Prinsip ini menegaskan bahwa yang dikatakan sehat mentalnya tidak cukup kalau dikatakan sebagai orang yang tidak mengalami abnormalitas atau orang yang normal. Karena pendekatan

statistik memberikan kelemahan pemahaman normalitas itu. Konsep kesehatan mental lebih bermakna positif daripada makna keadaan umum atau normalitas sebagaimana konsep *statistic*. Stres adalah ketidakmampuan individu menghadapi ancaman baik secara mental, fisik, emosional dan spiritual, yang pada suatu saat dapat berpengaruh pada kesehatan fisik manusia tersebut. Salah satu sumber stres yang biasa terjadi dalam kehidupan seseorang diantaranya yaitu berasal dari individu. Hal yang menjadi sumber stres individu antara lain penilaian motivasi yang bertentangan, penyakit yang dialami, situasi yang mengharuskan seseorang menentukan pilihan yang sama pentingnya. Interaksi antara psikososial dan faktor-faktor imunologis yang relevan dengan berbagai penyakit termasuk penyakit radang, penyakit kardiovaskular, penyakit menular, kanker, diabetes, osteoporosis, pengecilan otot, dan multiple sclerosis, dan proses seperti luka penyembuhan, pemulihan bedah, dan efektivitas vaksinasi. Stres juga dapat meningkatkan komponen sistem imun yang terlibat dalam berbagai proses inflamasi.

Pandemi COVID-19 merupakan krisis kesehatan yang berdampak hampir di seluruh dunia. Kondisi pandemi ini dapat menyebabkan dampak pada kesehatan mental masyarakat. COVID-19 (Corona Virus Infection Disease

2019) telah dinyatakan sebagai pandemi dunia oleh WHO¹ dan juga telah dinyatakan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana melalui Keputusan Nomor 9 A Tahun 2020 diperpanjang melalui Keputusan Nomor 13 A tahun 2020 sebagai Status Keadaan Tertentu Darurat Bencana Wabah Penyakit Akibat Virus Corona di Indonesia. COVID-19 adalah penyakit saluran napas yang disebabkan oleh virus corona jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. COVID-19 pertama kali ditemukan di Wuhan, China pada akhir tahun 2019 dan dikenal dengan nama Novel Corona Virus 2019 atau SARS-CoV-2. COVID-19 dapat mengenai siapa saja, tanpa memandang usia, status sosial ekonomi dan sebagainya. Tidak bisa dipungkiri adanya wabah COVID-19 menjadi sebuah stressor yakni peristiwa atau situasi yang menggambarkan adanya ancaman atau hilangnya sumber daya aktual.² Kondisi lingkungan yang sedang dalam wabah bencana COVID-19 ini akan berinteraksi dan berdampak langsung dalam berbagai domain kehidupan. Kebijakan yang Pemerintah keluarkan bukan pemicu langsung dari suatu masalah tetapi melibatkan kerentanan yang secara tidak langsung terkait dengan masalah. Misalnya social distancing, study from home, work from home, dan kebijakan di bidang

ekonomi lainnya akan berdampak juga pada dinamika keluarga.

Situasi krisis pandemi COVID-19 akan berdampak pada kesehatan mental dan wellbeing (kesejahteraan) baik pada orang dewasa maupun anak-anak. Para peneliti dari Universitas Michigan menyatakan bahwa stres dan ketidakpastian yang disebabkan COVID-19 telah mempengaruhi orang tua dan anak-anak merasakan beban fisik dan psikologis.³ Kesehatan mental menggambarkan tingkat kesejahteraan kognitif dan emosional serta tidak adanya mental gangguan.⁴ Kesehatan mental yang positif adalah faktor kunci dalam mempertahankan status kesehatan yang baik. Kesehatan mental yang baik sangat penting bagi seseorang untuk menghadapi stres dalam hidupnya dan juga merupakan komponen penting dari kesehatan total baik pada orang dewasa maupun anak-anak.⁵ Oleh karena itu, telaah pustaka ini ditulis dengan tujuan untuk membahas dampak stres terhadap kesehatan mental di saat pandemi COVID-19.

B. Kesehatan Mental

1. Definisi Kesehatan Mental

Dalam mendefinisikan kesehatan mental, sangat dipengaruhi oleh kultur dimana seseorang tersebut tinggal. Apa yang boleh dilakukan dalam suatu budaya tertentu, bisa saja menjadi hal yang aneh dan tidak normal dalam budaya lain, dan demikian pula sebaliknya (Sias,2006).

Menurut Pieper dan Uden (2006), kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mengalami perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki estimasi yang realistis 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.

Notosoedirjo dan Latipun (2005), mengatakan bahwa terdapat banyak cara dalam mendefenisikan kesehatan mental (mental hygiene) sebagai berikut :

- a. Karena tidak mengalami gangguan mental.
- b. Tidak jatuh sakit akibat stressor.
- c. Sesuai dengan kapasitasnya dan selaras dengan lingkungannya.
- d. Tumbuh dan berkembang secara positif.

Sehat mental karena tidak mengalami gangguan mental Orang yang sehat mentalnya adalah orang yang tahan terhadap sakit jiwa atau terbebas dari sakit dan gangguan jiwa. Vaillaint (dalam Notosoedirjo & Latipun, 2005), mengatakan bahwa kesehatan mental atau psikologis itu “as the presence of successfull adjustmet or the absence of psychopatology”. Pengertian ini bersifat dikotomis, bahwa orang berada dalam keadaan sakit atau sehat psikisnya. Sehat jika tidak terdapat sedikitpun gangguan psikisnya, dan jika ada gangguan psikis maka diklasifikasikan sebagai orang sakit. Dengan kata lain sehat dan sakit mental itu bersifat nominal yang dapat dibedakan kelompok- kelompoknya.

Frank, L. K. (dalam Notosudirjo & Latipun, 2005) merumuskan pengertian kesehatan mental secara lebih komprehensif dan melihat kesehatan mental secara ”positif”. Dia mengemukakan bahwa 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. Federasi Kesehatan Mental

Dunia (World Federation for Mental Health) merumuskan pengertian kesehatan mental sebagai kondisi yang memungkinkan adanya perkembangan yang optimal baik secara fisik, intelektual dan emosional, sepanjang hal itu sesuai dengan keadaan orang lain. Sebuah masyarakat yang sehat secara mental adalah masyarakat yang membolehkan anggota masyarakatnya berkembang sesuai kemampuannya. Dalam konteks Federasi Kesehatan Mental Dunia ini jelas bahwa kesehatan mental itu tidak cukup dalam pandangan individual tetapi sekaligus mendapatkan dukungan dari masyarakatnya untuk berkembang secara optimal.

Berdasarkan dari sekian pemaparan tokoh diatas dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental adalah kesesuaian diri dengan lingkungannya serta tumbuh dan berkembang secara positif serta matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab dan memelihara aturan sosial di dalam lingkungannya

2. Prinsip Kesehatan Mental

Prinsip-prinsip pengertian kesehatan mental adalah sebagai berikut:

- a. Kesehatan mental adalah lebih dari tiadanya perilaku abnormal. Prinsip ini menegaskan bahwa yang dikatakan sehat mentalnya tidak cukup kalau dikatakan sebagai orang yang tidak mengalami abnormalitas atau orang yang normal. Karena pendekatan statistik memberikan kelemahan pemahaman normalitas itu. Konsep kesehatan mental lebih bermakna positif daripada makna keadaan umum atau normalitas sebagaimana konsep statistic.
- b. Kesehatan mental adalah konsep yang ideal. Prinsip ini menegaskan bahwa kesehatan mental menjadi tujuan yang amat tinggi bagi seseorang. Apalagi disadari bahwa kesehatan mental itu bersifat kontinum. Jadi sedapat mungkin orang mendapatkan kondisi sehat yang paling optimal dan berusaha terus untuk mencapai kondisi sehat yang setinggi-tingginya.
- c. Kesehatan mental sebagai bagian dan karakteristik kualitas hidup. Prinsip ini menegaskan bahwa kualitas hidup seseorang salah satunya ditunjukkan oleh kesehatan mentalnya. Tidak mungkin membiarkan

kesehatan mental seseorang untuk mencapai kualitas hidupnya, atau sebaliknya kualitas hidup seseorang dapat dikatakan meningkat jika juga terjadi peningkatan kesehatan mentalnya.

Berdasarkan pemaparan diatas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental adalah suatu kondisi dimana kepribadian, emosional, intelektual dan fisik seseorang tersebut dapat berfungsi secara optimal, dapat beradaptasi terhadap tuntutan lingkungan dan stressor, menjalankan kapasitasnya selaras dengan lingkungannya, menguasai lingkungan, merasa nyaman dengan diri sendiri, menemukan penyesuaian diri yang baik terhadap tuntutan sosial dalam budayanya, terus menerus bertumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, dapat menerima kekurangan atau kelemahannya, kemampuan menghadapi masalah- masalah dalam hidupnya, memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya, serta memiliki kebahagiaan dalam hidupnya.

3. Aspek-aspek Kesehatan Mental

Kartono (1989) menyatakan bahwa orang yang memiliki mental sehat ditandai dengan sifat-sifat khas, antara lain mempunyai kemampuan kemampuan untuk bertindak secara efisien, memiliki tujuan-tujuan hidup

yang jelas, punya konsep diri yang sehat, ada koordinasi antara segenap potensi dengan usaha- usahanya, memiliki regulasi-diri dan integrasi kepribadian, dan batinnya selalu tenang.

Orang yang sehat mentalnya menurut Marie Jahoda memiliki karakter utama sebagai berikut:

- a. Sikap kepribadian yang baik terhadap diri sendiri dalam arti ia dapat mengenal dirinya dengan baik.
- b. Pertumbuhan, perkembangan, dan perwujudan diri yang baik.
- c. Integrasi diri yang meliputi keseimbangan mental, kesatuan pandangan, dan tahan terhadap tekanan-tekanan yang terjadi.
- d. Otonomi diri yang mencakup unsur-unsur pengatur kelakuan dari dalam atau kelakuan-kelakuan bebas.
- e. Persepsi mengenai realitas, bebas dari penyimpangan kebutuhan serta memiliki empati dan kepekaan sosial.
- f. Kemampuan untuk menguasai lingkungan dan berintegrasi dengan lingkungan secara baik.

Bastaman (2001) memberikan tolak ukur kesehatan mental, dengan kriteria- kriteria yang terdapat didalam Al Qur'an sebagai berikut:

- a. Bebas dari gangguan dan penyakit-penyakit kejiwaan (Al Baqarah: 75-76).
- b. Mampu secara luwes menyesuaikan diri dan menciptakan hubungan antar pribadi yang bermanfaat dan menyenangkan (Al Isra': 23).
- c. Mengembangkan potensi-potensi pribadi (bakat, kemampuan, sikap, sifat, dan sebagainya) yang baik dan bermanfaat bagi diri sendiri dan lingkungan (Al Maidah: 9).
- d. Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan dan berupaya menerapkan tuntutan agama dalam kehidupan sehari-hari (Al Mukminun: 1-7).

Dari berbagai aspek kesehatan mental di atas, aspek kesehatan mental dalam penelitian ini adalah aspek menurut Bastaman (1995). Peneliti memilih aspek-aspek dari Bastaman karena aspek-aspek tersebut sudah mewakili tentang kesehatan mental.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental

Kesehatan mental dipengaruhi oleh beberapa faktor baik eksternal maupun internal. Yang termasuk faktor internal adalah faktor biologis dan psikologis. Beberapa faktor biologis yang secara langsung berpengaruh terhadap kesehatan mental, di antaranya: otak, sistem

endokrin, genetika, sensori, dan kondisi ibu selama kehamilan. Faktor psikologi yang berpengaruh terhadap kesehatan mental, yaitu: pengalaman awal, proses pembelajaran, dan kebutuhan (Muhyani, 2012).

Faktor eksternal yang memengaruhi kesehatan mental yaitu sosial budaya, diantaranya:

a. Stratifikasi Sosial

Holingshead dan Redlich menemukan bahwa terdapat distribusi gangguan mental secara berbeda antara kelompok masyarakat yang berada pada strata sosial tinggi dan rendah.

b. Interaksi Sosial

Faris dan Dunham mengemukakan bahwa kualitas interaksi sosial individu sangat mempengaruhi kesehatan mentalnya.

c. Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan mikrosistem yang menentukan kepribadian dan kesehatan mental anak.

d. Sekolah

Sekolah juga merupakan lingkungan yang turut mempengaruhi terhadap perkembangan kesehatan mental anak (Muhyani, 2012).

Johnson (dalam Videbeck, 2008) menyatakan kesehatan mental dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu:

- a. Otonomi dan kemandirian: individu dapat melihat ke dalam dirinya untuk menemukan nilai dan tujuan hidup. Individu yang otonom dan mandiri dapat bekerja secara interdependen atau kooperatif dengan orang lain tanpa kehilangan otonominya.
- b. Memaksimalkan potensi diri: individu memiliki orientasi pada pertumbuhan dan aktualisasi diri.
- c. Menoleransi ketidakpastian hidup: individu dapat menghadapi tantangan hidup sehari-hari dengan harapan dan pandangan positif walaupun tidak mengetahui apa yang terjadi di masa depan.
- d. Harga diri: individu memiliki kesadaran yang realistik akan kemampuan dan keterbatasannya.
- e. Menguasai lingkungan: individu dapat menghadapi dan memengaruhi lingkungan dengan cara yang kreatif, kompeten, dan sesuai kemampuan.
- f. Orientasi realitas: individu dapat membedakan dunia nyata dari dunia impian, fakta dari khayalan, dan bertindak secara tepat.
- g. Manajemen stress: individu menoleransi stress kehidupan, merasa cemas atau berduka sesuai

keadaan, dan mengalami kegagalan tanpa merasa hancur. Ia menggunakan dukungan dari keluarga dan teman untuk mengatasi krisis karena mengetahui bahwa stress tidak akan berlangsung selamanya.

C. Stress

1. Definisi Stress.

Stres adalah ketidakmampuan individu menghadapi ancaman baik secara mental, fisik, emosional dan spiritual, yang pada suatu saat dapat berpengaruh pada kesehatan fisik manusia tersebut. Selain itu stres juga didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap situasi atau kondisi yang ada disekitar lingkungan. Stres sudah menjadi bagian dari kehidupan yang tidak dapat dihindari dan selalu muncul dalam kehidupan sehari-hari baik di lingkungan keluarga, sekolah, kerja, dan dimanapun individu berada.

Istilah stres juga mengacu pada keadaan tubuh yang tegang saat berusaha melakukan penyesuaian melaksanakan kesulitan dalam aktivitas sehari-hari, dan kondisi tidak menyenangkan dimana manusia menilai adanya tuntutan dalam suatu kondisi sebagai beban atau diluar kemampuan mereka untuk memenuhi tuntutan tersebut. Stress merupakan semua hal yang dapat

megancam homeostasis dan keseimbangan di dalam kehidupan seseorang. Semua ancaman yang mengancam individu dinamakan stressor dan respon individu dalam menghadapinya dinamakan respon stres. Walaupun respon stres merupakan respon adaptif, tetapi respon stres dalam jangka lama dapat menyebabkan kerusakan jaringan sehingga mengarah ke suatu penyakit. Stress psikologi dan faktor sosial diduga dapat berpengaruh terhadap penyakit melalui dua mekanisme yaitu stres psikososial dan perilaku kesehatan. Proses psikososial termasuk faktor yang mempengaruhi interpretasi dan menanggapi peristiwa kehidupan dan stres, seperti faktor kesehatan mental dan suasana hati, karakteristik kepribadian, dan sumber daya seperti hubungan sosial. Perilaku kesehatan seperti olahraga, nutrisi, dan merokok berfungsi secara tidak langsung jalur dimana proses psikososial dapat mempengaruhi kesehatan, karena mereka mungkin sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti mood.

2. Penyebab Stress

Beberapa sumber stres yang biasa terjadi dalam kehidupan seseorang diantaranya yaitu;

- a. Sumber stres individu. Hal yang menjadi sumber stres individu antara lain penilaian motivasi yang bertentangan, penyakit yang dialami, situasi yang mengharuskan seseorang menentukan pilihan yang sama pentingnya.
- b. Sumber Stres dalam keluarga. Hal yang menjadi sumber stres dalam keluarga diantaranya yaitu; kelahiran, kematian, pengasuhan, perceraian, penambahan jumlah anak, keuangan, hubungan suami istri.
- c. Sumber stres yang berkaitan dengan lingkungan dan komunikasi. Lingkungan dan komunikasi saat menjadi stressor tersendiri seperti stressor dari lingkungan kerja, beban pekerjaan yang tinggi, interaksi sosial yang negatif.

Jika dikaitkan dengan situasi saat ini pandemi covid-19 merupakan stressor tersendiri bagi masing-masing individu karena setiap individu dituntut untuk beradaptasi dengan kebiasaan yang sebelumnya tidak pernah dilakukan seperti; bekerja dan belajar dari rumah yang menyebabkan beban kerja lebih banyak, pembatasan sosial, physical dan social distancing, intruksi stay at home, prosedur dan protokol kesehatan yang harus selalu

dipatuhi. Hal-hal tersebut merupakan bentuk stressor jika masyarakat tidak mampu beradaptasi dengan baik.

Sumber atau penyebab stres lainnya berdasarkan tiga pendekatan terhadap teori stres yaitu:

a. Stres model stimulus (rangsangan)

Stres model ini menjelaskan bahwa stres merupakan penyebab stres itu sendiri, dengan kata lain stres merupakan kondisi yang dialami seseorang akibat dari situasi lingkungan yang dirasa begitu menekan, rangsangan stres langsung diterima oleh individu tanpa didahului oleh proses penilaian.^{6,8-10} Situasi-situasi yang mungkin dapat memicu munculnya stres diantaranya yaitu beban kerja, cuaca panas maupun dingin, suara bising, bau menyengat dalam ruangan, penerangan yang berlebihan, kondisi lingkungan yang tidak memadai, kotor dan ventilasi tidak bagus, dan lain sebagainya.

Sumber stres (stressor) dapat dikategorikan menjadi tiga jenis, yaitu (1) life events yaitu peristiwa-peristiwa kehidupan yang berfokus pada banyaknya perubahan yang terjadi dalam waktu cukup singkat selama hidup sehingga menyebabkan tubuh rentan terserang penyakit. Hasil penelitian oleh

pada 115 karyawan dengan rentang usia 16 sampai 56 tahun dengan instrumen Life Events Inventory (LEI) di Inggris menunjukkan bahwa terdapat sepuluh peristiwa paling penting dalam kehidupan yang dapat memicu terjadinya stres yaitu perceraian, kematian pasangan, kehilangan anggota keluarga, pertengkaran dalam keluarga, anggota keluarga yang tiba-tiba mencoba bunuh diri, masalah keuangan, terpenjara, pengangguran, tunawisma, dan anggota keluarga yang menderita sakit serius. (2) chronic strain atau ketegangan kronis yaitu kesulitan yang dialami dalam kehidupan dan terjadi secara berulang-ulang dan konsisten. Ketegangan kronis ini dapat mempengaruhi kehidupan baik fisik maupun psikologis. Penelitian yang dilakukan pada sebanyak 1.031 warga Amerika Serikat dengan rentang usia 25-74 tahun diungkapkan beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya ketegangan kronis yaitu kurang pengendalian serta tuntutan atas pekerjaan, dan tuntutan serta kurangnya pengendalian yang berasal dari rumah, dan (3) daily hassles atau permasalahan-permasalahan sehari-hari yang berarti stressor berasal dari kejadian-kejadian kecil dalam kehidupan

yang menimbulkan stres sesaat, tidak mengakibatkan munculnya gangguan fisik maupun mental yang parah dan hanya membutuhkan penyesuaian dalam waktu singkat, pada saat itu juga.

b. *Stres model response (respons)*

Stres model ini didefinisikan sebagai respons (reaksi atau tanggapan) tubuh individu secara spesifik terhadap stimulus (penyebab stres) yang diberikan dan mempengaruhi individu, baik secara fisik, emosional dan psikologis. Penggambaran stress respons yaitu saat individu berada pada situasi yang yang mengancam atau mengkhawatirkan maka tubuh akan otomatis berespons terhadap ancaman tersebut, sehingga dapat dikatakan bahwa respons tubuh tidak dapat dipisahkan dari sumber stres yang ada dengan kata lain tubuh tidak akan berespons jika tidak ada stimulus. Oleh sebab itu dapat disimpulkan stress respons sebagai reaksi tubuh terhadap sumber stres (stimulus/rangsangan) yang menyerang tubuh.

Stres model respons menjelaskan bagaimana tubuh berespons terhadap sumber stress yang dikenal dengan *General Adaptation Syndrome* (GAS) yang

terdiri atas tiga tahapan stres respons yaitu (1) alarm (tanda bahaya) dimana terdapat kondisi tidak diinginkan terjadi dan kenyataan tersebut tidak sesuai dengan yang diharapkan, sehingga tubuh menerima rangsangan dan secara alami mengaktifkan reaksi flight-or-flight karena adanya kondisi yang berpotensi mengancam kestabilan kondisi tubuh. Respons tubuh pada tahap ini yaitu sakit di dada, jantung berdebar-debar, sakit kepala, disfagia (kesulitan menelan) dimana, kram, dan lain sebagainya, (2) *resistance* (perlawanan) terjadi saat alarm tidak berakhir atau terus menerus berlangsung. Dampaknya, kekuatan fisik pun dikerahkan untuk melanjutkan kerusakan-kerusakan karena rangsangan-rangsangan yang membahayakan sedang menyerang. Peristiwa ini terjadi karena pada tahap kedua terjadi konflik dengan tahap pertama. Oleh karena itu, selama proses perlawanan di tahap *resistance* ada kemungkinan akan timbulnya penyakit, seperti radang sendi, kanker, dan hipertensi, dan (3) *exhaustion* (kelelahan) Kondisi ini dikarenakan tubuh benar-benar tidak sanggup lagi mengadakan perlawanan terhadap sumber stres. Atau dengan kata lain, tubuh sudah

menyerah karena kehabisan kemampuan untuk menghadapi serangan yang mengancam. Oleh karena itu, pada tahap ketiga ini, menurut Lyon (2012) dan Rice (2011) organ-organ tubuh bisa berhenti berfungsi atau bisa mengakibatkan kematian pada seseorang.

c. *Stres model transactional* (transaksional)

Berfokus pada respons emosi dan kognitif berdasarkan interaksi manusia dan lingkungan, model ini juga menekankan bahwa respons individu terhadap stres ditentukan oleh penilaian individu terhadap penyebab stres.¹⁴ Saat situasi stres memberikan rangsangan, maka individu akan melakukan appraisal (penilaian) dan coping (penanggulangan). Oleh karena itu, stres bisa berlanjut ke tahap yang lebih parah atau sedikit demi sedikit semakin berkurang. Hal tersebut ditentukan bagaimana usaha seseorang berurusan dengan sumber stres.

3. Stres dan Imunitas

Interaksi antara psikososial dan faktor-faktor imunologis yang relevan dengan berbagai penyakit termasuk penyakit radang, penyakit kardiovaskular,

penyakit menular, kanker, diabetes, osteoporosis, pengecilan otot, dan multiple sclerosis, dan proses seperti luka penyembuhan, pemulihan bedah, dan efektivitas vaksinasi. Stres juga dapat meningkatkan komponen sistem imun yang terlibat dalam berbagai proses inflamasi.

Sebuah studi yang dilakukan terhadap pendamping (caregiver) penderita alzheimer dijadikan sebuah model stres kronik. Dari studi ini menunjukkan terdapat hubungan antara stres psikososial dengan gangguan imun seperti penurunan respon sel NK terhadap IFN- γ dan IL-2, peningkatan sitokin pro-inflamasi seperti IL-6, respon limfoproliferatif terhadap mitogen yang lebih rendah, kurangnya efektivitas antibodi terhadap influenza walaupun setelah diberikan vaksin dan proses penyembuhan luka yang lebih lama. Dibandingkan kelompok kontrol, pendamping pasien alzheimer menunjukkan peningkatan jumlah sel CD4+ dan CD8+ yang mengekspresikan sitokin Th2 seperti IL-10, serta tidak ada peningkatan jumlah sitokin sel Th1 seperti IFN- γ dan IL-2. Pendamping pasien alzheimer juga mengalami waktu sakit infeksi yang lebih lama dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Depresi merupakan faktor risiko untuk infark miokard, osteoporosis, penurunan fungsional tubuh, dan mortalitas, juga berkaitan dengan penurunan respon imun. Hal ini berkaitan dengan penurunan sel sitotoksik NK, respon sel T yang menurun terhadap phytohemmagglutinin mitogen (PHA), dan penurunan produksi sitokin dari IL-2, IL-4 dan IFN- γ pada penderita depresi.

4. Stres dan Kesehatan Mental di Masa Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 merupakan krisis kesehatan yang berdampak hampir di seluruh dunia. Kondisi pandemi ini dapat menyebabkan dampak pada kesehatan mental masyarakat. Gangguan kesehatan mental yang paling banyak dialami adalah gangguan kecemasan dan depresi. Dalam studi berbasis populasi, jenis kelamin perempuan, menjadi siswa/mahasiswa, memiliki gejala yang mengarah COVID-19, dan kesehatan yang dirasakan buruk sering dikaitkan dengan tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi. Selain itu, ketersediaan informasi yang akurat dan penggunaan langkah-langkah pencegahan khusus, seperti mencuci tangan, tampaknya mengurangi efek ini.

Kondisi ketidakpastian, penyakit yang serius, kesalahan informasi dan isolasi sosial merupakan hal-hal utama yang berkontribusi terhadap stres dan gangguan mental. Kondisi ekonomi dan dampaknya juga berpengaruh terhadap kepanikan di populasi umum. Populasi yang berisiko terhadap gangguan kesehatan mental selama pandemi COVID-19 diantaranya adalah pasien COVID-19 dan keluarganya, individu yang memiliki komorbid baik dari kesehatan fisik maupun psikologi serta para tenaga kesehatan.

Cemas (ansietas) merupakan sensasi yang timbul dari salah tafsir dan perubahan tubuh yang dirasakan, serta bisa melindungi individu dalam kehidupan sehari-hari. Namun, selama wabah penyakit menular, khususnya di negara berkembang, adanya informasi yang tidak akurat atau berlebihan dari media, kecemasan bisa menjadi berlebihan sehingga bisa menyebabkan gangguan kesehatan mental. Pada tingkat individu, gangguan kecemasan bisa bermanifestasi sebagai perilaku maladaptif (konsultasi medis berulang, menghindari perawatan kesehatan walaupun benar-benar sakit, menimbun barang-barang tertentu); ditingkat sosial yang lebih luas, gangguan kecemasan dapat menyebabkan

ketidakpercayaan terhadap otoritas publik dan pengkambinghitam populasi atau kelompok tertentu.

5. Manajemen stress

Istilah manajemen stres merujuk pada identifikasi dan analisis terhadap permasalahan yang terkait dengan stres dan aplikasi berbagai alat teraupetik untuk mengubah sumber stres atau pengalaman stres. Selain itu manajemen stres juga didefinisikan sebagai suatu keterampilan yang memungkinkan seseorang untuk mengantisipasi, mencegah, mengelola dan memulihkan diri dari stres yang dirasakan karena adanya ancaman dan ketidakmampuan dalam coping yang dilakukan. Manajemen stres juga sebagai kecakapan menghadapi tantangan dengan cara mengendalikan tanggapan secara proporsional.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa manajemen stres merupakan identifikasi, analisis, serta keterampilan dalam menghadapi tantangan yang memungkinkan seseorang untuk mencegah, mengelola dan memulihkan diri dengan cara mengubah sumber maupun pengalaman, mengendalikan tanggapan stres secara proporsional dan mengaplikasikan berbagai alat terapeutik untuk

meningkatkan coping diri terhadap stres akibat ancaman dalam kehidupan.

6. Pencegahan Stres

Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mencegah stres diantaranya yaitu;

- a. Belajar mengatakan "TIDAK!". Kita tahu batas kemampuan yang bisa kita lakukan. Mengambil lebih dari yang kita bisa bukanlah pilihan yang baik. Tidak apa-apa jika kita tidak melakukan semua kegiatan, pekerjaan, pertemuan saat ini. Aturlah di lain waktu yang memungkinkan.
- b. Perbaiki sikap. Jangan mudah panik, pikiran kita adalah alat yang ampuh, gunakan untuk mendukung kita, bukan untuk membebani kita. Berpikirlah secara rasional agar terhindar dari stres.
- c. Tertawa. Lakukan sesuatu yang dinikmati, kerjakan hobi, bergaullah dengan teman-teman dan belajarlal untuk menyeimbangkan hidup. Jika merasa kesal, ungkapkan perasaan tersebut. Jangan menyimpannya untuk diri sendiri karena hanya akan menambah stress.
- d. Hindari alkohol dan rokok. Ketika mengkonsumsi alkohol atau rokok, mungkin merasa stres berkurang, tetapi setelah

itu kita akan kembali merasa stres dan mungkin lebih buruk daripada sebelum mengkonsumsinya.

- e. Makan makanan sehat. Dapatkan nutrisi yang tepat, makanlah makanan yang masih panas/hangat yang dimasak di rumah sehari-hari.
- f. Lakukan olah raga. Aktivitas fisik dapat membantu membakar kalori juga membakar stres. Latihan/aktivitas fisik/olah raga membantu melepaskan ketegangan. Latihan selama 30 menit sehari selama minimal 3 kali per minggu.
- g. Santaikan pikiran dan tubuh. Tarik napas dalam-dalam, visualisasikan kesuksesan. Atur beberapa "waktu untuk sendiri" lakukan sesuatu yang bisa dinikmati. Fokuskan perhatian pada saat ini.
- h. Istirahat/Tidur. Paling tidak 7 jam tidur yang dibutuhkan agar otak dan tubuh bisa berfungsi pada tingkat optimal. Hindari tidur siang lebih dari 1 jam.
- i. Jalin hubungan yang sehat. Berbicara dan bergaullah dengan teman-teman secara menyenangkan tanpa konflik. Ciptakan beberapa hubungan yang memungkinkan kita bisa berbagi masalah dengannya.
- j. Manajemen waktu. Lakukan perencanaan, buat jadwal, atau bahkan daftar pekerjaan. Setelah itu, lakukan jadwal

untuk setiap minggu. Kemudian membuat jadwal untuk setiap hari, sehingga kita memiliki jadwal yang teratur dan rapi . Tandai secara khusus kapan seharusnya mengikuti pertemuan, waktu belajar untuk mata pelajaran tertentu, waktu makan, kegiatan yang menyenangkan dan istirahat/tidur.

- k. Organisasikan jadwal kegiatan. Belajarlah bagaimana mengatur catatan/dokumen pekerjaan/sekolah, identifikasi tugas dan perhatikan tanggal jatuh tempo penting, tanggal ujian. Tetapkan prioritas untuk hari itu.
- l. Atur keuangan. Susunlah anggaran untuk pengeluaran bulanan, belanjakan uang sesuai dengan kebutuhan. Utamakan kebutuhan yang penting, misalnya: sewa rumah, biaya kuliah, bahan makanan, barang-barang pribadi, operasional rumah, bensin, dll. Tentukan berapa banyak uang yang bisa digunakan untuk “refreshing”.
- m. Pahami spiritualitas. Rohani dianggap sebagai salah satu cara yang dapat membantu untuk menemukan makna dalam hidup, meningkatkan kemampuan untuk terhubung dengan orang lain.
- n. Tentukan gaya belajar/bekerja. Ketahuilah, apakah kita seorang visual, auditori atau kinestetik.

- o. Tenang, santai, relaks. Tarik napas dalam-dalam, tahan, hembuskan perlahan, lakukan berulang. Luangkan waktu untuk dapat memastikan pekerjaan dapat dilakukan dengan baik.
- p. Cari sistem pendukung. Sistem pendukung bisa ibu, ayah, adik, saudara, teman, sahabat istimewa atau konselor. Temukan seseorang yang membuat kita merasa nyaman berbagi perasaan. Kadang-kadang semua yang kita butuhkan adalah untuk melampiaskan rasa frustrasi tersebut.
- q. Lakukan perubahan di lingkungan. Jika merasa sulit untuk konsentrasi di tempat lama, cobalah pindah ke tempat di mana tidak ada musik yang keras, dan lampu terang.
- r. Delegasikan tugas tanggung jawab. Ketika tugas sekolah atau pekerjaan menjadi luar biasa, bagi pekerjaan atau tanggung jawab tersebut karena dengan membagi tugas akan membantu mengurangi tekanan dan stres.

RINGKASAN

Pandemi COVID-19 merupakan krisis kesehatan yang berdampak hampir di seluruh dunia. Kondisi pandemi ini dapat menyebabkan dampak pada kesehatan mental masyarakat. COVID-19 (Corona Virus Infection Disease 2019) telah dinyatakan sebagai pandemi dunia oleh WHO¹ dan juga telah dinyatakan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana melalui Keputusan Nomor 9 A Tahun 2020 diperpanjang melalui Keputusan Nomor 13 A tahun 2020 sebagai Status Keadaan Tertentu Darurat Bencana Wabah Penyakit Akibat Virus Corona di Indonesia. COVID-19 adalah penyakit saluran napas yang disebabkan oleh virus corona jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. COVID-19 pertama kali ditemukan di Wuhan, China pada akhir tahun 2019 dan dikenal dengan nama Novel Corona Virus 2019 atau SARS-CoV-2. COVID-19 dapat mengenai siapa saja, tanpa memandang usia, status sosial ekonomi dan sebagainya. Tidak bisa dipungkiri adanya wabah COVID-19 menjadi sebuah stressor yakni peristiwa atau situasi yang menggambarkan adanya ancaman atau hilangnya sumber daya aktual.² Kondisi lingkungan yang sedang dalam wabah bencana COVID-19 ini akan berinteraksi dan berdampak langsung dalam berbagai domain kehidupan. Kebijakan yang Pemerintah keluarkan bukan pemicu langsung

dari suatu masalah tetapi melibatkan kerentanan yang secara tidak langsung terkait dengan masalah. Misalnya social distancing, study from home, work from home, dan kebijakan di bidang ekonomi lainnya akan berdampak juga pada dinamika keluarga.

Kesehatan mental adalah kesesuaian diri dengan lingkungannya serta tumbuh dan berkembang secara positif serta matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab dan memelihara aturan sosial di dalam lingkungannya

Stres adalah ketidakmampuan individu menghadapi ancaman baik secara mental, fisik, emosional dan spiritual, yang pada suatu saat dapat berpengaruh pada kesehatan fisik manusia tersebut. Selain itu stres juga didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap situasi atau kondisi yang ada disekitar lingkungan. Stres sudah menjadi bagian dari kehidupan yang tidak dapat dihindari dan selalu muncul dalam kehidupan sehari-hari baik di lingkungan keluarga, sekolah, kerja, dan dimanapun individu berada.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, Tammy D., & Armstrong, Jeremy. (2006). *Further examination of the link between work- family conflict and physical health the role of health-related behaviors*. American Behavioral Scientist, 49(9), 1204-1221.
- Asmundson, G.J.G., Taylor, S., (2020). *Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak*. J. Anxiety Disord. 70, 102196
- Augustine, Jennifer March., Prickett, Kate C., & Kimbro, Rachel. (2017). *Health-related parenting among u.s. families and young children's physical health*. Journal Marriage Fam, 79(3): 816–832. doi:10.1111/jomf.12363.
- Bartlett, D. (1998). *Stress: Perspectives and processes*. Philadelphia. USA: OpenUniversity Press.
- Cotton DHG. (1990). *Stress Management: An Integrated approach to therapy*. NewYork: Brunner / Mazel. Inc.
- Gaol, N. T. L. (2016). *Teori Stres: Stimulus, Respons, dan Transaksional*. Buletin Psikologi, 24(1), hal. 1–11. doi: 10.22146/bpsi.11224.
- Jovanovic, J., Lazaridis, K., & Stefanovic, V. (2006). *Theoretical approaches to problem of occupational stress*. Acta Facultatis Medicae Naissensis, 23(3), 163-169.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). *Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology*. Annu. Rev. Psychol., 53, 83–107.
- Kloos, B., Hill, J., Thomas, E., Wandersman, A., Elias, M.J, & Dalton, J.H. (2012). *Community Psychology Linking Individuals and Communities Third Edition*. USA: Wadsworth.

- Lyon, B. L. (2012). *Stress, coping, and health*. In Rice, H. V. (Eds.) *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp.3-23). USA: Sage Publication, Inc.
- McGuire, L., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). *Depressive symptoms and lymphocyte proliferation in older adults*. *J. Abn. Psychol.*, 111, 192–197
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). *Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time*. *Am Journal Intellectual Developmental Disability*, 117(1), 48–66. doi:10.1352/1944-7558-117.1.48.
- Rezvan, Ahmad., & D’Souza, Lancy. (2017). *Influence of parenting styles on mental health of adolescents*. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 6(4), 667-673.
- Rice, V. H. (Ed.). (2011). *Theories of stress and its relationship to health*. In Rice, H. V. (Eds.), *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research*,
- Serido, J., Almeida, D. M., & Wethington, E. (2004). *Chronic stressors and daily hassles: and interactive relationships with psychological distress*. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 17-33. doi: 10.1177/002214650404500102.
- Shigemura, J., Ursano, R.J., Morganstein, J.C., Kurosawa, M., Benedek, D.M., (2020). *Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations*. *Psychiatry Clin. Neurosci.*

- Spurgeon, A., Jackson, C. A., & Beach, J. R. (2001). *The life events inventory: Re scaling based on an occupational sample*. *Occupational Medicine*, 51(4), 287-293
- Staal, M. A. (2004). *Stress, cognition, and human performance: A literature review and conceptual framework*. Nasa technical memorandum, 212824, 9. <http://humanfactors.arc.nasa.gov/web/library/publications/publications.php>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., Ho, R.C., 2020. *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID- 19) epidemic among the general population in China*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17 (5), E1729
- World Health Organization. (2020). *Clinical Management of COVID-19* [Internet]. World Health Organization; May. Tersedia pada: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>

BAB VI

KONSEP GANGGUAN KEPERIBADIAN

A. Gangguan Kepribadian

1. Definisi Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian merupakan gangguan yang heterogen. Berupa pola perilaku yang bertahan lama, pervasif, dan tidak fleksibel dan bertentangan dengan budaya masyarakat umumnya. Di dalam DSM, gangguan kepribadian diberi kode Aksis II. Gangguan ini berhubungan dengan bentuk perilaku, persepsi, dan pikiran maladaptif.

Gangguan kepribadian adalah gangguan yang sifat karakter yang dimilikinya berbeda dari kebanyakan orang. Menurut DSM-IV, gangguan kepribadian adalah gangguan yang ditunjukkan dua atau lebih permasalahan di area kognitif, afektif, fungsi interpersonal, dan kontrol impuls.

2. Etiologi Gangguan Kepribadian

a. Latar belakang Subjek (Kasus gangguan kepribadian paranoid)

Nama samaran dahlia, usia 18 tahun, jenis kelamin perempuan, ibu subjek telah lama wafat saat subjek berumur 2 tahun. Subjek tinggal bersama ayah dan pamannya di rumah, ayah subjek adalah seorang buruh ladang dan hanya bekerja saat dipanggil oleh pemilik kebun. Subjek jarang berhubungan dengan kakanya karna kakanya berada diperantauan. Menurut kerabat subjek, ia merupakan orang yang bediam, jarang keluar rumah dan jarang berkomunikasi dengan saudara-saudara lainnya.

Subjek pernah di dorong oleh sepupunya saat bermain-main hingga menangis, lalu subjek menyampaikan masalah tersebut kepada ayahnya, sehingga subjek dilarang bermain-main diluar rumah. Hubungan subjek dengan kakanya sangat baik. Namun sejak kakanya merantau mereka jarang berkomunikasi.

Saat subjek berada disekolah subjek lebih banyak diam dan jarang berbicara dengan teman-

temannya. Selepas pulang sekolah subjek langsung masuk kerumah makan siang dan menuju kamar. Iya biasanya tidur sampai menjelang magrib. Subjek termasuk tipe yang malas untuk bersih-bersih rumah, apabila ayah dan bibinya tidak menyuruh membersihkan rumah, maka subjek tidak membersihkannya. Pada malam hari subjek tidur sampai larut malam dan hanya berdiam ditempat tidur saja. Keanekan perilaku subjek mulai tampak terkadang subjek menjerit pada tengah malam. Terkadang subjek menangis tanpa adanya sebab. Bahkan subjek pernah keluar rumah pada malam hari saat suasana sepi dan berjalan disekitar rumah. Saat dipanggil subjek hanya diam dan terkadang senyum saja, dan saat subjek ditanya alasan keluar rumah subjek mengatakan bahwa ada yang memanggilkan tapi tidak tahu siapa yang memanggilnya.

Menurut bibinya, gejala perilaku subjek diketahui saat subjek berada di depan cermin sambil senyum-senyum sendiri. Kemudian apabila di kamar mandi bisa sampai 2-3 jam Dan melihat subjek hanya bercermin dipermukaan air saja.

b. Tipe Gangguan Kepribadian

Ada beberapa macam jenis penyebab terjadinya gangguan kepribadian yaitu:

1) Kepribadian Paranoid

Pengaruh faktor keturunan (Hereditas) pada pembentukan gangguan kepribadian paranoid yang berkaitan dengan gangguan genetik adalah mereka yang berasal dari keluarga skizofrenia. Menurut beberapa ahli psikologi dan psikiatri lainnya mengatakan bahwa pengaruh faktor-faktor psikologis memberikan kontribusi yang signifikan dalam pembentukan paranoid, terutama adanya asumsi dan pikiran keliru mengenai orang lain, selalu menilai orang lain dengki, pendusta, dan mengancam kehidupan dirinya.

Demikian juga dengan akibat faktor sosiokultural yang diterimplikasi dalam gangguan paranoid. Kelompok yang dimaksud adalah para penderita tuna rungu dan orang-orang lanjut usia, karena mereka sangat rentan karena ada pengalaman yang unik.

Pola asuh orang tua yang selalu mengajari anaknya untuk tidak melakukan kesalahan dan

selalu bersikap waspada yang berlebihan turut serta memberikan kontribusi dalam pembentukan gangguan paranoid. Sikap waspada ini membuat mereka cenderung melihat orang lain berbohong dan bermaksud jahat, akubut dia menceritakan setiap ucapan, tindakan orang lain dan interpretasi yang salah.

Menurut David H. Barlow mengatakan bahwa penanganan kasus gangguan paranoid secara umum akan sulit disembuhkan. Faktor-faktor penyebabnya adalah di karenakan penderitanya memiliki konsep curiga dan tidak mau mempercayai orang dan adanya ment set yang salah dan menetap membuat tingkat keberhasilan untuk sembuh penderita paranoid relatif sangat kecil.

2) *Kepribadian Skizod*

Menurut Durand dan david H. Barlow mengatakan bahwa ada kontribusi yang cukup signifikan dari faktor psikologis dalam

pembentukan gangguan kepribadian tipikal skizoid. Faktor-Faktor psikologis yang dimaksud adalah ragam emosional yang terbatas. Mereka hanya menunjukkan sedikit reaksi atau tidak sama sekali ketika seseorang meneriakinya atau ketika orang-orang memujinya.

Hal ini membuat mereka sering dianggap dingin dan tidak ramah. Penderita gangguan kepribadian skozoid juga sulit untuk merasakan kesenangan dan tidak tertarik dengan hubungan seksual. Mereka juga sering dianggap tidak memiliki tujuan dan ambisi.

3) *Kepribadian Skizotipal*

Gangguan kepribadian skizotipe dianggap sebagai fenotipe dan genotipe skizofrenia. Adapun faktor penyebabnya berhubungan erat dengan faktor kerentanan genetik penderita skizofrenia atau gen orang tua skizofrenia.

Menurut Wolff, Townshed mengatakan bahwa faktor-faktor psikologis yang berhubungan dalam pembentukan gangguan skizotype adalah akibat dari keyakinan, perilaku dan cara pakaian yang tidak lazim, sikap curiga yang sangat

berlebihan sedikit emosional, percaya terhadap setiap kejadian yang signifikan memiliki relevansi pribadi dengan idenya dan akibat depresi berat.

3. Jenis-Jenis dan Gambaran Gangguan Kepribadian

Menurut DSM IV-TR, gangguan kepribadian digolongkan ke dalam tiga jenis:

- a. Kelompok A: paranoid, schizoid dan skizotipal. Ciri-ciri individu yang mengalami gangguan kelompok ini aneh dan eksentrik.

- 1) *Paranoid (Paranoid Personality Disorder)*

Paranoid adalah gangguan kepribadian yang selalu curiga, waspada, ragu-ragu terhadap berbagai kejadian tanpa adanya alasan yang jelas. Sehingga akan melahirkan perilaku misterius, marah, kasar, ketidakpercayaan terhadap orang lain disertai rasa dengki. Contoh: individu yang mencurigai anjing milik tetangganya yang terus menggonggong karena ingin menggonggonya.

- 2) *Skizoid (Schizoid Personality Disorder)*

Schizoid adalah gangguan kepribadian yang tidak menginginkan atau tidak menikmati hubungan sosial. Sehingga melahirkan perilaku

suka menyendiri. Onset biasanya terjadi pada Masa kecil atau remaja akhir

3) Skizotipal (*Scizotipal Personality Disorder*)

Skizotipal adalah gangguan kepribadian yang sulit dalam membangun hubungan interpersonal. Gangguan kepribadian ini akan melahirkan perilaku yang eksentrik atau perilaku yang khas, seperti berbicara pada dirinya sendiri. Individu yang mengidap gangguan ini memiliki kepercayaan-kepercayaan yang aneh, misalnya dia berpikir kalau dirinya adalah seorang ahli nجوم atau memiliki telepati jiwa, memiliki ilusi-ilusi. Onset terjadi dimulai pada saat dewasa awal dan hadir dalam berbagai konteks

b. Kelompok B: antisosial, Gangguan Kepribadian Pasif Agresif, Gangguan Obsessive compulsive.

Ciri-ciri individu yang mengalami gangguan kelompok ini dramatic atau eratik.

1) **Antisosial**

Antisosial adalah gangguan kepribadian yang tidak bertanggung jawab, mudah tersinggung, agresif, ceroboh, suka melanggar hukum, tidak peduli terhadap hak-hak orang lain. Individu

sekurang-kurangnya berusia 18 tahun dan juga terdapat tanda-tanda gangguan konduksi dengan onset sebelum usia 15 tahun. Tipe-tipe gangguan kepribadian antisosial:

a) *Antipaty*

Adalah gangguan kepribadian yang suka memperdayai orang lain, menipu, berbohong, impulsive, suka memakai nama samara, senang melanggar norma-norma social dan hokum, gagal membuat rencana hidup, agresif.

b) Psikopat

Adalah gangguan kepribadian yang tidak memiliki kematangan emosi, tidak memiliki rasa tanggung jawab. Perilaku yang ditunjukkan pada gangguan ini adalah tindakan-tindakan criminal yang dilakukan secara berulang-ulang. Sebagian besar, pengidap gangguan kepribadian psikopat adalah orang-orang yang sukses seperti pebisnis atau politikus.

1) Gangguan Kepribadian Pasif Agresif

Gangguan kepribadian ini terbagi menjadi tiga tipe:

a) Tipe Pasif Dependen

Gangguan tipe ini memiliki sifat kekanak-kanakan meski sudah dewasa.

b) Tipe Pasif Agresif

Adanya perilaku yang tidak wajar terhadap pekerjaan atau pergaulan social. Misalnya berlambat-lambat dalam melakukan pekerjaan, suka mengulur waktu dengan alasan lupa.

c) Tipe Agresif

Merupakan tipe gangguan yang didominasi adanya perasaan tak sadar yang mendasarinya.

Contoh: dendam yang mendalam.

2) **Gangguan Obsessive compulsive**

Adalah gangguan mental yang menyebabkan penderita merasa harus melakukan suatu tindakan secara berulang-ulang. Bila tidak dilakukan , penderita OCD akan meliputi kecemasan atau ketakutan.

Gangguan ini dapat dialami oleh siapa saja . meski lebih sering di alami diawal usia dewasa, OCD juga bisa terjadi pada anak-anap atau remaja.

- **Pengobatan OCD**

- < Terapi perilaku kognitif
- < Obat antidepresan

3) Gangguan kepribadian lainnya:

Perubahan kepribadian karena kondisi medis.

- a) Gangguan kepribadian persisten yang mewakili perubahan dari pola kepribadian karakteristik individu sebelumnya. Catatan: pada anak-anak, gangguan tersebut melibatkan penyimpangan dari perkembangan yang normal atau perubahan signifikan dalam pola perilaku anak yang biasa. Berlangsung setidaknya satu tahun.
- b) Ada bukti dari anamnesis, pemeriksaan fisik, atau temuan laboratorium bahwa gangguan konsekuensi patofisiologis langsung dari kondisi medis.
- c) Tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan jiwa lain (termasuk gangguan jiwa karena kondisi medis).

- d) Gangguan tidak terjadi secara eksklusif selama delirium.
- e) Gangguan tersebut menyebabkan gangguan yang signifikan secara klinis dalam bidang fungsi social, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.

Tentukan apakah:

- a) Tipe labil: jika fitur utamanya adalah afektif labilitas.
 - b) Tidak dibatasi: jika fitur utama adalah control implus yang buruk.
 - c) Tipe agresif: jika fitur dominan adalah perilaku agresif.
 - d) Tipe apatis: jika fitur dominan ditandai dengan apatis dan ketidakpedulian.
 - e) Tipe paranoid: jika fitur utama adalah kecurigaan.
 - f) Tipe lain: jika presentasi tidak dicirikan oleh subtype di atas.
 - g) Tipe gabungan: jika lebih dari satu fitur mendominasi gambaran klinis.
 - h) Tipe tidak ditentukan.
- 4) Gangguan kepribadian tertentu lainnya.**

Kategori ini berlaku untuk prosontationa, dimana karakteristik gejala gangguan personalitas yang menyebabkan gangguan signifikan secara klinis dalam bidang fungsi social, pekerjaan, tetapi tidak memenuhi kriteria salah satu diagnosis gangguan kepribadian yang lain atau tidak memenuhi kriteria gangguan kepribadian lainnya.

5) Gangguan kepribadian tidak ditentukan

Kategori ini berlaku untuk presentasi di mana gejala yang merupakan karakteristik gangguan kepribadian yang menyebabkan gangguan signifikan secara klinis dalam bidang fungsi social, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya, tetapi tidak memenuhi kriteria secara lengkap untuk gangguan kepribadian lainnya.

4. Terapi Gangguan Kepribadian

Berikut beberapa Jenis Gangguan beserta Gejala Klinisnya dan Tritmen yang dapat diberikan:

a. Paranoid(*Paranoid Personality Disorders*)

Gangguan paranoid adalah pola kepribadian yang didominasi oleh ketidak-percayaan dan kecurigaan terhadap orang lain disertai rasa dengki.

Gejalanya: Banyak kecurigaan terhadap orang lain, bersikap kasar, kesulitan bersosialisasi dengan orang lain, tidak mempercayai teman dekat bahwa mereka dapat dipercaya.

Treatment yang dapat diberikan yaitu:

- 1) **Psikoterapi.** Pasien paranoid tidak bekerja baik dalam psikoterapi kelompok, karena itu ahli terapi harus berhadapan langsung dalam menghadapi pasien, dan harus di ingat bahwa kejujuran merupakan hal yang sangat penting bagi pasien. Ahli terapi yang terlalu banyak menggunakan interpretasi mengenai perasaan ketergantungan yang dalam masalah seksual dan keinginan untuk keintiman dapat meningkatkan ketidakpercayaan pasien.
- 2) **Farmakoterapi.** Farmakoterapi berguna dalam menghadapi agitasi dan kecemasan. Pada sebagian besar kasus, obat antiansietas seperti diazepam (*valium*) dapat digunakan atau mungkin perlu untuk menggunakan anti psikotik, seperti thioridazine (*Mellaril*) atau haloperidol (*Haldol*), dalam dosis kecil dan dalam periode singkat untuk menangani agitasi parah atau pikiran yang sangat

delusional. Obat anti psikotik pimozide (*Orap*) bisa digunakan untuk menurunkan gagasan paranoid.

b. Skizoid (*Schizoid Personality Disorders*)

Orang yang mengalami gangguan skizoid ini tidak hanya tidak bisa bergaul bahkan jarang memberikan respon terhadap orang lain. Misalnya ia acuh tak acuh terhadap pujian dan jarang memberi isyarat timbal balik *feedback* seperti tersenyum atau anggukan. Gangguan ini bisa kita lihat pada awal kehidupannya, dan biasanya dibarengi oleh ketakutan, menghindari persaingan.

Gejalanya: Kurang berminat atau kurang menyukai hubungan dekat, kurangnya berminta untuk berhubungan seks, bersikap masa bodoh terhadap pujian atau kritikan orang lain, hanya sedikit jika mengalami kesenangan.

Treatment yang dapat diberikan yaitu:

- 1) **Psikoterapi.** Dalam lingkungan terapi kelompok, pasien gangguan kepribadian skizoid mungkin diam untuk jangka waktu yang lama, namun suatu waktu mereka akan ikut terlibat. Pasien harus dilindungi dari serangan agresif

anggota kelompok lain mengingat kecenderungan mereka akan ketenangan. Dengan berjalannya waktu, anggota kelompok menjadi penting bagi pasien skizoid dan dapat memberikan kontak sosial.

- 2) **Farmakoterapi.** Dengan antipsikotik dosis kecil, antidepresi dan psikostimulan dapat digunakan dan efektif pada beberapa pasien.

c. **Histrionik (*Histrionic Personality Disorders*)**

Gangguan kepribadian histrionik adalah pola kepribadian yang didominasi oleh emosi yang berlebihan dan mencari perhatian.

Gejalanya: Ekspresi emosional yang berlebih, sangat mudah disugesti, perasaan kosong dan yang kronis, sangat sulit mengendalikan kemarahan.

Treatment yang dapat diberikan yaitu:

- 1) **Psikoterapi.** Pasien dengan gangguan kepribadian histrionik seringkali tidak menyadari perasaan mereka yang sesungguhnya, dengan demikian penjelasan dalam *inner feeling* mereka adalah suatu proses yang penting. Psikoterapi berorientasi psikoanalisis, baik dalam kelompok atau

individual, adalah terapi yang terpilih untuk gangguan kepribadian histrionik.

- 2) **Farmakoterapi.** Farmakoterapi dapat ditambahkan jika gejala adalah menjadi sasarannya, seperti penggunaan anti depresan untuk depresi dan keluhan somatic, obat antiansietas untuk kecemasan dan antipsikotik untuk derealisasi dan ilusi.

d. Skizotipal

Skizotipal adalah gangguan kepribadian dimana individu dengan kecenderungan memiliki pola pikir yang khas sehingga dapat merusak komunikasi dan interaksi yang tengah berlangsung. Skizotipal dalam DSM – IV dapat digolongkan menjadi 4 kriteria yaitu; kategori pertama, memiliki sifat paranoid dan cenderung mencurigai orang lain, kategori ke dua adalah referensi ide, dimana mereka menganggap kejadian yang ada disekitar berkaitan langsung dengannya, kategori ketiga adalah *magical think and odd beliefs*, dimana individu mempercayai suatu keyakinan terhadap sihir dan hal yang aneh, kategori ke empat yaitu orang yang memiliki halusinasi. Gejalanya: Pola bicara yang aneh, kurang

memiliki teman akrab, ekspresi emosional yang berlebih.

Treatment yang dapat diberikan yaitu:

- 1) **Psikoterapi.** Pikiran yang aneh dan ganjil pada pasien gangguan kepribadian skizotipal harus ditangani dengan berhati-hati. Beberapa pasien terlibat dalam pemujaan, praktek religius yang aneh dan okultis. Ahli terapi tidak boleh menertawakan aktivitas tersebut atau mengadili kepercayaan atau aktivitas mereka.
- 2) **Farmakoterapi.** Medikasi antipsikotik mungkin berguna dalam menghadapi gagasan mengenai diri sendiri, faham terhadap gejala lain dari gangguan dan dapat digunakan bersama-sama psikoterapi. Penggunaan haloperidol dilaporkan memberikan hasil positif pada beberapa kasus, dan antidepresi digunakan jika ditemukan suatu komponen depresif dari kepribadian.

e. Narsistik (*Narcissistic Personality Disorders*)

Gangguan kepribadian narsistik adalah pola kepribadian yang didominasi oleh perasaan dirinya hebat, senang dipuji dan dikagumi serta tidak ada rasa empati (tidak punya perasaan). Gejalanya: Kebutuhan

ekstrem untuk dipuji, iri pada orang lain, kecenderungan memanfaatkan orang lain, terfokus pada keberhasilan, kecerdasan dan kecantikan diri, perasaan kuat bahwa mereka berhak mendapatkan sesuatu.

Treatment yang dapat diberikan yaitu:

- 1) **Psikoterapi.** Mengobati gangguan kepribadian narsistik sukar, karena pasien harus meninggalkan narsismenya jika ingin mendapatkan kemajuan. Dokter psikiatrik seperti Otto Kernberg dan Heinz Kohut menganjurkan pemakaian pendekatan psikoanalitik untuk mendapatkan perubahan.
- 2) **Farmakoterapi.** Lithium (Eskalith) digunakan pada pasien yang memiliki pergeseran mood sebagai bagian dari gambaran klinis. Dan karena rentan terhadap depresi, maka antidepresan juga dapat digunakan.

f. Antisosial

Gangguan kepribadian antisosial biasanya muncul pada masa remaja akhir. Prognosisnya bervariasi. Gangguan yang umum terjadi pada individu dengan kepribadian antisosial adalah

gangguan depresi, gangguan alkohol, dan zat-zat tertentu (obat-obatan terlarang). Gejalanya: Mudah tersinggung dan agresif kurang memiliki rasa penyesalan, tidak memperdulikan keselamatan diri sendiri dan orang lain

Tritment yang dapat diberikan yaitu:

- 1) **Psikoterapi.** Jika pasien merasa bahwa mereka berada diantara teman-teman sebayanya, tidak adanya motivasi mereka untuk berubah bisa menghilang, kemungkinan karena hal itulah kelompok yang menolong diri sendiri (self help group) akan lebih berguna dibandingkan di penjara dalam menghilangkan gangguan. Tetapi, ahli terapi harus menemukan suatu cara untuk menghadapi perilaku merusak pada pasien dan untuk mengatas rasa takut pasien terhadap keintiman, ahli terapi harus menggagalkan usaha pasien untuk melarikan diri dari perjumpaan dengan orang lain.
- 2) **Farmakoterapi.** Farmakoterapi digunakan untuk menghadapi gejala yang diperkirakan akan timbul, seperti kecemasan, penyerangan dan depresi. Tetapi, karena pasien seringkali

merupakan penyalahguna zat, obat harus digunakan secara bijaksana. Jika pasien menunjukkan bukti-bukti adanya gangguan defisit-atensi/ hiperaktivitas, psikostimulan seperti methylphenidate (Ritalin), bisa digunakan.

B. GANGGUAN KEPRIBADIAN ANTI SOSIAL

1. Definisi gangguan kepribadian antisosial

Gangguan kepribadian antisosial , awalnya menunjukkan perilaku kelompok kriminal yang terjadi. Psikopat ditemukan oleh karakter pribadi dan perilaku sosial yang menyimpang. Kebanyakan kriminal bukanlah psikopat , namun banyak yang bekerja dibawah bayangan hukum tetap bebas sebagai psikopat(Hare,2006).

Gangguan kepribadian antisosial, kadang-kadang disebut sosiopati, adalah gangguan jiwa di mana seseorang tidak dapat membedakan mana yang benar dan yang salah serta mengabaikan hak dan perasaan orang lain. Seseorang dengan gangguan **kepribadian** antisosial pasti cenderung melecehkan, memanipulasi, atau memperlakukan orang lain dengan kekejaman atau

ketidakpedulian. Mereka tidak menunjukkan rasa bersalah atau penyesalan atas perilaku mereka.

Dissenting Personality (kepribadian yang kerap berselisih) mewakili varian antisosial lingkup normal, sedikit lebih patologis. Melakukan segala hal dengan cara mereka sendiri, mau menanggung konsekuensinya, kadang bermain-main dengan batas hukum untuk mengejar keinginannya. Mereka melihat diri sendiri sebagai orang merdeka, berotonomi. Otoritas dipandang rendah. Tidak suka rutinitas sehari-hari, impulsif, tidak bertanggung jawab, dapat memotivasi diri sendiri dan sangat kaya ide (Millson & Davis, 2000)

Pribadi yang menderita disorder secara konsisten melanggar norma sosial melalui aktifitas ilegal, sementara style antisosial meletakkan sistem nilai dirinya diatas nilai kelompok. Jika pasien gangguan menggunakan berbagai bentuk kebohongan untuk mencapai tujuannya, style pribadi antisosial sangat licin, cenderung menyiasati dan memutar fakta demi keuntungannya tanpa harus nyata-nyata berbohong. pasien gangguan terlalu impulsif untuk mempertimbangkan konsekuensi tindakannya, style pribadi antisosial terlalu mengasihi diri sendiri, tetapi

tahu kapan ia harus menunda melakukan sesuatu demi kepuasan diri, karena jika tidak hal itu akan melanggar norma sosial atau akan melukai diri sendiri atau orang lain. Jika pasien gangguan mudah marah, agresif sampai berkelahi atau menyerang berulang-ulang, style pribadi antisosial bertindak asertif dalam menciptakan kesan kehadirannya secara fisik. Jika pasien gangguan secara sembrono mengabaikan keselamatan dirinya dan orang lain, style antisosial melihat diri sendiri sebagai orang yang lebih resistant terhadap risiko, tidak sembrono. Jika pasien gangguan secara konsisten tidak bertanggungjawab terhadap pekerjaan dan kewajiban keuangannya, style pribadi antisosial lebih suka merdeka dan menghabiskan uang untuk bersenang-senang sekarang daripada menabung dengan bijaksana untuk masa depan. Akhirnya, jika pasien gangguan tidak memiliki nurani/kesadaran dan merasionalisasi eksploitasi terhadap orang lain, style pribadi antisosial secara agresif/impulsif melayani dirinya sendiri tetapi dalam batas moral, sosial dan hukum. (Millon & Davis, 2000; Gabbard, 2005).

2. Etiologi

Antisosial merupakan gangguan moral brain. Area yang mengalami disfungsi adalah amigdala, bagian sistem limbik yang berperan dalam emotional learning, aversive conditioning, respon terhadap rasa takut dan emosi lain. Amigdala mengolah emosi signifikan dari rangsangan eksternal, berinteraksi dengan hipokampus (tempat menyimpan memori emosi) dan berinteraksi dengan fungsi kognitif korteks orbitofrontal dalam merespon suatu rangsangan. Amigdala memungkinkan individu untuk belajar sesuatu (object) atau perilaku yang baik dan buruk, sehingga sangat berperan dalam pengambilan keputusan secara moral. Hal ini karena amigdala mempunyai hubungan timbal balik (reciprocal) dengan korteks temporal. Oleh sebab itu individu antisosial dengan gangguan pada amigdala akan sulit untuk bersosialisasi (Pasanen & Lee, 2008; DeLisi, 2009; Blair, 2010)

Selain amigdala, ventromedial prefrontal cortex (vmPFC) juga berperan dalam perkembangan dan pengambilan keputusan secara moral serta mempertahankan perilaku sosial yang dapat diterima. Informasi yang dihasilkan amigdala tidak hanya dikirim

ke temporal dan korteks visual namun dikirim juga ke vmPFC dan korteks orbitofrontal. Korteks orbitofrontal berperan dalam mengontrol emosi dan menilai positive/negative reinforcement. Hipoaktivitas dari amigdala dan korteks orbitofrontal, seperti juga disfungsi vmPFC menunjukkan kepribadian yang keras kepala dan tidak berperasaan. (Pasanen & Lee, 2008; DeLisi, 2009; Rodrigo, 2010)

Peranan serotonin, kortisol dan testosteron dalam perilaku agresi dan antisosial telah dibuktikan. Fungsi kortisol secara fisiologis mempersiapkan individu untuk kondisi yang sulit, membuat individu sensitif terhadap rasa takut dan melakukan penarikan diri yang tepat. (Rodrigo, 2010).

3. Diagnosis Gangguan Kepribadian Antisosial

Kriteria DSM-IV-TR (Gabbard, 2005; Sadock & Sadock, 2007):

- a. Terdapat pola pervasif dari sikap acuh tak acuh dan kekerasan untuk berkuasa atas orang lain sejak 15 tahun, yang terdiri dari 3 atau lebih :
 - 1) Gagal untuk menyesuaikan diri dengan norma sosial dan hormat pada tindakan berdasarkan

- hukum, ditandai dengan berkali-kali melakukan tindakan yang merupakan alasan ia ditahan
- 2) Ketidakjujuran, ditandai bohong berulang-ulang, menggunakan nama lain/menipu
 - 3) Impulsivitas/kegagalan untuk merencanakan sesuatu
 - 4) Mudah tersinggung, agresif, ditandai perkelahian berulang kali/penyerangan
 - 5) Sikap acuh tak acuh yang sembrono terhadap keselamatan diri sendiri/orang lain
 - 6) Tindakan tidak bertanggung jawab yang konsisten ditandai dengan kegagalan berulang dalam mempertahankan perilaku bekerja yang konsisten/menghormati kewajiban keuangan
 - 7) Kurangnya rasa penyesalan ditandai dengan biasa saja/merasionalisasi dirinya disakiti, dicuri, dianiaya oleh orang lain
- c. Berusia minimal 18 tahun
 - d. Bukti terjadinya gangguan tingkah laku timbul sebelum 15 tahun
 - e. Timbulnya perilaku antisosial yang tidak terjadi pada keadaan skizofrenia/episode manik.

4. Pengobatan Gangguan Kepribadian Antisosial

a. Trapi keluarga

Konseling psikologis yang membantu keluarga menyelesaikan konflik dan berkomunikasi dengan lebih efektif.

b. Trapi perilaku

Terapi yang berfokus pada perubahan perilaku berbahaya terkait gangguan psikologis

c. Psikoterapi

Pengobatan gangguan mental atau perilaku melalui terapi bicara.

C. GANGGUAN SEKSUAL

1. Definisi gangguan seksual

Isitilah Parafilia diambil dari bahasa Yunani para berarti “menyimpang dari” dan philia yang berarti “ketertarikan/mencintai”. Parafilia adalah sekelompok gangguan yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak pada umumnya. Gangguan seksual juga merupakan suatu kondisi yang membuat laki-laki atau perempuan tidak terpuaskan secara seksual. Disfungsi seksual dapat terjadi kapan pun dan pada siapa saja.

Meskipun demikian, kemungkinan munculnya disfungsi seksual lebih besar pada orang lanjut usia.

Adanya fantasi, dorongan dan perilaku tersebut melibatkan objek yang bukan manusia, anak-anak atau orang-orang yang tidak diizinkan serta penyiksaan ataupun penghinaan terhadap seseorang atau pasangan

2. Etiologi

- a. Teori Psikoanalisa (upaya perlindungan ego & masalah-masalah dalam proses perkembangan psikoseksual)
- b. Teori Behaviorisme (proses pengkondisian - membentuk suatu kebiasaan)
- c. Teori Kognitif (distorsi kognitif)
Perspektif Biologis (sebagian besar orang yang mengidap paraphilia adalah laki-laki)

3. Beberapa gangguan Seksual

a. Ekshibisionis

1) Definisi

Merupakan gejala seseorang yang mencari kepuasan seksual dengan mempertontonkan kemaluannya didapan publik misalnya seperti di jalan raya, bis, kereta dan sebagainya, biasanya gangguan ini banyak terjadi pada pria,

tetapi tidak menutup kemungkinan wanita juga bisa menderita gangguan ini.

2) Etiologi

Etiologi exhibitionis menurut psikologi merupakan bagian dari sindrom parafilia yang bisa dilihat dari perspektif psikodinamika yang parafilia dipandang sebagai sebuah tindakan defensif, melindungi ego agar tidak menghadapi rasa takut dan memori yang direfresh dan mencerminkan fiksasi di tahap pra-genital atau masa kanak-kanak dalam perkembangan psikoseksualnya.

Individu yang mengidap parafilia dipandang sebagai individu yang tidak mampu membangun atau mempertahankan sebuah hubungan heteroseksual yang normal. Perkembangan sosial dan seksual tidak cukup matang, tidak berkembang, dan juga tidak cukup memadai untuk bisa menjalankan sebuah hubungan sosial dan heteroseksual.

3) Jenis gangguan

Ekshibisionisme juga termasuk kedalam jenis gangguan seksual parafilia, yang artinya parafilia merupakan gangguan seksual yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak seperti pada umumnya. Atau mengalami penyimpangan seksual yang merujuk pada perilaku seksual yang dianggap menimpang atau menyalahi aturan yang sudah ditetapkan oleh hukum, agama, dan kebiasaan dan juga termasuk dalam norma dan akal sehat.

4) Kriteria dalam DSM 5

Periode terjadi minimal 6 bulan, berulang, dan gairah seksual yang intens untuk menunjukkan alat kelaminnya kepada orang lain, baik itu karena fantasi, dorongan, atau perilaku.

Individu telah bertindak karena dorongan seksual dengan orang lain, atau fantasi yang menyebabkan penderitaan atau gangguan klinis yang signifikan dalam bidang sosial, pekerjaan, atau fungsi penting.

5) Prognosis

Prognosisnya buruk untuk parafilia ialah berhubungan dengan onset usia yang awal, tingginya frekuensi tindakan, tidak adanya perasaan bersalah, atau malu terhadap tindakan tersebut, dan penyalahgunaan zat. dan prognosisnya baik apabila pasien mempunyai riwayat koitus disamping parafilia, apabila pasien mempunyai motivasi tinggi untuk berubah, dan apabila pasien datang berobat dengan kemauan sendiri bukan dikirim oleh badan hukum.

6) Prevalensi

Prevalensi dari exhibisionisme ini tidak dapat diketahui secara pasti, akan tetapi diperkirakan terjadi sekitar 2-4 persen populasi pria. Walaupun demikian perilaku ini bisa berkurang seiring dengan berjalannya usia, sementara itu kondisi ini sangatlah jarang terjadi pada wanita.

7) Onset

Ekshibisionisme juga termasuk kedalam gangguan seksual parafilia, parafilia merupakan sebuah kondisi yang cenderung terjadi pada laki-laki, lebih dari 80% penderita dari parafilia

mempunyai onset sebelum usia 18 tahun. Perilaku parafilia memuncak pada usia 15 dan 25 tahun dan selanjutnya menurun, pada pria berusia 50 tahun parafilia jarang terjadi, terkecuali mereka yang tinggal dalam isolasi atau dengan teman yang senasib.

Onset tindakan parafilia bisa disebabkan dari pembentukan perilaku seseorang terhadap orang lain yang telah melakukan tindakan parafilia, meniru perilaku seksual yang ditampilkan oleh media, atau mengingat peristiwa emosional masa lalu seseorang, seperti yang dialaminya.

8) Gambaran/Gejala

Dengan berdasarkan buku DSM edisi ketiga gejala eksibisionis terbagi menjadi empat tingkatan. Ketika seseorang berfantasi memperlihatkan tubuhnya tapi jarang atau tidak pernah melakukannya secara nyata maka orang tersebut berada dalam tingkat ringan. Selanjutnya seseorang yang terkadang memamerkan tubuhnya di sekitar tiga target dan mulai merasa kesulitan mengendalikan perilakunya, ia berada di tingkat moderat. Selanjutnya di tingkatan

parah apabila seseorang sudah memarkan tubuhnya kepada lebih dari tiga orang dan tidak bisa mengontrol perilakunya ama sekali. Berikutnya tingkatan yang palig parah, katasropik, jika seseorang yang sudah berada dalam tingkatan ii berarti ia mengidap banyak parafilia, seperti ekshibisionisme, masokisme, dan sadisme. Jika pengidap kelainan seksual sudah mencapai tingkatan ini dan tidak ditindaklanjuti, maka bisa mengakibatkan cedera parah bahkan hingga kematian

b. Fetishisme

Fetishisme berasal dari bahasa Portugis *feitico*, yang berarti sulapan atau sihir. Kata ini berarti ketergantungan pada suatu bagian tubuh atau benda mati sebagai satu- satunya cara untuk mendapatkan kegairahan seksual dan ejakulasi. Keadaan ini terutama ditemukan pada para pria. Ciri utama fetisisme adalah penggunaan benda mati (*fetisy*) sebagai cara terpilih atau eksklusif untuk mencapai kepuasan seksual. Benda mati itu dapat berupa suatu bagian dari tubuh seorang wanita, seperti rambut kepala, rambut kemaluan, kuku, pakaian dan benda

lain milik seorang wanita seperti BH, kaos kaki, syal, sepatu dan tas kulit dan lain-lain. Pria mencapai kepuasan seksual dengan menyentuh benda-benda atau bagian tubuh dari wanita yang menjadi sasaran nafsu seksualnya.

Gangguan Fetishisme diklasifikasikan kedalam gangguan seksual Paraphilia yang menyebabkan seseorang yang mengidap gangguan ini memiliki ketertarikan seksual pada benda mati atau bagian tubuh diluar stimulasi secara genetikal. Kriteria dalam DSM-V seseorang yang mengalami Fetishisme memiliki tiga ciri. Pertama, dalam jangka waktu paling tidak enam bulan, pengidap kelainan ini memiliki fantasi, dorongan atau perilaku yang secara berulang-ulang dan intens membangkitkan gairah dengan melibatkan benda yang tidak hidup atau berfokus pada bagian-bagian tubuh nongnetikal. Kedua, seseorang yang mengidap kelainan ini juga akan mengalami masalah pada kehidupan sosial, pekerjaan maupun pribadi mereka akibat fantasi dan dorongan seksual terhadap *fetish* yang mereka miliki. Ketiga, seseorang yang mengidap kelainan ini memiliki objek *fetish* dengan benda atau pakaian yang

tidak biasa digunakan untuk menstimulus area genetikal. Onset pada gangguan ini yaitu ketika masa pubertas

Penyebab fetisisme antara lain karena perasaan infantil dibarengi dengan rasa agresif. Sering sebagai akibat dari sifat asosial dan dibayangi kecemasan menjadi impoten. Benda-benda itu dibutuhkan untuk dapat membangkitkan nafsu seksualnya. Seorang fetis dapat melanggar hukum karena tindak pidana pencurian, misalnya ia mencuri celana dalam atau kutang dari jemuran atau menggunting rambut seorang wanita karena nafsu birahinya timbul ketika melihat rambut wanita yang panjang.

Prevalensi fetishisme sangat sulit untuk dinilai pada populasi umum. Meskipun melalui prevalensi dengan pendataan individu yang menunjukkan gejala pada saat pengobatan ataupun penilaian di klinik spesialis kelamin, hal ini tidak sepenuhnya terdata akibat kebanyakan penderita menyembunyikan perilaku fetish itu sendiri biasanya tidak dihubungkan dengan tindak kriminal walaupun kelainan ini dapatterkombinasi dengan jenis kelainan parafilia yang lain yang dapat menimbulkan tindak

kriminalitas. Oleh karena itu dari data yang ada, tindakan parafilia khususnya fetishisme yang mencari terapi rawat jalan hanya 2%

Prognosis buruk untuk fetishisme adalah berhubungan dengan onset usia yang awal, tingginya frekuensi tindakan, tidak ada perasaan bersalah atau malu terhadap tindakan tersebut, dan penyalahgunaan zat. Perjalanan penyakit dan prognosis adalah baik jika pasien memiliki motivasi tinggi untuk berubah, dan jika pasien datang berobat sendiri, bukannya dikirim oleh badan hukum.

c. Sadisme dan masokisme

1) Definisi

Sadisme merupakan bentuk dari penyimpangan seksual dengan mendapatkan kepuasan melalui penyiksaan yang diberikan kepada pasangannya. Sedangkan masokisme merupakan bentuk penyimpangan seksual yang mendapatkan kepuasan ketika menerima kekerasan secara seksual.

Sadomasokisme ialah perilaku kejam, ganas, bahkan kasar, dalam psikologi sadomasokisme ialah kepuasan seksual yang diperoleh dengan

menyakiti atau disakiti orang yang disayangi secara jasmani atau rohani. Atau dari pengertian lainnya ialah bentuk dari gangguan mental yang membuat penderitanya mendapatkan kepuasan saat menyakiti atau disakiti orang lain.

2) Etiologi

Didalam model psikoanalitik klasik orang dengan parafilia tidak berhasil menyelesaikan proses perkembangan normal dalam penyesuaian heteroseksual. Ketidak berhasilan menyelesaikan krisis oedipus dengan mengidentifikasi aggresor ayah (untuk laki-laki) dan aggresor ibu (untuk perempuan) menimbulkan baik identifikasi yang tidak sesuai dengan orang tua dengan jenis kelamin berlawanan atau pilihan objek yang tidak tepat untuk penyaluran libido.

Pada individu masokisme mereka ingin berada didalam peran didominasi oleh orang lain. Hal tersebut menyebabkan mereka menjadi insan yang konflik dan tunduk pada orang lain. Dalam teori lain menyebutkan bahwa berperilaku sadomasokisme sebagai alat melarikan diri, mereka juga mengeluarkan fantasi mereka dan

menjadi sebagai orang baru serta berbeda dari yang lain.

3) Jenis gangguan

Sadisme dan masokisme termasuk kedalam jenis gangguan seksual parafilia, yang artinya parafilia merupakan gangguan seksual yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak seperti pada umumnya. Atau mengalami penyimpangan seksual yang merujuk pada perilaku seksual yang dianggap menimpang atau menyalahi aturan yang sudah ditetapkan oleh hukum, agama, dan kebiasaan dan juga termasuk dalam norma dan akal sehat.

4) Kriteria dalam DSM 5

Periode terjadi minimal 6 bulan berulang, dan gairah seksual yang intens dengan tindakan dihina, dipukuli, diikat, atau dibuat menderita saat melakukan hubungann seksusal, baik itu dikarenakan fantasi, dorongan atau perilaku individu telah bertindak karena dorongan seksual dengan orang lain, atau fantasi yang menyebabkan penderitaan atau gangguan klinis

yang signifikan dalam bidang sosial, pekerjaan, atau fungsi penting.

5) Prognosis

Prognosis yang baik mencakup adanya satu parafilia, intelegesi normal, tidak ada penyalahgunaan zat, tidak adanya ciri kepribadian antisosial nonseksual, dan adanya pelekatan orang dewasa yang berhasil, selain itu, pasien mempunyai hubungan seks disamping parafilia dan apabila merujuk dirinya sendiri bukan dirujuk oleh badan hukum.

Prognosis buruk dihubungkan dengan awitan usia dini, frekuensi tindakan tinggi, tidak ada rasa bersalah atau malu dengan tindakannya dan terdapat penyalahgunaan zat.

6) Pravelensi

Pravelensi dari sadomasokisme secara lebih umum dalam populasi umum tidak dapat diketahui. Walaupun sadis perempuan lebih sulit dikenali dibandingkan laki-laki, tetapi beberapa survey menunjukkan sejumlah fantasi sadis pada laki-laki dan perempuan dengan hasil studinya

yang menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak menentukan pilihan sadisme.

7) Onset

Sadisme dan masokisme terasuk kedalam gangguan seksual parafilia, parafilia merupakan sebuah kondisi yang cenderung terjadi pada laki-laki, lebih dari 80% penderita dari parafilia mempunyai onset sebelum usia 18 tahun. Perilaku parafilia memuncak pada usia 15 dan 25 tahun dan selanjutnya menurun, pada pria berusia 50 tahun parafilia jarang terjadi, terkecuali mereka yang tinggal dalam isolasi atau dengan teman yang senasib.

Onset tindakan parafilia bisa disebabkan dari pembentukan perilaku seseorang terhadap orang lain yang telah melakukan tindakan parafilia, meniru perilaku seksual yang ditampilkan oleh media, atau mengingat peristiwa emosional masa lalu seseorang, seperti yang dialaminya.

8) Gambaran

Sadisme dan masokisme adalah bentuk dari fantasi seksual yang melibatkan penyiksaan dalam hubungan seksual, beberapa orang hanya mampu merasa puas dengan hanya melihat pasangannya diikat atau disiksa, sebagian lagi justru menikmati ketika tubuhnya dicambuki atau bahkan ditetesi lilin panas. Pasangan dari seorang sadistis dan masokis dalam praktik keduanya bisa memberi manfaat bisa saling memberi dan menerima rasa sakit untuk merangsang libido seksualnya. Pasangan ini juga bisa saling bertukar peran antara sadistis dan masokis ketika berhubungan seksual.

Sadistis sendiri merupakan orang yang mendapatkan kenikmatan seksual apabila dalam melaksanakan penyiksaan secara fisik seperti pukulan dan sebagainya atau penyiksaan secara psikis seperti umpatan dan hinaan. Orang yang mempunyai gangguan ini cenderung kejam, agresif dan juga meremehkan orang lain, umumnya ia menyukai penderitaan manusia, mengandaikannya dengan rasa takut, pembatasan

kebebasan, orang seperti ini mempunyai karakter yang berbeda dengan orang pada umumnya.

Masokis ialah seseorang yang mendapatkan kepuasan seksual dengan cara kekerasan fisik atau mental yang menimpa dirinya. Orang seperti ini akan mendapatkan kepuasan jika mendapat rasa sakit atau malu. Karakter dari masokis ini mempunyai bentuk yang sama dengan ciri sadistic.

d. Voyeurisme

Untuk bisa di diagnosa mengalami gangguan Voyeurisme, seseorang harus mengalami rangsangan seksual yang intens atau terus menerus dari fantasi atau tindakan memperhatikan orang lain selama setidaknya enam bulan. Biasanya si pelaku akan mengintip sambil berfantasi seksual dalam melakukan masturbasi, tetapi tidak tertarik untuk berhubungan seksual dengan orang yang diintipnya. Kriteria voyeurisme diantaranya yaitu;

- 1) Mengalami rangsangan seksual yang intens dan berulang dari mengintip orang lain yang sedang tidak berpakaian, membuka pakaian, atau melakukan aktivitas seksual selama enam bulan

sebagai manifestasi dari fantasi, dorongan, atau tindakan.

- 2) Pelaku sudah melakukan tindakan berdasarkan dorongan seksualnya dan menyebabkan gangguan atau disfungsi sosial, pekerjaan, atau area lainnya dalam kehiduoan sehari-hari.
- 3) Pelaku berusia setidaknya 18 tahun.

e. Parafilia

1) Definisi Parafilia

Isitilah Parafilia diambil dari bahasa Yunani *para* berarti “menyimpang dari” dan *philia* yang berarti “ketertarikan/mencintai”. Parafilia adalah sekelompok gangguan yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak pada umumnya

Adanya fantasi, dorongan dan perilaku tersebut melibatkan objek yang bukan manusia, anak-anak atau orang-orang yang tidak diizinkan serta penyiksaan atau penghinaan terhadap seseorang atau pasangan.

2) Etiologi/Faktor Penyebab Parafilia

- a) Teori Psikoanalisa

Dari tinjauan psikoanalisis, parafilia merupakan upaya perlindungan ego untuk menghadapi ketakutan dan memori yang ditekan. Paraphilia merupakan penghidupan kembali secara simbolik trauma-trauma di masa kanak-kanak

Paraphilia bisa jadi juga disebabkan oleh masalah-masalah dalam proses perkembangan psikoseksual. Dalam hal ini bisa ada dua bentuk : seseorang ter-fiksasi pada tahap pregenital (sehingga tidak bergerak ke tahap selanjutnya), atau ia melakukan regresi (mundur kembali) ke tahap ini.

b) Teori Behaviorisme

Menurut teori ini parafilia terjadi karena adanya suatu proses pengkondisian yang pernah dialami orang tersebut.

Selain itu reinforces yang diasosiasikan antara stimulus yang didapat oleh seseorang, misalnya saat mengintip seseorang yang sedang melakukan seks lalu dengan gairah seksual yang didapat kemudian membentuk

suatu kebiasaan dan berkembang menjadi gangguan paraphilia

c) Teori Kognitif

Secara kognitif, tampaknya para pelaku gangguan parafilia ini mengalami distorsi kognitif yakni mempunyai pikiran-pikiran/ide-ide yang salah/terganggu serta pemaknaan yang terganggu akan sesuatu hal.

d) Perspektif Biologis

Perspektif ini menganggap karena sebagian besar orang yang mengidap paraphilia adalah laki-laki. Peneliti menemukan bukti dorongan seks yang lebih tinggi pada pria parafilia, seperti yang dibuktikan oleh frekuensi fantasi dan dorongan seksual yang tinggi.

f. Pedofilia

1) Definisi Pedofilia

Pedofilia berasal dari bahasa Yunani *paidos* yang artinya “anak”. Orang dengan pedofilia memiliki dorongan atau fantasi seksual yang kuat dan berulang atau perilaku yang melibatkan aktivitas seksual dengan anak yang belum matang secara seksual. Pedofilia banyak diidap oleh laki-

laki daripada perempuan. Pedofilia bisa heteroseksual atau homoseksual.

2) Kriteria Diagnostik pedofilia di DSM-5

- a) Berulang, intens dan terjadi selama periode minimal 6 bulan, fantasi, dorongan, perilaku yang menimbulkan gairah seksual yang berkaitan dengan melakukan kontak seksual dengan seorang anak praremaja atau anak-anak (umumnya usia 13 tahun atau lebih muda).
- b) Orang yang bersangkutan bertindak berdasarkan dorongan tersebut atau dorongan dan fantasi tersebut menyebabkan orang yang bersangkutan mengalami distress atau masalah interpersonal.
- c) Orang yang bersangkutan minimal berusia 16 tahun dan 5 tahun lebih tua dari anak yang menjadi korbannya.

3) Contoh Kasus Parafilia (Ekshibionisme)

Michael adalah pria berusia 26 tahun yang berwajah kekanak-kanakan yang sudah menikah dan memiliki anak perempuan berusia 3 tahun. Ia menghabiskan sekitar seperempat hidupnya

disekolah anak-anak nakal dan penjara. Sebagai remaja, ia menjadi pembuat onar. Sebagai orang dewasa, ia mulai mengekspos dirinya. Ia datang ke klinik tanpa sepengetahuan istrinya karena ia semakin sering mengekspos dirinya sampai tiga kali sehari dan ia takut nantinya ditangkap serta dijebloskan ke penjara.

Michael berkata bahwa ia menyukai seks dengan istrinya, tetapi itu tidak semenarik saat ia mengekspos dirinya. Ia tidak bisa mencegah perilaku ekshibisionismenya, terutama saat ia sedang menganggur dan mengkhawatirkan tentang biaya hidup keluarganya.

Metode operasi Michael adalah sebagai berikut: ia akan mencari gadis-gadis remaja yang ramping, biasanya usia anak SMP atau SMA. Ia akan mengeluarkan alat kelaminnya dan memainkannya sembari berkendara melewati seseorang atau sekelompok gadis. Dia akan membuka kaca mobilnya, terus memainkan alat kelaminnya dan menanyakan ke arah gadis-gadis tersebut. Terkadang para gadis itu tidak melihat alat kelamin darinya, ini tidak apa-apa.

Terkadang mereka melihatnya dan tidak bereaksi, ini juga tidak apa-apa. Akan tetapi saat para gadis melihatnya dan menjadi bingung serta takut, itulah yang ia cari. Dia akan lebih berusaha bermasturbasi dan ia terkadang berhasil ejakulasi sebelum para gadis tersebut pergi.

Riwayat Michael tidak menyenangkan. Ayahnya meninggalkan rumah sebelum ia dilahirkan dan ibunya adalah seorang pemabuk. Ia sering keluar masuk panti asuhan sepanjang masa kecilnya. Saat usia 10 tahun, ia terlibat dalam aktivitas seksual bersama teman-teman laki-lakinya. Terkadang anak laki-laki ini juga memaksa teman perempuannya untuk petting (bercumbu dengan menggesekkan alat kelamin untuk memuaskan hasrat) dan Michael memiliki perasaan campur aduk saat para perempuan tersebut marah. Dia merasa tidak enak pada mereka, namun disatu sisi ia menikmatinya. Beberapa kali para gadis tampak ketakutan saat melihat alat kelaminnya dan itu membuatnya merasa seperti “laki-laki sejati”.

g. Frotteuerisme

1) Definisi

Ialah suatu bentuk penyimpangan seksual dimana seseorang (laki-laki) mendapatkan kepuasan seksual dengan menyentuh atau menggesekkan alat kelaminnya ke tubuh orang lain (perempuan) yang biasanya terjadi ditempat-tempat umum seperti di kereta, bis dan tempat umum lainnya.

2) Gambaran/Gejala

Frotteuerisme mengacu pada kelainan seksual yakni menggesekkan genitalnya ke bagian pantat atau bagian genital lainnya korban . Terkadang juga dengan secara sengaja menyentul bagian genital korban. Penderita dari penyimpangan seksual ini disebut sebagai Frotteur. Yang mayoritas penderitanya ialah laki-laki dan mayoritas korbannya ialah perempuan, meskipun tidak menutup kemungkinan pelakunya bisa perempuan dan korbannya laki-laki, tetapi kasus Frotteuerisme perempuan jarang sekali terjadi. Dengan demikian gejala-gejala dari Frotteuerisme ini diantaranya ialah :

- a) Memperoleh kepuasan saat melakukan “gesekan”
- b) Ketagihan untuk melakukannya berulang-ulang kali.

4. Terapi Gangguan Seksual

Terdapat beberapa bentuk penanganan atau terapi terhadap gangguan parafilia ini, yaitu diantaranya:

- a. Terapi Psikoanalisis

Psikoanalisis berusaha untuk membawa konflik seksual masa kecil ke dalam kesadaran sehingga mereka bisa ditangani dengan mempertimbangkan kepribadian individu dewasa. Penanganan psikoanalisis berdampak terhadap pandangan mengenai penyebab munculnya gangguan.

- b. Terapi Kognitif Perilaku

Terapi ini berfokus pada perubahan perilaku yang bermasalah dan untuk mengatasi distorsi kognitif pada individu yang mengidap parafilia. Terapi kognitif perilaku ini melibatkan sejumlah teknik diantaranya:

1) Pengondisian Aversif

Tujuan dari terapi ini adalah menimbulkan respons secara emosional negatif terhadap rangsangan atau fantasi yang tidak pantas. Dalam menerapkan model ini, stimulus/rangsangan seksual yang melibatkan anak-anak berulang kali dipasangkan dengan stimulus aversif (misalnya bau amonia yang tidak enak) dengan harapan bahwa seseorang akan mengalami aversi terkondisi terhadap rangsangan/stimulus parafilia. Pengondisian aversif dapat mengurangi gairah seksual sebagai respon terhadap rangsangan.

2) Pelatihan Keterampilan Sosial

Pelatihan ini akan membantu individu untuk memperbaiki kemampuannya dalam menumbuhkan dan menjaga hubungan. Terapis juga memberikan umpan balik serta panduan tambahan dan contoh untuk membantu klien mengembangkan keteampilan-keterampilannya lebih baik.

3) Pelatihan Empati

Pada pelatihan ini klien diajarkan untuk memikirkan bagaimana efek perilakunya terhadap orang lain.

c. Terapi Biomedis

- 1) Pada psikoterapi dapat diberikan obat antiandrogen untuk menekan produksi testoteron sehingga orang yang mengalami gangguan paraphilia dapat menurunkan perilaku mereka.
- 2) The Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) dapat digunakan untuk mengurangi dorongan seksual pada orang yang mengalami gangguan paraphilia.

D. GANGGUAN ZAT DAN PENYALAHAN GUNA ZAT

1. Definisi

Pada umumnya zat adiktif menimbulkan khayalan, selain itu juga dapat menimbulkan rangsangan pada pemakai. Zat adiktif adalah bahan yang menyebabkan adiksi atau ketergantungan dan membahayakan kesehatan ditandai dengan perubahan perilaku, kognitif dan fenomena fisiologis, keinginan kuat untuk

mengonsumsi bahan tersebut, kesulitan dalam mengendalikan penggunaannya, memberi prioritas pada penggunaan bahan tersebut daripada kegiatan lain, meningkatnya toleransi dan dapat menyebabkan keadaan gejala putus zat (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 109 Tahun 2012). Kelompok zat adiktif meliputi alkohol, nikotin, obat hisap, pelarut dan lem fox. Lem fox merupakan zat adiktif berbahaya yang sangat mudah di peroleh karena keberadaannya sebagai lem. Zat yang terkandung dalam lem fox adalah Lysergic Acid Diethylamide (LSD), pengaruhnya sangat kuat bagi penggunaannya ketika aromanya terhisap, zat kimia tersebut dapat mempengaruhi sistem saraf dan melumpuhkan, sehingga aktivitas pengguna berkurang karena halusinasi yang dialami, namun zat tersebut mampu merusak kesehatan bagi penggunaannya bahkan menyebabkan kematian mendadak yang di sebabkan oleh spasme atau kram di otot pernapasan. (Suharyanto, 2014).

Menurut Hawari (2003) semua zat yang termasuk narkoba menimbulkan adiksi (ketagihan) yang pada gilirannya berakibat pada ketergantungan. Hal ini disebabkan karena narkoba sifat-sifat sebagai berikut :

- a. Keinginan yang tidak tertahankan (an over powering desire) terhadap zat yang dimaksud, dan kalau perlu dengan jalan apapun untuk memperolehnya.
- b. Kecenderungan untuk menambah takaran sesuai dengan toleransi tubuh.

Ketergantungan psikologis, yaitu

- a. Apabila pemakaian zat dihentikan akan menimbulkan gejala-gejala kejiwaan, seperti kegelisahan, kecemasan, depresi dan sejenisnya.
- b. Ketergantungan fisik yaitu apabila pemakaian zat dihentikan akan menimbulkan gejala fisik yang dinamakan gejala putus zat (withdrawal symptoms).

NAPZA menurut (Dadang Hawari,2004) adalah bahan atau zat yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan/psikologiseseorang (pikiran, perasaan dan prilaku) serta dapat menimbulkan ketergantungan fisik dan psikologi. Adapun yang termasuk katagori psikotropika merupakan zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, yang berkhasiat sebagai psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental. Misalnya: ekstasi, amphetamine, phenobarbital, diazepam, nitrazepam.

2. Faktor yang menyebabkan penyalahgunaan zat

a. Keluarga

Keluarga sebagai unit sosial terkecil dalam masyarakat mempunyai peranan penting sebagai latar belakang penyalahgunaan zat adiktif. Peran orang tua dan kondisi keluarga mempengaruhi perkembangan kepribadian anak. Apakah kepribadian anak akan rentan atau tidak terhadap penyalahgunaan zat adiktif tergantung dari cara pendidikan orang tua (ayah dan ibu) dan suasana rumah tangga kondusif atau tidak. Orang tua dan keluarga dapat menyebabkan seseorang tergolong untuk menyalahgunakan narkotika, apabila kondisi orang tua atau keluarga tidak mampu menghayati perkembangan dan aspirasi anaknya, serta lemah dalam memberikan pengarahan dan pengawasan. Adanya situasi kehidupan orang tua yang broken home (Adam, 2012). Keadaan keluarga yang tidak kondusif mempunyai resiko bagi remaja untuk terlibat dalam penyalahgunaan zat adiktif dibandingkan dengan remaja yang dididik dalam keluarga yang sehat dan harmonis (Hawari, 2006). Beberapa kondisi dalam keluarga yang beresiko munculnya gangguan kepribadian dan penyimpangan

perilaku bagi usia remaja, antara lain kematian orang tua, perceraian orang tua, hubungan orang tua yang tidak harmonis, suasana rumah tangga yang tegang, kondisi keluarga tanpa kehangatan, orang tua sibuk dan jarang di rumah.

b. Teman Sebaya

Pengaruh buruk dari lingkungan pergaulan, khususnya pengaruh dan tekanan dari kelompok teman sebaya sering menjadi sumber penyebab terjadinya penyalahgunaan zat adiktif. Kelompok teman sebaya tersebut berperan sebagai media awal pengenalan dengan zat adiktif (Afiatin, 2004; Hawari, 1991). Seseorang yang menjadi pecandu narkotika pada dasarnya adalah orang-orang yang tidak mempunyai kepribadian yang mantap sehingga mudah dipengaruhi oleh orang lain terutama teman sebaya dan lingkungan. Adanya rasa ingin tahu dan ingin mencoba-oba, pengaruh dari teman agar dapat diterima dalam lingkungan mereka atau untuk menunjukkan rasa solidaritas, untuk melarikan diri dan untuk memperoleh rasa aman (Adam, 2012). Pengaruh teman sebaya dapat menciptakan keterikatan dan kebersamaan, sehingga yang

bersangkutan sukar melepaskan diri. Pengaruh teman sebaya tidak hanya pada saat mengenal zat adiktif, melainkan juga yang menyebabkan seseorang menjadi ketergantungan terhadap zat adiktif (Hawari, 2006).

c. Lingkungan

Kondisi lingkungan sosial yang tidak sehat atau rawan merupakan faktor terganggunya jiwa atau kepribadian remaja kearah perilaku menyimpang yang pada gilirannya terlibat penyalahgunaan zat adiktif Lingkungan yang rawan tersebut antara lain : tempat hiburan yang buka hingga larut malam bahkan hingga dini hari di mana sering digunakan sebagai tempat transaksi dan pelacuran, perumahan yang padat kumuh, banyaknya penertiban, tontonan, TV dan sejenisnya yang bersifat pornografi kekerasan dan kriminalitas antar warga dan antar sekolah

3. Pengobatan Penyalahgunaan Zat

Sebenarnya tidak ada obat untuk gangguan penyalahgunaan zat, namun ada cara yang membantu untuk mengatasi penyalahgunaan zat.

Berikut ini langkah perawatan penyalahgunaan zat di indonesia:

- a. Detoksifikasi.

Detoksifikasi dilakukan dengan memberikan obat tertentu bertujuan yang bertujuan untuk mengurangi gejala sakau. Sebelum pengidap diberikan obat , dokter akan memeriksa terlebih dulu kondisi pengidap secara menyeluruh

b. Terapi Perilaku Kognitif

Terapi ini dilakukan oleh psikolog atau psikiater berpengalaman. Sebelum terapi dimulai, tim medis akan melakukan pemeriksaan guna menentukan tipe trapi yang sesuai. Tujuannya adalah mencari cara mengatasi keinginan menggunakan obat saat kambung, serta membuat strategi untuk menghindari dan mencegah kambuhnya keinginan untuk menggunakan zat terlarang.

c. Bina Lanjut

Bina lanjut dilakukan dengan mengajak pengidap untuk ikut serta dalam kegiatan yang sesuai dengan minat.

Pengidap, bahkan dapat kembali ke sekolah atau tempat kerja dalam pengawasan terapis.

4. Gangguan yang Berkaitan Dengan Zat

Bagian mengenai gangguan yang berkaitan dengan penggunaan zat dalam DSM-IV-TR mencakup beberapa diagnosis lain.

- a. Intriksikasi akut, keracunan zat akibat masuknya suatu zat kedalam tubuh mempengaruhi sistem saraf pusat dan menimbulkan sebagai efek kognitif dan perilaku maladaptif.
- b. Gangguan yang merugikan (harmfull use)
- c. Sindrom ketrgantungan menggunakan zat / obat dalam dosis yang cukup besar dan berlangsung terus menerus.
- d. Keadaan putus zat dengan delirum setelah putus zat terjadi gangguan mental yang ditandai oleh illusi, halusinasi, ketegangan otak, dan kegelisahan fisik.
- e. Gangguan psikotik adalah kelainan jiwa yang disertai dengan disintegrasi kepribadian dan gangguan kontak dengan kenyataan.
- f. Sindrom amnestik adalah hilangnya memori yang parah atas sebagai peristiwa yang belum lama berselang maupun yang sudah lama terjadi
- g. Gangguan psikotik residual atau onset lambat.

1. Gangguan Bipola

Bipolar disorder adalah jenis penyakit dalam keilmuan psikologi, dalam perkembangannya bipolar disorder adalah salah satu penyakit mental yang masuk dalam kategori penyakit gangguan jiwa. Dalam kurun waktu terakhir bipolar menunjukkan ekistensinya sebagai salah satu penyakit yang berbahaya, khususnya dikalangan remaja, dewasa dan dewasa matang. Penyakit bipolar masuk dalam deretan daftar penyakit yang saat ini menjadi objek kajian dan penelitian baik dari kalangan profesional, psikolog, kedokteran, serta pihak-pihak yang mempelajari ilmu psikologi. Teori yang digunakan dalam proses pemulihan pasien bipolar ini menggunakan teori motivasi, teori motivasi Hierarki Maslow mencangkup lima kebutuhan hidup manusia, kebutuhan tersebut diantaranya: Kebutuhan Fisiologis, Kebutuhan Keamanan, Kebutuhan Sosial, Kebutuhan Penghargaan, dan Kebutuhan Aktualisasi Diri. Dengan menggunakan teori motivasi dapat membantu berjalannya konseling individu yang sedang dijalani pasien. Metode penelitian yang penulis lakukan menggunakan metode kualitatif, penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang bermaksud memahami,

menghasilkan data fenomena tentang apa yang di alami oleh subjek penelitian dengan cara deskripsi.

Gangguan bipolar terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebih (mania atau hipomania), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek yang disertai dengan penurunan aktivitas (depresi). Gangguan bipolar terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebih (mania atau hipomania), dan dalam waktu yang berbeda terjadi penurunan mood yang diikuti dengan penurunan energi maupun penurunan aktivitas (depresi).

2. Gangguan Psikotik

Menurut Julianan (2013, h.67) menjelaskan bahwa gangguan psikotik adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan ketidakmampuan individu menilai kenyataan yang terjadi, misalnya terdapat halusinasi, waham atau perilaku kacau atau aneh.

a. Faktor gangguan psikotik

- 1) Faktor Organo-biologik terdiri dari genetik (heredity), bentuk tubuh (konstitusi),

terganggunya otak secara organik, pengaruh cacat congenital, pengaruh neurotransmiter.

2) Faktor psikologik terdiri dari hubungan intrapersonal dan hubungan Interpersonal. Faktor sosio agama terdiri dari pengaruh rasial, golongan minoritas, masalah nilai-nilai yang ada dalam masyarakat, masalah ekonomi, masalah pekerjaan, bencana alam, perang dan faktor agama atau religious baik masalah intra agama ataupun inter agama.

b. Ciri-ciri gangguan psikotik

- 1) memiliki labilitas emosional.
- 2) menarik diri dari interaksi sosial
- 3) tidak mampu bekerja sesuai fungsinya.
- 4) mengabaikan penampilan dan kebersihan diri.
- 5) mengalami penurunan daya ingat dan kognitif parah.
- 6) berpikir aneh, dangkal, berbicara tidak sesuai keadaan.
- 7) mengalami kesulitan mengorientasikan waktu.

c. Mengatasi gangguan Psikotik

Julianan (2013, h.85-86) menjelaskan beberapa hal yang perlu dilakukan dalam mengatasi gangguan

psikotik antara lain penatalaksanaan, konseling pasien dan keluarga serta pengobatan

3. Gangguan Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Kejadian skizofrenia pada pria lebih besar dari pada wanita. Angka kejadian di masyarakat berkisar 1-2% dari seluruh penduduk pernah mengalami skizofrenia dalam hidup mereka. Kajian ini bertujuan untuk mengukur prevalensi skizofrenia, serta untuk mengidentifikasi tipe dan faktor risiko skizofrenia. Penelitian ini merupakan review skizofrenia berdasarkan data kepustakaan dan jurnal dengan fokus penulisan skizofrenia, yang meliputi gejala, klasifikasi, prevalensi, faktor risiko, dan pengobatan skizofrenia.

Skizofrenia terbagi menjadi sembilan tipe skizofrenia dengan yang tersering adalah skizofrenia paranoid. Menurut prevalensi, skizofrenia tertinggi di Indonesia pada tahun 2013 adalah di DI Yogyakarta dan Aceh sebesar 2,7%. Banyak faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia, antara lain faktor genetik, biologis, biokimia, psikososial, status sosial ekonomi, stress, serta penyalahgunaan obat. Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa

skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi, sedangkan orang yang tidak bekerja mempunyai risiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja.

Gejala klinis skizofrenia adalah gangguan pikiran, delusi, halusinasi, afek abnormal, gangguan kepribadian motor, dan adopsi posisi bizar. Obat antipsikotik yang paling sering digunakan pada penderita skizofrenia pada terapi tunggal adalah risperidon, sedangkan pada terapi kombinasi yang paling banyak digunakan adalah haloperidol dan klorpromazin. Skizofrenia dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik dari pasien, dengan tingkat kekambuhan yang dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan keluarga.

RINGKASAN

Gangguan kepribadian merupakan gangguan yang heterogen. Berupa pola perilaku yang bertahan lama, pervasif, dan tidak fleksibel dan bertentangan dengan budaya masyarakat umumnya. Di dalam DSM, gangguan kepribadian diberi kode Aksis II. Gangguan ini berhubungan dengan bentuk perilaku, persepsi, dan pikiran maladaptive.

Gangguan kepribadian antisosial, awalnya menunjukkan perilaku kelompok kriminal yang terjadi. Psikopat ditemukan oleh karakter pribadi dan perilaku sosial yang menyimpang. Kebanyakan kriminal bukanlah psikopat, namun banyak yang bekerja dibawah bayangan hukum tetap bebas sebagai psikopat(

BBM Parafilia adalah sekelompok gangguan yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak pada umumnya. Gangguan seksual juga merupakan suatu kondisi **yang membuat laki-laki atau perempuan tidak terpuaskan secara seksual. Disfungsi seksual dapat terjadi kapan pun dan pada siapa saja. Meskipun demikian, kemungkinan munculnya disfungsi seksual lebih besar pada orang lanjut usia.**

Gangguan Ketergantungan zat adiktif menimbulkan khayalan, selain itu juga dapat menimbulkan rangsangan pada

pemakai. Zat adiktif adalah bahan yang menyebabkan adiksi atau ketergantungan dan membahayakan kesehatan ditandai dengan perubahan perilaku, kognitif dan fenomena fisiologis, keinginan kuat untuk mengkonsumsi bahan tersebut, kesulitan dalam mengendalikan penggunaannya, memberi prioritas pada penggunaan bahan tersebut daripada kegiatan lain, meningkatnya toleransi dan dapat menyebabkan keadaan gejala putus zat (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 109 Tahun 2012). Kelompok zat adiktif meliputi alkohol, nikotin, obat hisap, pelarut dan lem fox. Lem fox merupakan zat adiktif berbahaya yang sangat mudah di peroleh karena keberadaannya sebagai lem

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Anwar Abidin dan Muammar Luthfi, *Urgensi Pendidikan Seks pada Siswa Madrasah Ibtidaiyah dalam upaya Pencegahan Perilaku Penyimpangan Seksual di Kabupaten Jombang*, Jurnal Ilmiah DIDAKTIKA, 2016
- Achmad Anwar Abidin, *Perilaku Penyimpangan Seksual dan Upaya Pencegahannya di Kabupaten Jombang*, Prosiding Seminar & Temu Ilmiah Jaringan Peneliti IAI Darussalam Blokagung Banyuwangi, Hal. 551
- Aida Janiwarti, Ns. Marti Saragih, *Pengantar Psikopatologi untuk KeperawatanI*, 239.
- Alfin Siregar, “*Psikosis pada remaja (usia sekolah) studi kasus penderita gangguan kejiwaan perspektif konseling keluarga*”, Dalam jurnal pendidikan konseling, Vol.8, No. 2, 2018, 114- 117.
- Alvin Wiharja, “*Sadomasokis*”, referat, (Bandung; Fakultas Kedokteran Umum, Universitas kristen Marantha Bandung), 2013,13.
- American Psychiatric Association, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: Fifth Edition”* (Washington: New School Library, 2013), 649-684.
- Arby Suharyanto, “*Gangguan Perilaku Eksibisionis*”, <https://dosenpsikologi.com/eksibisionis>, diakses pada tanggal 30 april 2021.
- Chelin Indra Suhmita, “*Ini Penyebab Ekshibisionisme Alias Teror alat*”
- Chelin Indra Suhmita, “*Ini Penyebab Ekshibisionisme Alias Teror alat kelamin di Tempat Umum*”, <https://m.solopos.com/ini-penyebab-ekshibisionisme-alias-teror-alat-kelamin-di-tempat-umum-1014622>, diakses pada tanggal 1 mei 2021.
- Dina Rahmawati, “*Eksibisionis Artinya Apa? Ini penjelasannya*” <https://www.sehatq.com/artikel/eksibisionis-artinya-apa-ini-penjasannya>, diakses pada tanggal 30 april 2021.

- Fathonah, "Parafilia: Nature atau Nurture? Tinjauan Teologis dan Psikologis", Dalam Jurnal Pemikiran silam dan Filsafat, Vol. XIII, No2, 2016, 285.
- Fathonah, "Parafilia: Nature atau Nurture? Tinjauan Teologis dan Psikologis", Dalam Jurnal Pemikiran silam dan Filsafat, Vol. XIII, No2, 2016, 285.
- Gusti Ayu Putu Wulan Budisetyani, dkk, "*Psikologi Abnormal*," Bahan Ajar.
- Heri Zan Pieter, Bethsaida Janiwarti, Ns. Marti Saragih, "*Pengantar Psikopatologi untuk KeperawatanI*", (Jakarta: Kencana, 2011), 239.
- Heri Zan Pieter, Bethsaida Janiwarti, Ns. Marti Saragih, "*Pengantar Psikopatologi untuk KeperawatanI*, 239.
- I Gusti Ayu Putu Wulan Budisetyani, dkk, "*Psikologi Abnormal*," Bahan Ajar (Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, 2016).
- Inna Fauziatal Ngazizah, Maria Ulfa Fatmawati, "*Sadomasokisme di Indonesia Persepektif HAM dan Hukum Pidana*", dalam jurnal of Sharia Economic Law, Vol.3, No.2, 2020, 173.
- Ivan Sajogo, Didi Aryono Budiyo , *KEPRIBADIAN ANTISOSIAL: FOKUS PADA WHITE COLLAR CRIME*, hlm 1-8
- Muhammad Ripli, "Mengenal Gangguan Kepribadian serta Penanganannya," dalam Jurnal Al Tazkiah, Vol.7, No.2, Desember 2015, 63-66.
- Patrick Muljono, "Referat parafilia", https://www.academia.edu/27409568/Referat_Parafilia, diakses pada taggal 1 mei 2021.
- Ragil SludgeMetal Ftd, *Referat Fetihisme ump*, dalam <https://www.scribd.com/doc/385312403> diakses pada 30 April 2021.
- Valensia Putri DKK, " Paraphilia dan Gender Identity Disorder", Makalah, (Yogyakarta; Fakultas Psikologi, Universitas Sanata Dharma Yogyakarta, 2016,15.

BAB VII

SIMPON KHUSUS DI BERBAGAI MACAM GANGGUAN PADA KESEHATAN MENTAL

A. Gangguan Tingkah Laku

Gangguan perilaku pada anak adalah suatu kondisi ketika anak sering berperilaku menyimpang dan di luar batas, sehingga berpotensi merugikan dirinya sendiri dan orang lain. Anak yang memiliki gangguan perilaku sering kali dianggap nakal dan bahkan agresif.

Gangguan perilaku adalah gangguan serius dalam hal tingkah laku dan emosi yang dapat terjadi pada anak-anak maupun remaja. Anak-anak dengan gangguan perilaku dapat menunjukkan pola tingkah laku yang mengganggu dan penuh kekerasan. Gangguan perilaku yang tidak diatasi pada masa anak-anak dapat berlanjut menjadi gangguan kepribadian pada masa dewasa. Pengertian Gangguan Perilaku Sebenarnya bukan hal yang aneh untuk anak-anak dan remaja memiliki masalah yang berhubungan dengan perilaku selama tumbuh kembangnya. Namun, perilaku tersebut dianggap sebagai gangguan ketika bertahan lama, merugikan orang lain dan bertentangan norma yang berlaku. Dalam dunia

medis, dikenal juga istilah Attention Deficit Hyperactivity Disorder atau ADHD salah satu gangguan perilaku yang umum terjadi pada anak. Setiap anak berisiko mengalami kondisi yang juga dikenal dengan hiperaktif. ADHD sendiri adalah gangguan yang terjadi pada otak, kondisi ini ditandai dengan kurangnya perhatian atau hiperaktif serta impulsif yang mengganggu fungsi dan perkembangan otak anak. Seorang anak dengan ADHD akan sulit untuk fokus. Biasanya seorang tidak betah jika harus belajar dalam waktu yang lama. Namun, enggan untuk belajar ini tidak terkait ketidakpahaman dengan apa yang dipelajarinya. Anak ADHD suka bergerak, bahkan bisa saja sampai mengganggu temannya. Mereka juga suka bertindak impulsif. Artinya, mereka suka melakukan tindakan yang tiba-tiba tanpa memikirkannya terlebih dahulu dan tidak suka menunda keinginan. Pada beberapa kasus, ADHD terdeteksi saat usia 6-12 tahun. Hingga kini penyebab ADHD belum diketahui secara pasti. Banyak penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang berpotensi memengaruhi tingkat risiko seseorang. Faktor tersebut antara lain pengaruh kelainan pada sistem saraf pusat, pengaruh kelahiran prematur, hingga faktor keturunan

Remaja merupakan individu yang mengalami masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Remaja yang mendapatkan dukungan penuh dalam menjalani masa perkembangannya, akan mampu mencapai seluruh tugas perkembangan dengan baik. Sebaliknya, remaja yang tidak mendapatkan dukungan yang dibutuhkan bagi perkembangannya, diperkirakan memiliki risiko mengalami permasalahan. Beberapa penelitian menyebutkan, remaja berisiko mengembangkan perilaku menentang dan gangguan tingkah laku, yang disebabkan oleh teknik pengasuhan yang tidak efektif, ditolak oleh orang tua, disiplin yang keras dan tidak konsisten serta hubungan keluarga yang buruk (Sells, Early & Smith, 2011). Prevalensi gangguan tingkah laku mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Diperkirakan dalam satu tahun, prevalensi gangguan tingkah laku berkisar antara 2% sampai lebih dari 10% dengan jumlah lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan (American Psychiatric Association, 2013). Di Inggris, 7,4% laki-laki dan 3,2% perempuan usia 5-15 tahun, menunjukkan gangguan tingkah laku (Joughin, 2003). Dalam penelitian terhadap 70 juta anak dan remaja di Amerika Serikat pada tahun 2005, Mash & Wolfe menemukan sekitar 6-16% anak laki-laki dan 2-9% anak perempuan yang menunjukkan permasalahan

perilaku tersebut (Finch, Jr., Nelson III & Hart, 2006). Penelitian berbasis komunitas yang dilakukan Lahey dkk menemukan prevalensi gangguan tingkah laku sejumlah 2-10% dalam populasi anak-anak dan remaja (Singh, et al., 2007). Gangguan tingkah laku terjadi diantara 2% dan 8% anak dan remaja, dengan perbandingan laki-laki dan perempuan 4-10 banding 1 (Scott, 2012).

Cara mengungkapkan beberapa aspek penting dalam hubungan orang tua dan anak, yang membuat remaja berisiko mengembangkan gangguan tingkah laku, antara lain pengabaian, penganiayaan, perpisahan, kurangnya kesempatan mengembangkan kedekatan yang aman, perlakuan kasar dan disiplin yang tidak konsisten (“Parent-Training Programmes”, t.t.). Interaksi yang buruk antara ibu dan anak dapat mempengaruhi anak dalam berbagai hal, yaitu modelling perilaku ibu yang tidak tepat dalam menjalin hubungan; anak mengembangkan tujuan yang tidak realistis dan kurangnya pengetahuan tentang aturan sosial dalam berhubungan dengan orang dewasa dan teman sebaya; membentuk pola yang memaksa dalam hubungan orang tua anak yang dibawa dalam pergaulan teman sebaya; kurangnya kehangatan dalam konsep diri anak (“Parent-Training Programmes”, t.t.). Orang tua dari anak yang mengalami

gangguan tingkah laku, cenderung tidak konsisten dalam menggunakan peraturan, terus-menerus memberi perintah, cenderung menanggapi perilaku anak berdasarkan mood atau perasaan orang tua, bukan berdasarkan karakteristik perilaku anak, kurang memantau keberadaan anak dan kurang peduli terhadap perilaku sosial anak, yang pada akhirnya membuat anak melawan dan menentang orang tua (Scott, 2012). Selain itu, Salaam menyatakan bahwa permasalahan sosial dan penolakan dari kelompok teman sebaya, menjadi faktor penyebab munculnya kenakalan (Busari, 2013)

B. Gangguan Perkembangan.

Gangguan tumbuh kembang adalah kegagalan untuk tumbuh dan berkembang dimana sebenarnya anak tersebut lahir dengan cukup bulan, akan tetapi dalam pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya mengalami kegagalan dalam pertumbuhan fisik dengan malnutrisi dan retardasi perkembangan social atau motorik.

1. Jenis Gangguan perkembangan.

a. Keterbelakangan Mental (Mental Retardation).

1) Definisi Keterbelakangan mental.

Keterbelakangan Mental (Retardasi Mental, RM) adalah suatu keadaan yang ditandai

dengan fungsi kecerdasan umum yang berada dibawah rata-rata disertai dengan berkurangnya kemampuan untuk menyesuaikan diri (berprilaku adaptif), yang mulai timbul sebelum usia 10 tahun.

2) Penyebab Keterbelakangan Mental.

Tingkat kecerdasan ditentukan oleh faktor keturunan dan lingkungan. Pada sebagian besar kasus RM, penyebabnya tidak diketahui; hanya 25% kasus yang memiliki penyebab yang spesifik (Maharani,2007). Secara kasar, penyebab RM dibagi menjadi beberapa kelompok:

- a) Trauma (sebelum dan sesudah lahir)
- b) Infeksi (bawaan dan sesudah lahir)
- c) Kelainan kromosom
- d) Kelainan genetik dan kelainan metabolik yang diturunkan
- e) Metabolik
- f) Keracunan
- g) Gizi
- h) Lingkungan

3) Gejala Keterbelakangan Mental

Table di bawah ini menunjukkan tingkatan Retardasi Mental berdasarkan IQ pada usia prasekolah dan usia sekolah.

Tabel Tingkatan Retardasi Mental :

Tingkat IQ	Usia Prasekolah Dari lahir 5tahun	Usia Sekolah dari 6-12 tahun
Ringan 52-68	Bisa membangun kemampuan sosial & komunikasi Koordinasi otot sedikit terganggu Sering tidak terdiagnosis	Bisa mempelajari pelajaran kelas 6 pada akhir usia belasan tahun Bisa dibimbing ke arah pergaulan sosial Bisa dididik
Moderat 36-51	Bisa berbicara & belajar berkomunikasi Kesadaran sosial kurang	Bisa mempelajari beberapa kemampuan sosial & pekerjaan

	Koordinasi otot cukup	Bisa belajar bepergian sendiri di tempat-tempat yang dikenalnya dengan bai
Berat 20-35	Mampu mempelajari kemampuan untuk menolong diri sendiri Tidak memiliki kemampuan ekspresif atau hanya sedikit Koordinasi otot jelek	Bisa mengucapkan beberapa kata Bisa berbicara atau belajar berkomunikasi Bisa mempelajari kebiasaan hidup sehat yang sederhana
Sangat berat 19 atau kurang	Sangat terbelakang Koordinasi ototnya sedikit sekali	Mungkin memerlukan perawatan khusus

		Memiliki beberapa koordinasi otot
		Kemungkinan tidak dapat berjalan atau berbicara

b. Autis.

Autisme bukanlah penyakit menular, namun suatu gangguan perkembangan yang luas yang ada pada anak. Seorang ahli mengatakan autisme adalah dasar dari manusia yang berkepribadian ganda (Sizophren). Autis pada anak berbeda-beda tarafnya dari yang ringan sampai yang berat. Autis dapat terjadi pada siapa saja tanpa membedakan perbedaan status sosial maupun ekonomi. Dengan perbandingan 4:1 pada anak laki-laki. IQ pada anak autis bisa dari yang rendah sampai IQ yang tinggi (Gunawan, 2001).

1) Gejala-gejala pada anak Autis

Gejala pada anak autis sudah tampak sebelum anak berumur 3 tahun, yaitu antara lain dengan tidak adanya kontak mata, dan tidak menunjukkan responsif terhadap lingkungan. Jika kemudian tidak diadakan terapi, maka setelah usia 3 tahun perkembangan anak

terhenti/mundur, seperti tidak mengenal suara orang tuanya dan tidak mengenal namanya.

c. Conduct Disorder

Conduct disorder adalah satu kelainan perilaku yang mana anak sulit membedakan benar salah, baik buruk; sehingga anak merasa tidak bersalah walaupun dia sudah berbuat kesalahan. Dampaknya akan sangat buruk bagi perkembangan sosial anak tersebut maupun perkembangan lainnya. Demikian pula perilaku agresif seorang anak, harus ada suatu langkah yang dapat memperbaikinya.

Menurut DSM (Diagnostic of Statistical Manual of Mental Disorder), Conduct disorder merupakan suatu pola perilaku yang terus berulang di mana hak dasar orang lain atau norma atau aturan dalam masyarakat dilanggar, yang dimanifestasikan dengan keberadaan tiga (atau lebih) kriteria berikut dalam 12 bulan terakhir, dan sedikitnya satu kriteria harus ada dalam 6 bulan terakhir (Jurnal, 2003).

- 1) Agresi terhadap orang-orang dan binatang
- 2) Sering marah-maraha, menakuti orang lain
- 3) Sering memulai perkelahian, fisik

- 4) Menggunakan senjata yang dapat menyebabkan ancaman fisik serius (tongkat pemukul, batu, pisau, dan lain lain)
- 5) Melakukan kekejaman fisik kepada binatang.
- 6) Melakukan kekejaman fisik kepada orang lain.
- 7) Perusakan Properti atau barang-barang.
- 8) Melempar-lempar barang yang ada dihadapannya ketika marah.
- 9) Melempar barang-barang untuk melukai seseorang atau binatang.

C. Gangguan Makan

Gangguan makan adalah gangguan mental saat mengonsumsi makanan. Penderita gangguan ini dapat mengonsumsi terlalu sedikit atau terlalu banyak makanan, dan terobsesi pada berat badan atau bentuk tubuhnya.

Eating disorder atau gangguan makan adalah kondisi serius terkait dengan perilaku makan yang memberikan dampak negatif pada kesehatan, emosi, dan kemampuan untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari.

Kondisi ini termasuk dalam penyakit mental dapat memengaruhi kemampuan tubuh Anda untuk mendapatkan nutrisi yang sesuai. Akibatnya, bisa membahayakan jantung,

sistem pencernaan, tulang, gigi dan mulut, serta memicu penyakit lainnya.

Gangguan ini sering terjadi pada remaja dan orang dewasa muda, meskipun dapat berkembang pada usia lain. Dengan pengobatan, pasien dapat kembali ke kebiasaan makan yang lebih sehat dan terkadang mengobati komplikasi serius yang disebabkan oleh kondisi ini.

Persepsi tubuh adalah gambaran seseorang mengenai bentuk dan ukuran tubuhnya sendiri, dan gambaran ini dipengaruhi oleh bentuk dan ukuran tubuh aktualnya, perasaan tentang bentuk tubuhnya, serta harapan terhadap bentuk dan ukuran tubuh yang diinginkannya Gernome & Williams (2004). Konstruk dari persepsi tubuh setidaknya terdiri dari dua komponen, yaitu persepsi terhadap perkiraan ukuran tubuh dan sikap yang terkait dengan tubuh dan memengaruhi kognisi (Cash dalam Brown 1989).

Penerimaan sosial atau pengakuan dari orang tua dan teman sebaya akan memengaruhi persepsi tubuh seorang remaja, sehingga peran orangtua dan teman sebaya akan menimbulkan evaluasi terhadap penampilan, terutama pada remaja. Remaja putri lebih kurang puas dengan keadaan tubuhnya dan memiliki lebih banyak persepsi tubuh yang negatif dibandingkan dengan remaja putra (Khan et al. 2011)

dan juga selama masa pubertas. Sejalan dengan berlangsungnya perubahan pubertas, remaja putri seringkali menjadi lebih tidak puas dengan keadaan tubuhnya, mungkin karena lemak tubuhnya bertambah, sedangkan remaja putra menjadi lebih puas dengan memasuki masa pubertas, mungkin karena massa otot mereka meningkat. Penampilan fisik merupakan suatu kontributor yang sangat berpengaruh pada rasa percaya diri remaja (Santrock 2003).

Banyak remaja yang merasa tidak puas dengan penampilan dirinya. Kemudian hal ini akan menyebabkan konsep persepsi tubuh yang buruk (persepsi negatif) dan dapat menimbulkan dorongan untuk menjadi kurus. Tekanan untuk menjadi lebih kurus lagi dalam pikiran akan menyebabkan adanya ketidakpuasan terhadap tubuh (body dissatisfaction), dan akan memengaruhi tingkat kepercayaan diri seseorang. Dampak negatif selanjutnya adalah meningkatnya kasus gangguan makan (eating disorders) yang termasuk pengendalian makan (dietary restraint), bingeeating dan efek negatif lainnya (Stice 2002). Seperti yang digambarkan dalam meta-analisis oleh Groesz et al. (2002) adanya paparan tentang gambaran tubuh yang kurus dan ideal (thin-ideal images) akan meningkatkan ketidakpuasan terhadap tubuh. Gangguan makan

merupakan masalah utama remaja yang ditandai dengan perubahan perilaku makan menjadi kurang baik, persepsi negatif tentang bentuk tubuh (body image) dan pengaturan berat badan yang kurang tepat (Ando et al. 2007). Banyak studi menyatakan bahwa remaja menentukan bentuk tubuh (body shape) berdasarkan karakteristik masyarakat modern (kehidupan masa kini), yang menyebabkan kekhawatiran berlebih tentang tubuh dan meningkatkan berbagai risiko perilaku seperti eating disorders (Ochoa 2007).

Masih tetap menjadi perdebatan tentang insiden tingkat gangguan makan yang meningkat selama abad ke-20. Terdapat bukti terbaru dari Belanda tentang peningkatan insiden anorexia nervosa pada perempuan muda (Van Son et al. 2006), yang menunjukkan bahwa secara keseluruhan insiden anorexia nervosa telah sedikit meningkat pada abad lalu (Keel & Klump 2003). Terdapat beberapa bukti yang menunjukkan bahwa insiden bulimia nervosa telah meningkat sejak tahun 1988. Awal gangguan makan biasanya terjadi pada masa remaja dan dewasa muda, dan laju peningkatan terjadi dari usia 10 tahun (Lewinsohn et al. 2000). Jumlah remaja yang mengalami eating disorders atau ketidakhormalan perilaku makan juga meningkat di negara-negara berkembang (Makino et al. 2004).

Berbagai usaha dilakukan remaja agar mendapatkan tubuh yang ideal dan terlihat menarik. Diet merupakan salah satu usaha tersebut. Pembatasan konsumsi jenis makanan tertentu atau mempunyai kebiasaan diet tidak terkontrol bertujuan untuk mendapatkan tubuh yang ideal. Diet terlalu ketat dengan membatasi konsumsi makanan akan menyebabkan adanya gangguan makan. Tujuan penelitian ini adalah mengkaji hubungan persepsi tubuh dengan gangguan makan pada remaja perempuan.

D. Gangguan Eliminasi

Gangguan eliminasi urin merupakan keadaan dimana seorang individu mengalami atau resiko ketidakmampuan untuk berkemih. Pada seorang individu yang mengalami gangguan eliminasi akan terpasang kateter.

Salah satu jenis gangguan eliminasi adalah Gangguan yang terjadi pada Urine, tanda dan gejala klinisnya sebagai berikut.

1. Tanda dan Gejala Mayor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) tanda dan gejala mayor subyektif dan obyektif sebagai berikut:

a. Subyektif (Urgensi)

1) Urin Menetes (Dribbling)

- 2) Sering buang air kecil
 - 3) Nokturia
 - 4) Mengompol
 - 5) Enurisi
- b. Obyektif
- 1) Distensi kandung kemih
 - 2) Desakan berkemih
 - 3) Berkemih tidak tuntas (hesitancy)
 - 4) Volume residu urin meningkat

2. Gejala Klinis

Gejala yang timbul bervariasi sesuai dengan derajat kalainan. Secara umum jarang ditemukan adanya gangguan fungsi, namun cenderung berkaitan dengan masalah kosmetik pada pemeriksaan fisik ditemukan muara uretra pada bagian ventral penis. Biasanya kulit luar bagian ventral lebih tipis atau bahkan tidak ada, dimana kulit luar di bagian dorsal menebal bahkan terkadang membentuk seperti sebuah tudung. Pada Hypospadia sering ditemukan adanya chorda (Krisna & Maulana, 2017).

Chorda adalah adanya pembengkokan menuju arah ventral dari penis. Hal ini disebabkan oleh karena adanya atrofi dari corpus spongiosum, fibrosis dari tunica

albuginea dan fascia di atas tunica, pengencangan kulit ventral dan fascia Buck, perlengketan antara uretra plate ke corpus cavernosa. Keluhan yang mungkin ditimbulkan adalah adanya pancaran urine yang lemah ketika berkemih, nyeri ketika ereksi, dan gangguan dalam berhubungan seksual. Hypospadia sangat sering ditemukan bersamaan dengan Cryptorchismus dan hernia inguinalis sehingga pemeriksaan adanya testis tidak boleh terlewatkan (Krisna & Maulana, 2017).

E. Gangguan Tidur

Gangguan tidur adalah kelainan dari pola tidur seseorang. Hal ini akan menimbulkan penurunan kualitas tidur yang berdampak pada kesehatan dan keselamatan penderitanya.

Gangguan tidur dapat ditandai dengan rasa mengantuk pada siang hari, kesulitan tidur pada malam hari, atau siklus tidur dan bangun yang tidak teratur. Gangguan tidur yang tidak ditangani dengan baik dapat meningkatkan risiko munculnya berbagai penyakit lain, seperti hipertensi dan penyakit jantung.

Berikut tanda dan gejala yang dialami oleh penderita gangguan tidur, yaitu:

Susunan saraf pusat

- Somnolen berlebihan di siang hari
- Gelisah nocturnal
- Depresi
- Deteriorasi kognitif
- Nyeri kepala di pagi hari
- Berkurangnya dorongan seksual

Respirasi

- Mendengkur
- Mulut dan tenggorok kering

Kardiovaskuler

- Hipertensi
- Gagal jantung
- Aritmia

Renal

- Enuresis, nocturia

Hematologi – Polisitemia.

F. Gangguan Masa Kanak-kanak

Kecemasan adalah respon emosi manusia normal dan melibatkan aspek perilaku, afektif, dan kognitif terhadap persepsi bahaya. Respon Hal itu dipandang sebagai bagian normal dari masa kanak-kanak. Kecemasan merupakan perasaan khawatir yang berlebihan dan tidak jelas, juga

merupakan suatu respons terhadap stimuli eksternal maupun internal yang menimbulkan gejala emosional, kognitif, fisik dan tingkah laku. (Baradero, 2015). Prevalensi kecemasan dalam periode kehidupan diperkirakan sekitar 29% dan usia rata-rata terjadinya kecemasan adalah 11 tahun (Waszczuk M, Zavos, 2013). Penelitian menunjukkan kecemasan dialami oleh usia 9- 10 tahun (18%), usia 10-11 tahun (40.9%) dan 11-12 tahun (41.1%). (Banaeipour, et. al, 2016).

Penyebab kecemasan pada anak dipengaruhi oleh faktor stres baik yang berada didalam dan di luar sekolah yang berkontribusi terhadap stres hal-hal seperti bencana lingkungan dan paparan oleh media, masalah keluarga dan masalah sekolah. Kecemasan pada anak memberikan dampak positif dan negatif. Kecemasan membuat individu tetap waspada dan sadar akan hal-hal yang terjadi di sekelilingnya. Dampak kecemasan tergantung pada tingkat perkembangan anak serta pengembangan keterampilan mengatasi masalah pada usia itu. Efek negatif yang timbul pada anak sekolah adalah perubahan pola tidur, perubahan pola makan, kegelisahan, kehilangan minat dalam aktivitas normal, perasaan tidak berharga, harga diri yang buruk, selfefficacy yang buruk, kesulitan berkonsentrasi, perasaan mudah tersinggung, kelelahan, menarik diri, penyalahgunaan alkohol,

kinerja sekolah yang buruk, hiperaktif, mimpi buruk, perilaku agresif, kekhawatiran berlebihan, ledakan amarah, keluhan penyakit fisik, sakit, nyeri dan perilaku bullying jangka panjang. Bullying merupakan masalah yang banyak dialami anak sekolah. Bullying merupakan bentuk penganiayaan beraneka ragam, yang ditandai dengan kegiatan yang dilakukan berulang kali kepada seseorang terhadap agresi fisik atau emosional termasuk menggoda, menyebut nama, mengejek, mengancam, melecehkan, menjelek, mengaburkan, pengucilan sosial atau rumor (WHO, 2010).

Tipe bullying dibagi menjadi 4, yaitu bullying fisik (memukul, menendang, mencubit dan mendorong), bullying verbal (pemanggilan nama yang tidak sesuai, penghinaan, ejekan, intimidasi atau pelecehan verbal), bullying sosial (berbohong atau menyebarkan rumor, gerakan wajah atau fisik negatif, tampak mengancam atau menghina), cyber bullying (perilaku intimidasi menggunakan teknologi digital, seperti komputer, smartphone, media sosial atau situs web) (National Centre Against Bullying, 2019).

G. Gangguan-gangguan Kebiasaan

Berdasarkan buku saku "Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5", gangguan kebiasaan dan impuls merupakan suatu gangguan kejiwaan yang ditandai oleh tindakan berulang yang tidak memiliki motivasi rasional secara jelas. Biasanya gangguan ini akan merugikan penderitanya sendiri dan bahkan dapat merugikan orang lain. Tindakan yang disebabkan oleh gangguan ini merupakan tindakan yang tidak dapat dikendalikan oleh penderitanya. Sebelum melakukan tindakan tersebut, penderita akan merasa tegang dan akan merasa lega setelah berhasil melakukannya.

1. Intermittent explosive disorder

Intermittent explosive disorder ditandai dengan perilaku impulsif, agresif, kasar, atau ledakan verbal yang tiba-tiba dan terjadi berulang-ulang di mana penderita bereaksi terlalu berlebihan terhadap situasi tersebut. Contoh perilaku penderita intermittent explosive disorder yaitu kemarahan di perjalanan, kekerasan dalam rumah tangga, melempar ataupun menghancurkan benda.

Ledakan yang terputus-putus dan meledak-ledak ini dapat menyebabkan penderita sangat tertekan dan berdampak negatif pada hubungan dan pekerjaan, serta

dapat menimbulkan konsekuensi hukum dan keuangan. Intermittent explosive disorder adalah gangguan kronis yang dapat berlanjut selama bertahun-tahun, meskipun tingkat keparahan gejalanya dapat menurun seiring bertambahnya usia.

2. Judi Patologis

Masih berdasarkan buku saku "Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5", judi patologis merupakan suatu penyakit mental yang ditandai dengan adanya kebutuhan untuk mempertaruhkan uang dalam jumlah yang semakin banyak dari waktu ke waktu. Saat berusaha untuk berhenti, penderita akan merasa gelisah.

Orang yang menderita judi patologis biasanya akan berjudi secara berulang yang menetap (persistently repeated gambling), yang berlanjut dan seringkali meningkat meskipun ada konsekuensi sosial yang merugikan seperti menjadi miskin, hubungan dalam keluarga terganggu, dan kekacauan kehidupan pribadi.

3. Piromania

Piromania adalah kelainan jiwa yang jarang ditemui di mana kelainan ini ditandai dengan pembakaran

yang disengaja dan berulang. Orang dengan piromania sangat terpesona oleh api. Mereka akan mengalami kepuasan atau pelepasan ketegangan batin yang menumpuk begitu api dinyalakan.

Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), kriteria diagnostik untuk pyromania meliputi:

- a. Daya tarik untuk membakar
- b. Sengaja menyalakan lebih dari satu api
- c. Merasa bersemangat atau tegang sebelum menyalakan api, dan merasakan kelegaan atau kesenangan setelah terjadi kebakaran
- d. Tidak ada alasan yang dapat menjelaskan kenapa penderita melakukan pembakaran
- e. Pembakaran tidak dapat dikaitkan dengan episode manik atau gangguan lainnya

4. Kleptomania

Kleptomania merupakan salah satu gangguan kejiwaan yang ditandai dengan perilaku mencuri yang berulang. Perilaku tersebut disertai dengan keinginan kuat yang tidak dapat dikendalikan. Biasanya barang yang dicuri tersebut tidak berharga dan tidak diperlukan secara pribadi oleh penderita. Oleh penderita, barang curian itu

kemudian dibuang, diberikan kepada orang lain, dikembalikan secara diam-diam atau dikumpulkannya. Tindakan mencuri bukan untuk mengekspresikan kemarahan atau balas dendam dan bukan merupakan respon dari halusinasi ataupun delusi.

Penderita akan merasakan ketegangan sebelum mencuri dan diikuti rasa puas atau lega saat pencurian telah dilakukan. Walaupun ada perasaan kepuasan dan kesenangan setelah melakukan aksinya, penderita juga dapat mengalami perasaan bersalah atau depresi sesaat setelahnya.

Kleptomania harus dibedakan dengan tindakan pencurian biasa. Pada kleptomania, pencurian tidak direncanakan sebelumnya dan bukan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi yang kurang. Penderita kleptomania memilih mencuri pada akses yang mudah dan target yang acak, serta mencuri benda yang tidak berharga seperti pakaian, dan kaos kaki. Hal ini sangat berbeda dengan pencurian pada umumnya yang membuat strategi terlebih dahulu untuk mengambil barang yang berharga.

Penderita tidak dapat menjelaskan tujuan dan alasan mengapa ia melakukan pencurian. Ketika ditangkap dan ketahuan aksinya, penderita akan mengakui

bahwa dia benar-benar melakukan pencurian. Padahal penderita dengan kleptomania umumnya mempunyai hidup yang layak dan kondisi keuangan yang stabil.

5. Trikotilomania

Trikotilomania merupakan gangguan kejiwaan yang ditandai dengan tindakan berulang yang tak tertahankan untuk mencabut rambut dari kulit kepala, alis, ataupun area lainnya, meski penderita berusaha untuk berhenti. Mencabut rambut dari kulit kepala sering meninggalkan bintik-bintik kebotakan yang tidak merata, yang menyebabkan tekanan pada penderitanya dan dapat mengganggu fungsi sosial ataupun pekerjaan. Orang dengan trikotilomania mungkin akan berusaha keras untuk menutupi kerontokan rambut tersebut.

Banyak orang dengan trikotilomania juga mengorek kulitnya, menggigit kukunya, ataupun mengunyah bibirnya. Terkadang, orang dengan trikotilomania juga menarik rambut dari hewan peliharaan, boneka, pakaian, ataupun selimutnya. Beberapa penderita menarik rambut mereka dengan sengaja untuk menghilangkan rasa tegang atau tekanan yang sedang dialami. Namun, beberapa penderita juga sering menarik rambut sendiri tanpa menyadarinya,

seperti saat mereka bosan, membaca, ataupun menonton TV.

RINGKASAN

Gangguan perilaku pada anak adalah suatu kondisi ketika anak sering berperilaku menyimpang dan di luar batas, sehingga berpotensi merugikan dirinya sendiri dan orang lain. Anak yang memiliki gangguan perilaku sering kali dianggap nakal dan bahkan agresif.

Gangguan tumbuh kembang adalah kegagalan untuk tumbuh dan berkembang dimana sebenarnya anak tersebut lahir dengan cukup bulan, akan tetapi dalam pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya mengalami kegagalan dalam pertumbuhan fisik dengan malnutrisi dan retardasi perkembangan social atau motorik.

Gangguan makan adalah gangguan mental saat mengonsumsi makanan. Penderita gangguan ini dapat mengonsumsi terlalu sedikit atau terlalu banyak makanan, dan terobsesi pada berat badan atau bentuk tubuhnya.

Gangguan eliminasi urin merupakan keadaan dimana seorang individu mengalami atau resiko ketidakmampuan untuk berkemih. Pada seorang individu yang mengalami gangguan eliminasi akan terpasang kateter.

Gangguan tidur adalah kelainan dari pola tidur seseorang. Hal ini akan menimbulkan penurunan kualitas tidur yang berdampak pada kesehatan dan keselamatan penderitanya.

Kecemasan adalah respon emosi manusia normal dan melibatkan aspek perilaku, afektif, dan kognitif terhadap persepsi bahaya.

rdasarkan buku saku "Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5", gangguan kebiasaan dan impuls merupakan suatu gangguan kejiwaan yang ditandai oleh tindakan berulang yang tidak memiliki motivasi rasional secara jelas.

DAFTAR PUSTAKA

- Ando T, Ichimaru Y, Konjiki F, Shoji M, & Komaki G. 2007. Variations in the *preproghrelin gene correlate with higher body mass index, fat mass, and body dissatisfaction in young Japanese women*. *Am J Clin Nutr*, 86, 25—32.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, fifth edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Busari, A. O. (2013). *Cognitive behaviour therapy in the management of conduct disorder among adolescents*. *Intech: open science, open minds*, 45-63. Diperoleh dari <http://cdn.interchopen.com>.
- Brown TA, Cash TF, & Lewis RJ. 1989. *Body-image disturbances in adolescent female binge purgers: A brief report of the results of a national survey in the USA*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 605—613.
- Finch, Jr., A. J., Nelson III, W. M., & Hart, K. J. (2006). *Conduct Disorder: Description, Prevalence, and Etiology*. Dalam Nelson III, W. M., Finch, Jr., A. J., & Hart, K. J., *Conduct Disorders: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Germove J & William L. 2004. *A Sociology of food & Nutrition: The Social Appetite*. Oxford University Press, New York.
- Groesz LM, Levine MP, & Murnen SK. 2002. *The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review*. *Int J Eat Disord*, 31(1), 1—16.
- Keel PK & Klump PL. 2003. *Are eating disorders culture bound syndrome? Implications for conceptualizing their etiology*. *Psychological Bulletin*, 129, 747—769.

- Khan AN, Khalid S, Khan HI, & Mehnaz J. 2011. *Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. Pub Health, 11(3), 79—87.*
- Lewinsohn P. M, Striegel-Moore, R. H, & Seeley, J. R. 2000. *Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 1284—1292.*
- Makino M, Tsuboi K, & Dennerstein L. 2004. *Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. Health Psychol, 7(6), 75—84.*
- Maulana Akhada & Krisna, Daniel, Mahendra (2017). *Hypospadias: Bagaiamana Karakteristiknya Di Indonesia.*
- Ochoa Hoyos AM. 2007. *Body image: differences and similarities between Colombian and Dutch teenagers. Perspectivas en Nutricion Humana, 9(2), 109—122.*
- Santrock JW. 2003. *Adolescents: Perkembangan remaja (edisi keenam).* Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Scott, S. (2012). *Conduct disorders. IACAPAP Text-book of Child and Adolescent Mental Health.* Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Diperoleh dari <http://www.iacapap.org>.
- Sells, S. P., Early, K. W., & Smith, T. E. (2011). *Reducing adolescent oppositional and conduct disorders: an experimental design using the parenting with love and limits model. Professional Issues in Criminal Justice, 6(3 & 4), 9-30. Diperoleh dari <http://kucampus.kaplan.edu>.*
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Joy, S. D. S., Winton, A. S. W., Sabaawi, M., Wahler, R.G., & Singh, J. (2007). *Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15(1), 56-63. Diperoleh dari <http://jpkc.ecnu.edu.cn>.*

Stice E. 2002. *Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review*. *Psychol Bulletin*, 128(8), 25—48.

BAB VIII

PENYESUAIAN DIRI ANAK-ANAK LUAR BIASA DAN GANGGUAN PSIKONEUROSIS

A. Penyesuaian Diri Anak-Anak Luar Biasa

Penyesuaian diri dalam artinya yang pertama disebut juga penyesuaian diri yang autoplastis (dibentuk sendiri), sedangkan penyesuaian diri yang kedua disebut penyesuaian yang aloplastis (Alo = yang lain). Jadi penyesuaian diri ada artinya yang “pasif“, di mana kegiatan kita ditentukan oleh lingkungan, dan arti yang “aktif” di mana kita dipengaruhi lingkungan. (Geruangan. 2004 : 60)

Proses penyesuaian diri adalah proses belajar dari lingkungan. Sigmund Freud mengemukakan tentang pentingnya pengalaman fase anak-anak, yang akan berpengaruh pada masa remaja hingga dewasa. (Ricardo Nelson, Jones, 2011: 70)

1. Intelegensi

a. Definisi Intelegensi

1) Menurut Anastasi (1997)

Bukan kemampuan yang seragam, lebih merupakan komponen dari berbagai fungsi, yang mencakup gabungan kemampuan yang

diperlukan untuk bertahan dan maju dalam suatu kebudayaan. Keseluruhan kemampuan individu untuk berpikir dan bertindak secara terarah serta mengolah dan menguasai lingkungannya secara terarah.

2) Chaplin

Dibagi dalam 3 macam:

- a) Kapasitas: Keseluruhan kemampuan intelektual yang dimiliki oleh seseorang (sulit terukur)
- b) Potensi: Kemampuan intelektual seseorang yang seharusnya dapat ia tampilkan dan dikembangkan secara maksimal
- c) Fungsi: Penampilan tingkah laku seseorang yang menggambarkan tingkat kecerdasannya (bila fungsi berkembang max= potensi)

3) Alfred Binet:

Intelegensi terdiri dari 3 komponen, yakni:

- a) Kemampuan untuk mengarahkan fikiran atau mengarahkan tindakan

- b) Kemampuan untuk mengubah arah tindakan bila tindakan tersebut telah dilaksanakan
 - c) Kemampuan untuk mengkritik diri sendiri
- 4) D. E. Thorndike:
Intelegensi adalah kemampuan dalam memberikan respon yang baik dari pandangan kebenaran atau fakta.
- 5) David Weschler
Intelegensi sebagai suatu kumpulan atau totalitas kemampuan seseorang untuk bertindak dengan tujuan tertentu, berpikir secara rasional, serta menghadapi lingkungannya dengan efektif.
- 6) Walters dan Gardner
Intelegensi sebagai kemampuan atau serangkaian kemampuan-kemampuan yang memungkinkan individu memecahkan masalah atau produk sebagai konsekuensi eksistensi suatu budaya tertentu.

b. Perspektif teoritis tentang intelegensi

Beberapa psikolog berpendapat bahwa intelegensi merupakan suatu kemampuan tinggal dan umum yang dimiliki seseorang dalam taraf yang berbeda-beda dan diterapkan keberbagai jenis tugas. Secara historis, fakta-fakta yang dapat dipertanggungjawabkan telah mendukung gagasan ini. Meskipun pengukuran-pengukuran intelegensi yang bermacam-macam memberikan hasil yang tidak persis sama, hasil-hasil itu berkolerasi satu sama lain, individu yang memperlihatkan skor tinggi disatu pengukuran cenderung memperlihatkan skor yang tinggi pula dipengukuran lainnya. Bahkan dua tes yang memiliki jenis isi yang berbeda, misalnya tes yang mengukur perbendaharaan kata dan tes nonverbal yang mengukur kemampuan menganalisis desain-desain geometris cenderung berkolerasi satu sama lain.

Meskipun demikian, kolerasi yang terdapat diantara berbagai pengukuran intelegensi kadangkala tidak begitu besar, biasanya hanya sedang-sedang saja. Siswa yang memperoleh skor tertinggi dalam suatu tes tidak selalu memperoleh

skor tertinggi dites lainnya. Sebagai contoh seorang siswa yang memiliki perbendaharaan kata yang luar biasa banyaknya barangku memperlihatkan skor yang sedang pada tes yang mengukur analisis desain geometris. Dengan demikian tidak semua psikolog berpendapat bahwa intelegensi merupakan suatu kemampuan tunggal yang dimiliki orang-orang dalam berbagai taraf yang berbeda. Melainkan, beberapa psikolog berpendapat bahwa orang dapat lebih atau kurang intelegen dalam berbagai jenis tugas. Dalam pembahasan ini dapat dilihat empat perspektif teoritis mengenai hakikat intelegensi sebagai suatu entitas tunggal versus sebagai suatu kemampuan majemuk.

a. Pengukuran Inteligensi

Inteligensi diukur dengan tiga standar pengukuran: usia mental (mental age), intelligence quotient (IQ), dan jenjang persentil (percentile rank).

b. Usia Mental

Usia mental adalah kemampuan mental yang khas bagi individu pada tingkat usia kronologis (chronological age) tertentu. Jadi, anak dengan usia mental 6 mampu bekerja pada tingkat intelektual yang khas pada rata-rata anak yang berusia 6 tahun.

c. Intelligence Quotient

Intelligence quotient (IQ) adalah angka indeks tunggal yang menyatakan tingkat kecerdasan seseorang dibandingkan dengan orang lain dalam sampel yang standard. Atau juga dapat dikatakan, IQ adalah suatu skor pada suatu tes yang bertujuan untuk mengukur kemampuan-kemampuan verbal dan kuantitatif. IQ itu cenderung stabil secara relatif. Ukuran yang dikenal sebagai IQ pertama kali dikemukakan oleh William Stern, seorang psikolog Jerman. Ia memperhatikan bahwa jika usia mental

dibandingkan dengan usia kronologis, maka akan terdapat ukuran yang stabil. Kemudian William Stern mengusulkan rumus yang berikut:

$$\frac{MA \times 100}{CA} = IQ$$

Jadi, untuk mencapai skor IQ seseorang, caranya ialah usia mental (MA) orang itu (dalam tahun dan bulan) sebagaimana ditetapkan oleh tes dibagi dengan usia kronologisnya (CA) dan hasilnya dikalikan dengan 100 (untuk menghilangkan desimal atau pecahan-pecahan). Misalnya, usia mental 15 dan usia kronologis 14, maka skor IQ-nya adalah: $15/14 \times 100 = 1.07 \times 100 = 1.07 \times 100 = 107$.

d. Jenjang Persentil (Percentile Rank)

Jenjang persentil adalah pernyataan skor tes inteligensi berdasarkan kedudukan relatif pada populasi tertentu. Dengan kata lain, jenjang persentil adalah persentase dari suatu populasi yang sama dengan atau lebih dari skor tertentu. Misalnya, jenjang persentil dari 70 menunjukkan skor yang

sama dengan atau lebih dari skor yang dicapai oleh 70% dari populasi tersebut.

e. Tes Intelligensi

Tes intelligensi yang biasa dipakai adalah Revised Stanford-Binet Test of Intelligence; Wechsler-Bellevue Scales (Form I dan Form II, dan WAIS); Wechsler Intelligence Scale for Children; Goodenough Drawing Test; dan Arthur Point Scale.

Hanya ada sedikit perbedaan terminologi pada skala-skala intelligensi yang sangat umum dipakai (Terman revision of the Stanford Binet dan Wechsler Scales) tetapi pendekatannya berasal dari segi pandangan statistik yang berbeda. Tabel tabel di bawah ini menunjukkan bagaimana kedua teknik itu menangani persoalan distribusi intelligensi pada populasi umum. Terman membuat skalanya pada rentang intelligensi (IQ), sedangkan Wechsler menambah faktor distribusi persentase pada masing-masing tingkat. Harus diperhatikan bahwa IQ yang ditetapkan sedikit berbeda dengan skala tes intelligensi tertentu yang dipakai.

f. Klasifikasi Intelligensi Terman

- 1) Genius (Diatas 140)
- 2) Sangat superior (120-140)
- 3) Superior (normal atas) (110-120)
- 4) Normal atau rata-rata (90-110)
- 5) Normal bawah (bodoh) (80-90)
- 6) Garis batas (70-80)
- 7) Lemah mental:
 - a) Moron(50-70)
 - b) Imbisil(25-50)
 - c) Idiot(dibawah 25)

g. Distribusi Deskriptif Skor IQ WISC-III

- 1) 130 dan diatas 130 =sangat superior dengan kurva normal teoretis 2,2 dan sampel aktual 2,1
- 2) 120-129= superior dengan kurva normal teoretis 6,7 dan sampel aktual 8,3
- 3) 110-119= rata-rata dengan kurva normal teoretis 16,1 dan sampel aktualaktual 16, 1
- 4) 80-89=normal rata-rata (normal bodoh) dengan kurva normal teoretis 50,0 dan sampel aktualaktual 50,3
- 5) 70-79=garis batas dengan kurva normal teoretis 6,7 dan sampel aktualaktual 6,5

- 6) 69 dan dibawah 69= cacat intelektual dengan kurva normal teoretis 2,2dan sampel aktualaktual 1, 9
- a) Persentase yang diperlihatkan adalah untuk IQ skala penuh dan didasarkan pada sampel standardisasi total (N 2.200). Persentase diperoleh untuk IQ verbal dan IQ performansi benar benar sama.
 - b) Istilah keterbelakangan mental (mentally retarded) dalam WISC-R diganti dengan cacat intelektual (intellectually deficient) dalam WISC-III. Praktek ini menghindari implikasi bahwa skor IQ yang sangat rendah merupakan bukti yang cukup untuk klasifikasi retardasi mental. Istilah cacat intelektual adalah bersifat deskriptif dan hanya mengacu pada fungsi intelektual yang rendah.

2. Anak Berbakat Intelektual

Faktor-faktor yang memengaruhi penyesuaian diri anak berbakat intelektual meliputi faktor internal diri, faktor eksternal diri, dan pola asuh otoritarian. Faktor internal diri yang dapat memengaruhi penyesuaian diri personal anak berbakat intelektual terdiri dari masalah kesehatan, kondisi yang tidak disukai, dan permasalahan akademik.

Faktor eksternal diri yang dapat memengaruhi penyesuaian diri sosial anak berbakat intelektual terdiri dari perlakuan lingkungan sosial, konflik dalam interaksi sosial, hubungan sosial, dan aktivitas sosial. Sedangkan faktor pola asuh otoritarian yang dapat memengaruhi penyesuaian diri sosial anak berbakat intelektual terdiri dari tuntutan orangtua dan dukungan orangtua. Faktor-faktor tersebut memengaruhi bentuk-bentuk penyesuaian diri anak berbakat intelektual yang menghasilkan variasi penyesuaian diri yang dialami oleh anak berbakat intelektual.

Penyesuaian diri anak berbakat intelektual berhubungan dengan pola asuh otoritarian dari orangtua responden. Pola asuh otoritarian merupakan pengasuhan orangtua yang ditandai dengan adanya aturan-aturan

yang kaku yang cenderung untuk menentukan peraturan tanpa berdiskusi dengan anak-anak terlebih dahulu.

Pola asuh otoritarian dapat memiliki kecenderungan yang berdampak buruk pada anak yaitu anak merasa tidak bahagia, kurang dalam inisiatif, tidak mampu menyelesaikan masalah, dan memiliki kemampuan komunikasi yang buruk

Pola asuh otoritarian adalah pola pengasuhan orangtua dari anak berbakat intelektual meliputi tuntutan orangtua dan dukungan orangtua yang dapat memengaruhi penyesuaian diri anak berbakat intelektual. Pola asuh otoritarian dari orangtua responden dapat dilihat dari lima aspek yang menjadi kriteria dalam pengasuhan otoritarian yaitu menetapkan batasan-batasan standar dan kendali yang tegas terhadap anak, kurang memberikan peluang kepada anak untuk berdialog secara verbal, mengekang dan memaksa anak untuk bertindak seperti yang orangtua inginkan, menekankan pada kebutuhan orangtua, dan pendapat orangtua paling benar,

Berdasarkan orangtua yang mengontrol pengawasan anak secara ketat, cenderung memengaruhi anak akan lebih pasif, tidak mandiri, dan kurang percaya

diri karena orangtua membatasi setiap kegiatan dengan disiplin yang ketat.

Faktor-faktor yang memengaruhi penyesuaian diri anak berbakat intelektual sejalan dengan penelitian Ulfatusholiat (2012) mengenai faktor yang memengaruhi penyesuaian diri anak tunagrahita yaitu faktor fisik dan psikologis (seperti kesulitan dalam berkomunikasi dan menjalin interaksi dengan orang lain), perhatian dari lingkungan (seperti anggota keluarga dan tetangga), serta peran orangtua (pola asuh dan dukungan orangtua) juga berperan penting dalam penyesuaian diri anak. Pada penelitian ini, faktor fisik dan psikologis masuk kedalam faktor internal diri, perhatian dari lingkungan masuk kedalam faktor eksternal diri, dan peran orangtua masuk ke dalam faktor pola asuh yang dalam penelitian ini dikhususkan pola asuh otoritarian.

Pada faktor internal diri, terdapat masalah kesehatan yang meliputi faktor fisik dan juga psikologis yang terdiri dari konflik dalam makan, masalah kesehatan fisik, dan tekanan psikologis yang dialami. Masalah kesehatan tersebut menjadi faktor internal dalam diri responden yang memengaruhi bagaimana

dirinya menyesuaikan diri terhadap dirinya sendiri dalam kondisi diri yang dihadapi. Pada faktor internal diri, terdapat kondisi yang tidak disukai oleh responden yaitu kegiatan yang tidak disukai dan hal yang tidak disukai.

Kegiatan yang tidak disukai oleh responden memengaruhi bagaimana penyesuaian diri responden dalam menghadapi aktivitas yang tidak disukai namun tetap harus dilakukannya karena tuntutan di lingkungannya. Hal yang tidak disukai oleh responden memengaruhi bagaimana penyesuaian diri responden dalam menghadapi suatu situasi yang tidak disukai namun tetap harus berada dalam situasi tersebut. Pada faktor internal diri, terdapat permasalahan akademik yang dialami oleh responden yaitu konflik terhadap pelajaran dan kesalahan yang pernah dilakukan.

Konflik dalam pelajaran memengaruhi bagaimana penyesuaian diri responden dalam menghadapi pelajaran yang disukai dan pelajaran yang tidak disukai namun tetap harus dikuasai agar tetap mampu dalam semua pelajaran. Kesalahan yang pernah dilakukan memengaruhi bagaimana penyesuaian diri responden dalam menghadapi kesalahan yang pernah

dilakukannya dalam pembelajaran yang membuat orang lain menjadi salah paham terhadap responden.

Terdapat tiga bentuk penyesuaian diri anak berbakat intelektual yaitu cara merespon, harapan diri, dan kelebihan diri. Penyesuaian diri anak berbakat intelektual dapat dilihat dari bentuk-bentuk penyesuaian diri dan variasi penyesuaian diri yang didalamnya terdapat faktor-faktor yang memengaruhi penyesuaian diri anak berbakat intelektual.. Tiga tema hasil yang diperoleh antara lain faktor-faktor yang memengaruhi penyesuaian diri anak berbakat intelektual, bentuk-bentuk penyesuaian diri anak berbakat intelektual, dan variasi penyesuaian diri anak berbakat intelektual. Bagi keluarga yang memiliki anak berbakat intelektual yaitu orangtua dari anak berbakat intelektual dapat melakukan pendekatan pada anak dengan memberikan kesempatan bagi anak untuk berdiskusi dan menyampaikan pendapat dan perasaan yang dirasakan oleh anak ketika menghadapi sesuatu.

Orangtua tidak perlu berlebihan dalam membatasi anak berinteraksi dengan orang lain di lingkungannya namun tetap memantau apa yang dilakukan oleh anak. Selain bagi orangtua, bagi saudara

kandung juga penting untuk melakukan pendekatan dengan anak berbakat intelektual dengan lebih sering mengajak anak berbakat intelektual untuk berkomunikasi.

Bagi tenaga pendidik anak berbakat intelektual yaitu guru dari anak berbakat intelektual dapat melakukan pendekatan pada anak dengan memberikan kesempatan bagi anak untuk menyampaikan pendapat agar dapat memahami anak dan mempersiapkan penilaian pada kemampuan anak dengan tepat. Guru dapat memberikan dukungan dalam hal pembelajaran dan kompetisi agar anak merasa didukung dan dihargai dalam melakukan sesuatu. Guru dapat memberikan konsultasi kepada orangtua terkait kondisi anak di sekolah.

3. Retardasi Mental

Retardasi mental merupakan suatu kelainan mental seumur hidup, diperkirakan lebih dari 120 juta orang di seluruh dunia menderita kelainan ini. Oleh karena itu retardasi mental merupakan masalah di bidang kesehatan masyarakat, kesejahteraan sosial dan pendidikan baik pada anak yang mengalami retardasi mental tersebut maupun keluarga dan masyarakat.

Retardasi mental merupakan suatu keadaan penyimpangan tumbuh kembang seorang anak sedangkan peristiwa tumbuh kembang itu sendiri merupakan proses utama, hakiki, dan khas pada anak serta merupakan sesuatu yang terpenting pada anak tersebut.

Terjadinya retardasi mental dapat disebabkan adanya gangguan pada fase pranatal, perinatal maupun postnatal. Mengingat beratnya beban keluarga maupun masyarakat yang harus ditanggung dalam penatalaksanaan retardasi mental, maka pencegahan yang efektif merupakan pilihan terbaik.

Pada masa kerajaan Yunani di bawah hukum Lycurgus anak dengan retardasi mental mengalami perlakuan yang sangat mengenaskan, yang dibolehkan untuk dimusnahkan, atau dibuang di sungai Eurotes. Di Romawi kuno ada hukum yang membenarkan pembunuhan pada anak-anak yang cacat atau yang lemah, walaupun kadang-kadang anak cacat tersebut masih dipertahankan hidup bila masih mampu menghibur para pembesar.

Prevalens retardasi mental pada anak-anak di bawah umur 18 tahun di negara maju diperkirakan

mencapai 0,5-2,5% , di negara berkembang berkisar 4,6%. Insidens retardasi mental di negara maju berkisar 3-4 kasus baru per 1000 anak dalam 20 tahun terakhir. Angka kejadian anak retardasi mental berkisar 19 per 1000 kelahiran hidup. Banyak penelitian melaporkan angka kejadian retardasi mental lebih banyak pada anak laki-laki dibandingkan perempuan.

a. Definisi Retardasi Mental

American Association on Mental Deficiency (AAMD) membuat definisi retardasi mental yang kemudian direvisi oleh Rick Heber (1961) sebagai suatu penurunan fungsi intelektual secara menyeluruh yang terjadi pada masa perkembangan dan dihubungkan dengan gangguan adaptasi sosial. Ada 3 hal penting yang merupakan kata kunci dalam definisi ini yaitu penurunan fungsi intelektual, adaptasi sosial, dan masa perkembangan.

Penurunan fungsi intelektual secara umum menurut definisi Rick Heber diukur berdasarkan tes intelegensia standar paling sedikit satu deviasi standar (1 SD) di bawah rata-rata. Periode perkembangan mental menurut definisi ini adalah mulai dari lahir sampai umur 16 tahun. Gangguan

adaptasi sosial dalam definisi ini dihubungkan dengan adanya penurunan fungsi intelektual. Menurut definisi ini tidak ada kriteria bahwa retardasi mental tidak dapat diperbaiki seperti definisi retardasi mental sebelumnya.

Banyak pakar menyatakan bahwa definisi ini terlalu liberal, karena dengan batasan tes intelegensia di bawah satu deviasi standar (1 SD) terdapat hampir 16% dari populasi dapat digolongkan sebagai retardasi mental.

Pada tahun 1973 melalui *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation* Grossman merevisi definisi Heber tersebut. Menurut Grossman retardasi mental adalah penurunan fungsi intelektual yang menyeluruh secara bermakna dan secara langsung menyebabkan Uji intelegensia pertama kali diperkenalkan oleh seorang psikolog Perancis yang bernama Alfred Binet dan Theodore Simon pada tahun 1900.

Pada tahun 1916 Dr Lewis Terman mengadaptasi pemeriksaan intelegensia berdasarkan skala Binet tersebut di Stanford University. Saat ini uji intelegensia tersebut dinamakan Stanford Binet

Intelligence Scale yang sudah direvisi 4 kali yaitu tahun 1937, 1960, 1973, dan 1986. William Stern pada tahun 1912 membuat konsep intelligence quotient (IQ) sebagai suatu perbandingan antara mental age (MA) dan chronological age (CCA).

Pada tahun 1939 David Wechsler mempublikasikan suatu tes intelegensia yang mengukur fungsi intelektual yang lebih global. Uji ini kemudian disebut Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) yang kemudian direvisi tahun 1976 dan disebut Wechsler Intelligence *Scale for Children Revised* (WISC-R), dan direvisi kembali tahun 1990 yang disebut WISC third edition (WISC-III). Uji intelegensia tersebut dipakai untuk anak umur 6-16 tahun.

$$IQ=MA:CA\times 100$$

Pada tahun 1966 dipublikasikan Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) yang kemudian direvisi tahun 1989 disebut WPPSI-R, untuk anak umur 4-6¹/₂ tahun. Berdasarkan The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO, Geneva tahun

1994 retardasi mental dibagi menjadi 4 golongan yaitu :

- 1) Mild retardation (retardasi mental ringan), IQ 50-69
- 2) Moderate retardation (retardasi mental sedang), IQ 35-49
- 3) Severe retardation (retardasi mental berat), IQ 20-34
- 4) Profound retardation (retardasi mental sangat berat), IQ <20

b. *Retardasi Mental Ringan*

Retardasi mental ringan dikategorikan sebagai retardasi mental dapat dididik (educable). Anak mengalami gangguan berbahasa tetapi masih mampu menguasainya untuk keperluan bicara sehari-hari dan untuk wawancara klinik. Umumnya mereka juga mampu mengurus diri sendiri secara independen (makan, mencuci, memakai baju, mengontrol saluran cerna dan kandung kemih), meskipun tingkat perkembangannya sedikit lebih lambat dari ukuran normal.

Kesulitan utama biasanya terlihat pada pekerjaan akademik sekolah, dan banyak yang

bermasalah dalam membaca dan menulis. Dalam konteks sosiokultural yang memerlukan sedikit kemampuan akademik, mereka tidak ada masalah. Tetapi jika ternyata timbul masalah emosional dan sosial, akan terlihat bahwa mereka mengalami gangguan, misal tidak mampu menguasai masalah perkawinan atau mengasuh anak, atau kesulitan menyesuaikan diri dengan tradisi budaya.

c. *Retardasi mental sedang*

Retardasi mental sedang dikategorikan sebagai retardasi mental dapat dilatih (*trainable*). Pada kelompok ini anak mengalami keterlambatan perkembangan pemahaman dan penggunaan bahasa, serta pencapaian akhirnya terbatas. Pencapaian kemampuan mengurusmengurus diri sendiri dan ketrampilan motor juga mengalami keterlambatan, dan beberapa diantaranya membutuhkan pengawasan sepanjang hidupnya.

Kemajuan di sekolah terbatas, sebagian masih bisa belajar dasar-dasar membaca, menulis dan berhitung.

d. *Retardasi mental berat*

Kelompok retardasi mental berat ini hampir sama dengan retardasi mental sedang dalam hal gambaran klinis, penyebab organik, dan keadaan-keadaan yang terkait. Perbedaan utama adalah pada retardasi mental berat ini biasanya mengalami kerusakan motor yang bermakna atau adanya defisit neurologis.

e. *Retardasi mental sangat berat*

Retardasi mental sangat berat berarti secara praktis anak sangat terbatas kemampuannya dalam mengerti dan menuruti permintaan atau instruksi. Umumnya anak sangat terbatas dalam hal mobilitas, dan hanya mampu pada bentuk komunikasi nonverbal yang sangat elementer.

f. *Etiologi*

Terjadinya retardasi mental tidak dapat dipisahkan dari tumbuh kembang seorang anak. Seperti diketahui faktor penentu tumbuh kembang seorang anak pada garis besarnya adalah faktor genetik/heredokonstitusional yang menentukan sifat bawaan anak tersebut dan faktor lingkungan. Yang dimaksud dengan lingkungan pada anak dalam

konteks tumbuh kembang adalah suasana (milieu) dimana anak tersebut berada. Dalam hal ini lingkungan berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang.

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang ini secara garis besar dapat digolongkan menjadi 3 golongan, yaitu:

- 1) Kebutuhan fisis-biomedis (asuh)
 - a) Pangan (gizi, merupakan kebutuhan paling penting)
 - b) Perawatan kesehatan dasar (Imunisasi, ASI, penimbangan bayi secara teratur, pengobatan sederhana, dan lain lain)
 - c) Papan (pemukiman yang layak)
 - d) Higiene, sanitasi
 - e) Sandang
 - f) Kesegaran jasmani, rekreasi
- 2) Kebutuhan emosi/kasih sayang (asih). Pada tahun-tahun pertama kehidupan hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu dan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin suatu proses tumbuh kembang yang selaras, baik fisis, mental maupun sosial.

3) Kebutuhan akan stimulasi mental (asah). Merupakan cikal bakal proses pembelajaran (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental ini membantu perkembangan mental psikososial (kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreativitas, kepribadian, moral-etika dan sebagainya). Perkembangan ini pada usia balita disebut sebagai perkembangan psikomotor.

Kelainan/penyimpangan tumbuh kembang pada anak terjadi akibat gangguan pada interaksi antara anak dan lingkungan tersebut, sehingga kebutuhan dasar anak tidak terpenuhi. Keadaan ini dapat menyebabkan morbiditas anak, bahkan dapat berakhir dengan kematian. Walaupun kematian dapat diatasi, sebagian besar anak yang telah berhasil tetap hidup ini mengalami akibat menetap dari penyimpangan tersebut yang dikategorikan sebagai kecacatan, termasuk retardasi mental. Jelaslah bahwa dalam aspek pencegahan terjadinya retardasi mental praktek pengasuhan anak dan peran orangtua sangat penting.

Etiologi retardasi mental dapat terjadi mulai dari fase pranatal, perinatal dan postnatal. Beberapa penulis secara terpisah menyebutkan lebih dari 1000 macam penyebab terjadinya retardasi mental, dan banyak diantaranya yang dapat dicegah. Ditinjau dari penyebab secara langsung dapat digolongkan atas penyebab biologis dan psikososial.

Penyebab biologi atau sering disebut retardasi mental tipe klinis mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Pada umumnya merupakan retardasi mental sedang sampai sangat berat
- 2) Tampak sejak lahir atau usia dini
- 3) Secara fisis tampak berkelainan/aneh
- 4) Mempunyai latar belakang biomedis baik pranatal, perinatal maupun postnatal
- 5) Tidak berhubungan dengan kelas sosial

Penyebab psikososial atau sering disebut tipe sosiokultural mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Biasanya merupakan retardasi mental ringan
- 2) Diketahui pada usia sekolah
- 3) Tidak terdapat kelainan fisis maupun laboratorium

4) Mempunyai latar belakang kekurangan stimulasi mental (asah)

5) Ada hubungan dengan kelas sosial

Melihat struktur masyarakat Indonesia, golongan sosio ekonomi rendah masih merupakan bagian yang besar dari penduduk, dapat diperkirakan bahwa retardasi mental di Indonesia yang terbanyak adalah tipe sosio-kultural.

Etiologi retardasi mental tipe klinis atau biologikal dapat dibagi dalam

1) Penyebab pranatal

- a) Kelainan kromosom
- b) Kelainan genetik /herediter
- c) Gangguan metabolik
- d) Sindrom dismorfik
- e) Infeksi intrauterin
- f) Intoksikasi

2) Penyebab perinatal

- a) Prematuritas
- b) Asfiksia
- c) Kernikterus
- d) Hipoglikemia
- e) Meningitis

- f) Hidrosefalus
 - g) Perdarahan intraventrikular
- 3) Penyebab postnatal
- a) Infeksi (meningitis, ensefalitis)
 - b) Trauma
 - c) Kejang lama
 - d) Intoksikasi (timah hitam, merkuri)
- g.** *Penyebab Pranatal*
- 1) Kelainan kromosom

Kelainan kromosom penyebab retardasi mental yang paling terbanyak adalah sindrom Down. Disebut demikian karena Langdon Down pada tahun 1866 untuk pertama kali menulis tentang gangguan ini, yaitu bayi yang mempunyai penampilan seperti mongol dan menunjukkan keterbelakangan mental seperti idiot. Hal ini tidak sepenuhnya benar, karena sebagian besar dari golongan ini termasuk retardasi mental sedang.

Sindrom Down merupakan 10-32% dari penderita retardasi mental. Diperkirakan insidens dari sindrom Down antara 1-1,7 per 1000 kelahiran hidup pertahun. Risiko

timbulnya sindrom Down berkaitan dengan umur ibu saat melahirkan. Ibu yang berumur 20-25 tahun saat melahirkan mempunyai risiko 1:2000, sedangkan ibu yang berumur 45 tahun mempunyai risiko 1:30 untuk timbulnya sindrom Down. Analisis kromosom pada sindrom Down 95% menunjukkan trisomi -21, sedangkan 5% sisanya merupakan mosaik dan translokasi .

Kelainan kromosom lain yang bermanifestasi sebagai retardasi mental adalah trisomi-18 atau sindrom Edward, dan trisomi-13 atau sindrom Patau, sindrom Cri-du chat, sindrom Klinefelter, dan sindrom Turner.

Berdasarkan pengamatan ternyata kromatin seks, yang merupakan kelebihan kromosom -X pada laki-laki lebih banyak ditemukan di antara penderita retardasi mental dibandingkan laki-laki normal. Diperkirakan kelebihan kromosom-X pada laki-laki memberi pengaruh tidak baik pada kesehatan jiwa, termasuk timbulnya psikosis, gangguan tingkah laku dan kriminalitas.

Kelainan kromosom-X yang cukup sering menimbulkan retardasi mental adalah Fragile-X syndrome, yang merupakan kelainan kromosom-X pada band q27. Kelainan ini merupakan X-linked, dibawa oleh ibu. Penampilan klinis yang khas pada kelainan ini adalah dahi yang tinggi, rahang bawah yang besar, telinga panjang, dan pembesaran testis. Diperkirakan prevalens retardasi mental yang disebabkan fragile-X syndrome pada populasi anak usia sekolah adalah 1 : 2610 pada laki-laki, dan 1 : 4221 pada perempuan.

2) Kelainan metabolik

Kelainan metabolik yang sering menimbulkan retardasi mental adalah Phenylketonuria (PKU), yaitu suatu gangguan metabolik dimana tubuh tidak mampu mengubah asam amino fenilalanin menjadi tirosin karena defisiensi enzim hidrosilase. Penderita laki-laki ternyata lebih besar dibandingkan perempuan dengan perbandingan 2:1.

Kelainan ini diturunkan secara autosom resesif. Diperkirakan insidens PKU adalah 1:12 000-15 000 kelahiran hidup. Penderita retardasi mental pada PKU 66,7% tergolong retardasi mental berat dan 33,3% retardasi mental sedang.

Galaktosemia adalah suatu gangguan metabolisme karbohidrat disebabkan karena tubuh tidak mampu menggunakan galaktosa yang dimakan. Dengan diet bebas galaktosa bayi akan bertambah berat badannya dan fungsi hati akan membaik, tetapi menurut beberapa penulis perkembangan mental tidak mengalami perubahan. Penyakit Tay-Sachs atau infantile amaurotic idiocy adalah suatu gangguangangguan metabolisme lemak, dimana tubuh tidak bisa mengubah zat-zat pralipid menjadi lipid yang diperlukan oleh sel-sel otak. Manifestasi klinis adalah nistagmus, atrofi nervus optikus, kebutaan, dan retardasi mental sangat berat.

Hipotiroid kongenital adalah defisiensi hormon tiroid bawaan yang disebabkan oleh

berbagai faktor (agenesis kelenjar tiroid, defek pada sekresi TSH atau TRH, defek pada produksi hormon tiroid). Kadang-kadang gejala klinis tidak begitu jelas dan baru terdeteksi setelah 6-12 minggu kemudian, padahal diagnosis dini sangat penting untuk mencegah timbulnya retardasi mental atau paling tidak meringankan derajat retardasi mental. Gejala klasik hipotiroid kongenital pada minggu pertama setelah lahir adalah miksedema, lidah yang tebal dan menonjol, suara tangis yang serak karena edema pita suara, hipotoni, konstipasi, bradikardi, hernia umbilikal. Prevalens hipotiroid kongenital berkisar 1:4000 neonatus di seluruh dunia.

Defisiensi yodium secara bermakna dapat menyebabkan retardasi mental baik di negara sedangsedang berkembang maupun di negara maju. Diperkirakan 600 juta sampai 1 milyar penduduk dunia mempunyai risiko defisiensi yodium, terutama di negara sedang berkembang. Penelitian WHO mendapatkan 710 juta penduduk Asia, 227 juta Afrika, 60 juta

Amerika Latin, dan 20-30 juta Eropa mempunyai risiko defisiensi yodium. Akibat defisiensi yodium pada masa perkembangan otak karena asupan yodium yang kurang pada ibu hamil menyebabkan retardasi mental pada bayi yang dilahirkan. Kelainan ini timbul bila asupan yodium ibu hamil kurang dari 20 ug (normal 80-150 ug) per hari. Dalam bentuk yang berat kelainan ini disebut juga kretinisme, dengan manifestasi klinis adalah miksedema, kelemahan otot, letargi, gangguan neurologis, dan retardasi mental berat. Di daerah endemis, 1 dari 10 neonatus mengalami retardasi mental karena defisiensi yodium.

3) Infeksi

Infeksi rubela pada ibu hamil triwulan pertama dapat menimbulkan anomali pada janin yang dikandungnya. Risiko timbulnya kelainan pada janin berkurang bila infeksi timbul pada triwulan kedua dan ketiga. Manifestasi klinis rubela kongenital adalah berat lahir rendah, katarak, penyakit jantung bawaan, mikrosefali, dan retardasi

mental. Infeksi cytomegalovirus tidak menimbulkan gejala pada ibu hamil tetapi dapat memberi dampak serius pada janin yang dikandungnya. Manifestasi klinis antara lain hidrosefalus, kalsifikasi serebral, gangguan motorik, dan retardasi mental.

4) Intoksikasi

Fetal alcohol syndrome (FAS) merupakan suatu sindrom yang diakibatkan intoksikasi alkohol pada janin karena ibu hamil yang minum minuman yang mengandung alkohol, terutama pada triwulan pertama. Di negara Amerika Serikat FAS merupakan penyebab tersering dari retardasi mental setelah sindrom Down. Insidens FAS berkisar antara 1-3 kasus per 1000 kelahiran hidup. Pada populasi wanita peminum minuman keras insidens FAS sangat meningkat yaitu 21-83 kasus per 1000 kelahiran hidup, padahal di Eropa dan Amerika 8% wanita merupakan peminum minuman keras.

5) Penyebab Perinatal

Koch menulis bahwa 15-20% dari anak retardasi mental disebabkan karena

prematuritas. Penelitian dengan 455 bayi dengan berat lahir 1250 g atau kurang menunjukkan bahwa 85% dapat memperlihatkan perkembangan fisis rata-rata, dan 90% memperlihatkan perkembangan mental rata-rata. Penelitian pada 73 bayi prematur dengan berat lahir 1000 g atau kurang menunjukkan IQ yang bervariasi antara 59-142, dengan IQ rata-rata 94. Keadaan fisis anak-anak tersebut baik, kecuali beberapa yang mempunyai kelainan neurologis, dan gangguan mata. Penulis-penulis lain berpendapat bahwa semakin rendah berat lahirnya, semakin banyak banyak kelainan yang dialami baik fisis maupun mental. Asfiksia, hipoglikemia, perdarahan intraventrikular, kernikterus, meningitis dapat menimbulkan kerusakan otak yang ireversibel, dan merupakan penyebab timbulnya retardasi mental.

6) Penyebab Postnatal

Faktor-faktor postnatal seperti infeksi, trauma, malnutrisi, intoksikasi, kejang dapat menyebabkan kerusakan otak yang pada

akhirnya menimbulkan retardasi mental. Etiologi pada Kelompok Sosio–Kultural Proses psikososial dalam keluarga dapat merupakan salah satu penyebab retardasi mental. Sebenarnya bermacam-macam sebab dapat bersatu untuk menimbulkan retardasi mental. Proses psikososial ini merupakan faktor penting bagi retardasi mental tipe sosio-kultural, yang merupakan retardasi mental ringan.

7) Diagnosis

Diagnosis retardasi mental tidak hanya didasarkan atas tes intelegensia saja, melainkan juga dari riwayat penyakit, laporan dari orangtua, laporan dari sekolah, pemeriksaan fisis, laboratorium, pemeriksaan penunjang. Yang perlu dinilai tidak hanya intelegensia saja melainkan juga adaptasi sosialnya. Dari anamnesis dapat diketahui beberapa faktor risiko terjadinya retardasi mental.

Pemeriksaan fisis pada anak retardasi mental biasanya lebih sulit dibandingkan pada anak normal, karena anak retardasi mental kurang kooperatif. Selain pemeriksaan fisis

secara umum (adanya tanda-tanda dismorfik dari sindrom-sindrom tertentu) perlu dilakukan pemeriksaan neurologis, serta penilaian tingkat perkembangan. Pada anak yang berumur diatas 3 tahun dilakukan tes intelegensia.

Pemeriksaan Ultrasonografi (USG) kepala dapat membantu menilai adanya kalsifikasi serebral, perdarahan intra kranial pada bayi dengan ubun-ubun masih terbuka. Pemeriksaan laboratorium dilakukan atas indikasi, pemeriksaan ferriklorida dan asam amino urine dapat dilakukan sebagai screening PKU. Pemeriksaan analisis kromosom dilakukan bila dicurigai adanya kelainan kromosom yang mendasari retardasi mental tersebut. Beberapa pemeriksaan penunjang lain dapat dilakukan untuk membantu seperti pemeriksaan BERA, CT-Scan, dan MRI.

Kesulitan yang dihadapi adalah kalau penderita masih dibawah umur 2-3 tahun, karena kebanyakan tes psikologis ditujukan pada anak yang lebih besar. Pada bayi dapat dinilai perkembangan motorik halus maupun

kasar, serta perkembangan bicara dan bahasa. Biasanya penderita retardasi mental juga mengalami keterlambatan motor dan bahasa

h. Tatalaksana

1) Tatalaksana Medis

Obat-obat yang sering digunakan dalam pengobatan-pengobatan retardasi mental adalah terutama untuk menekan gejala-gejala hiperkinetik. Metilfenidat (ritalin) dapat memperbaiki keseimbangan emosi dan fungsi kognitif. Imipramin, dekstroamfetamin, klorpromazin, flufenazin, fluoksetin kadang-kadang dipergunakan oleh psikiatri anak. Untuk menaikkan kemampuan belajar pada umumnya diberikan tioridazin (melleril), metilfenidat, amfetamin, asam glutamat, gamma aminobutyric acid (GABA).

2) Rumah Sakit/Panti Khusus

Penempatan di panti-panti khusus perlu dipertim-dipertimbangkan atas dasar: kedudukan sosial keluarga, sikap dan perasaan orangtua terhadap anak, derajat retardasi mental, pandangan orangtua mengenai

prognosis anak, fasilitas perawatan dalam masyarakat, dan fasilitas untuk membimbing orangtua dan sosialisasi anak.

Kerugian penempatan di panti khusus bagi anak retardasi mental adalah kurangnya stimulasi mental karena kurangnya kontak dengan orang lain dan kurangnya variasi lingkungan yang memberikan kebutuhan dasar bagi anak.

3) Psikoterapi

Psikoterapi dapat diberikan kepada anak retardasi mental maupun kepada orangtua anak tersebut. Walaupun tidak dapat menyembuhkan retardasi mental tetapi dengan psikoterapi dan obat-obatan dapat diusahakan perubahan sikap, tingkah laku dan adaptasi sosialnya.

4) Konseling

Tujuan konseling dalam bidang retardasi mental ini adalah menentukan ada atau tidaknya retardasi mental dan derajat retardasi mentalnya, evaluasi mengenai sistem kekeluargaan dan pengaruh retardasi mental pada keluarga, kemungkinan penempatan di panti khusus, konseling pranikah dan pranatal.

5) Pendidikan

Pendidikan yang penting disini bukan hanya asal sekolah, namun bagaimana mendapatkan pendidikan yang cocok bagi anak yang terbelakang ini. Terdapat empat macam tipe pendidikan untuk retardasi mental.

- a) Kelas khusus sebagai tambahan dari sekolah biasa
- b) Sekolah luar biasa C
- c) Panti khusus
- d) Pusat latihan kerja (sheltered workshop)

6) Pencegahan

Pencegahan retardasi mental dapat primer (mencegahmencegah timbulnya retardasi mental), atau sekunder (mengurangi manifestasi klinis retardasi mental). Sebab-sebab retardasi mental yang dapat dicegah antara lain infeksi, trauma, intoksikasi, komplikasi kehamilan, gangguan metabolisme, kelainan genetik.

4. Cacat Fisik

Fisik seseorang merupakan faktor yang penting dalam pembentukan gambaran tubuh dan dalam perkembangan selfconcept. Jika fisik jelas berbeda atau menyimpang dari yang normal, dengan cacat pada indra atau organ motorik, maka penyimpangan seperti itu akan sangat mempengaruhi bentuk dari gambaran diri seseorang. Cara individu mengintegrasikan selfconcept yang muncul dengan variabel lain yang berarti dalam hidupnya akan menentukan penyesuaian diri yang harmonis atau tidak harmonis. Harus diperhatikan bahwa cacat fisik yang parah tidak selalu mengakibatkan kerusakan kepribadian.

Pengaruh orang tua sangat mempengaruhi tingkat aktualisasi diri anak-anak penyandang cacat fisik dengan Tingkat penerimaan orang tua tentang kondisi anak penyandang cacat fisik berada pada kategori tinggi seperti dapat menghargai anak, Tingkat aktualisasi diri anak penyandang cacat fisik berada pada kategori tinggi, yaitu anak-anak menerima kelebihan dan kekurangan dirinya, Penerimaan orang tua tentang kondisi anak berpengaruh signifikan terhadap aktualisasi diri anak penyandang cacat fisik.

a. **Timpang**

Dampak psikologis dari cacat tulang tidak jelas dan langsung, tetapi sampai pada batas tertentu, cacat itu ditentukan oleh hubungan-hubungan antarpribadi yang dialami oleh orang-orang yang cacat. Dengan kata lain, sikap-sikap keluarganya dan orang-orang lain yang penting dalam lingkungannya itu sangat mempengaruhi reaksi-reaksi tingkah laku individu terhadap cacat fisiknya. Sikap-sikap orang yang penting dalam lingkungannya itu kemudian akan menjadi sebagian besar cerminan sikap kelompok-kelompok budaya di mana mereka hidup.

Sikap-sikap dari masyarakat umum terhadap orang-orang yang cacat fisik telah diselidiki. Hasil-hasilnya menunjukkan bahwa sikap-sikap yang diverbalisasi kan (diungkapkan dengan kata-kata) terhadap orang-orang yang cacat akan sedikit menyenangkan tetapi bagi sebagian kecil mungkin bernilai negatif. Sikap-sikap lebih dalam yang tidak diungkapkan lebih sering menimbulkan rasa permusuhan.

Kadang-kadang cacat fisik yang mencolok bisa mengundang ejekan. Situasi seperti ini dapat menjadikan anak-anak bersikap kasar dan kejam dalam memper lakukan salah seorang anggota kelompoknya yang berlainan. Ada banyak contoh dalam bacaan mengenai penderitaan yang dialami anak-anak karena siksaan yang dilakukan oleh kawan-kawan sebaya mereka sendiri terhadap suatu cacat fisik yang mencolok. Salah satu contoh yang sangat baik terdapat dalam buku *Of Human Bondage* yang dikarang oleh Somerset Maugham. Anak laki-laki yang bernama Philip memiliki kaki yang berbentuk seperti pentungan.

b. **Keluarga**

Suasana emosional dalam keluarga, sangat penting bagi perkembangan kepribadian anak. Karena anak yang pincang sangat tergantung pada kasih sayang dan perlindungan orang tua, maka hubungannya dengan orang tua dan saudara-saudaranya lebih penting daripada anak yang normal. Reaksi ibu terhadap cacat anak seperti itu, sikap, dan usaha usahanya untuk menolong dan membantunya sangat mempengaruhi kualitas watak

dan kepribadian anak itu. Sering terjadi orang tua enggan mengakui bahwa anak itu mempunyai cacat. Keengganan menerima situasi seperti itu sering disertai perasaan menyalahkan diri sendiri atau menyalahkan anak itu. Pada akhirnya, sikap sikap tersebut mungkin menyebabkan sikap penolakan, karena anak itu menjadi ancaman bagi kebutuhan orang tua akan perbaikan diri.

c. **Sikap Terhadap Diri Sendiri**

Sikap anak-anak cacat terhadap cacat mereka dan terhadap diri mereka sendiri tidak hanya berbeda-beda tetapi juga tidak erat hubungannya dengan tingkat cacatnya. Dengan kata lain, tidak ada keseragaman persepsi yang dimiliki orang-orang cacat terhadap cacat-cacat mereka dalam suatu kebudayaan tertentu. Seperti dikemukakan sebelumnya, sikap-sikap mereka dipengaruhi oleh situasi sosial yang lebih luas. Setiap anak yang cacat fisik adalah anak yang memiliki kebutuhan kebutuhan emosional khusus, kemampuan bawaan, dan latar belakang pengalamannya sendiri. Jika ia telah mengalami cinta kasih orang tua yang normal, jika ia beserta cacat fisiknya, diterima oleh orang-

orang yang berarti dalam lingkungannya, maka ini merupakan kesempatan baik sekali di mana ia bisa belajar menerima cacatnya dan mengatur cara yang memuaskan untuk menyesuaikan diri dengan cacatnya itu. Sebaliknya, apabila ia tidak pernah memiliki lingkungan yang baik, yakni jika ia ditolak atau dilindungi secara berlebihan, maka persepsinya terhadap dirinya sendiri mungkin sekali diwarnai oleh kebencian atau perasaan kasihan terhadap diri sendiri karena cacat kepribadiannya itu. Apakah cacat fisik merupakan faktor yang penting dalam perkembangan gangguan tingkah laku atau tidak, hampir seluruhnya tergantung pada sikap seseorang terhadapnya.

d. **Tuna Rungu**

Meskipun ada sedikit perbedaan pendapat mengenai istilah tersebut dalam membedakan kelompok-kelompok tuna rungu, tetapi istilah tuli biasanya terbatas pada orang-orang yang indra pendengarannya tidak berfungsi. Istilah susah pendengaran terbatas pada mereka yang indra pendengarannya cacat tetapi sebagiannya masih bisa berfungsi.

e. **Sikap Terhadap Orang Tuna Rungu**

Orang-orang yang tuli atau susah pendengarannya lebih besar kemungkinannya untuk tidak disukai dibandingkan dengan orang yang pincang atau tuna netra. Mungkin ini disebabkan karena orang-orang tuna rungu kelihatannya sama seperti yang lain. Oleh karena itu, tingkah laku mereka dalam suatu situasi sosial lebih menjengkelkan karena sukar sekali baik kelompok maupun orang yang cacat itu sendiri menerima situasi tersebut. Orang-orang dengan pendengaran normal sering menganggap lebih rendah orang yang tuna rungu karena mereka itu (yang tuli dan yang susah pendengaran) banyak bertanya tetapi sulit menangkap apa yang telah dikatakan.

Diagnosis dan pemahaman terhadap banyak tipe dan tingkat tuna rungu sangat sukar, anak (atau orang dewasa) yang tampaknya tuna rungu tetapi sama sekali tidak ada dasar fisiknya dapat menjadi teka-teki bagi para ahli klinik dan para guru. Beberapa kasus berada dalam kategori neurosis atau berpura-pura sakit. Akan tetapi, kedua sindrom ini berkaitan dengan keuntungan primer dan sekunder.

Eisen mengatakan bahwa anak "yang mengalami kesulitan-kesulitan pendengaran pada awal kehidupan, selama tahap-tahap yang sangat penting di mana orang belajar mendengar pembicaraan orang lain, memperhatikan, memberikan respons dengan berbicara, dan mengembangkan hubungan dengan orang lain, mungkin tidak pernah akan melakukan hal-hal ini secara normal atau adekuat. Di sekolah ia mungkin mengalami kesulitan dalam membaca. Kemampuan berbicara mungkin tidak menjadi dasar yang mudah bagi hubungan-hubungan antarpribadi seperti halnya bagi kebanyakan orang. Jika demikian halnya, kita akan menduga bahwa segi-segi tingkah laku yang lebih kompleks dan terintegrasi yang tergantung pada hubungan-hubungan normal tingkah laku sosial, respons emosional - akan berkembang dengan cara yang tidak lazim." Eisen menjelaskan bahwa beberapa faktor harus berinteraksi sebelum tipe tuna rungu ini menjadi perhatian para psikolog.

Adanya Faktor-Faktor Pendorong pada hal ini sebagai berikut :

a. Biologis

Infeksi atau penyakit lain yang menyebabkan hilangnya pendengaran selama tahap-tahap yang sangat penting sebelum perkembangan bahasa dan awal perkembangan bahasa. Ini menjadi jelas pada tahap ke mudian.

b. Psikologis

- 1) Latar belakang keluarga yang menyebabkan perkembangan kepribadian yang salah sekurang-kurangnya toleransi yang rendah terhadap stres atau persaingan.
- 2) Reaksi keluarga terhadap kesulitan pendengaran sehingga memperkuat berkurangnya toleransi terhadap stres.

Faktor-Faktor Pemicu Banyak terjadi bahwa stres dan tegangan dalam penyesuaian diri dengan teman-teman sebaya di sekolah dan faktor-faktor sosial yang lain, dijumpai anak ketika ia meninggalkan lingkungan keluarga yang lebih terlindung.

a. Tuna Netra

Jika ketajaman penglihatan sentral 20-200 dipakai sebagai kriterium maka mungkin banyak sekali orang Indonesia termasuk dalam kategori tuna netra. Orang yang memiliki kemampuan Melihat semacam ini hanya dapat membaca huruf yang benar-benar (lebih dari 14 titik). Jika kriterium yang dipakai "hanya kabur penglihatan saja" Maka jumlah tuna netra mungkin hanya sedikit.

Sikap masyarakat luas terhadap tuna-netra jauh lebih baik dibandingkan dengan sikap terhadap tuna rungu. Kebutaan adalah cacat yang dapat dilihat dengan jelas oleh semua orang. Negara mungkin memberikan kemudahan-kemudahan tertentu kepada mereka. Misalnya, diberi potongan khusus terhadap pajak pendapatan dan kekayaan mereka. Orang tuna netra pada umumnya menimbulkan simpati pada orang-orang lain tetapi mungkin simpati tersebut disesalkan oleh orang tuna netra itu sendiri.

Sikap umum kaum tuna netra terhadap diri mereka sendiri sangat berbeda beda dan sebagian besar merupakan cerminan sikap orang-orang

yang penting di lingkungan mereka. Karena sering sekali di dalam keluarga ada penolakan terang terangan atau tersembunyi, maka orang-orang tuna netra juga agak kurang mampu menyesuaikan diri daripada orang-orang yang dapat melihat. Lagi pula, karena terdapat begitu banyak saluran baik persepsi maupun ungkapan tingkah laku biasa tertutup bagi mereka, maka orang-orang tuna netra cenderung mengarahkan impuls impuls agresif ke dalam diri mereka sendiri. Tetapi meskipun orang-orang tuna netra agak kurang mampu menyesuaikan diri daripada orang-orang yang dapat melihat, tetapi fakta menunjukkan bahwa penglihatan yang rusak berat tidak ada hubungannya dengan gangguan-gangguan tingkah laku yang parah pada sebagian besar orang tuna netra.

b. Kasus-Kasus Marjinal

Pada umumnya cacat yang sudah jelas lebih mudah diterima dan menyesuaikan diri dengannya dibandingkan dengan situasi marjinal. Orang-orang yang hanya dapat melihat sedikit atau mendengar sedikit disangka oleh orang-orang

lain melihat lebih dan mendengar lebih daripada kemampuannya untuk melihat dan mendengar. Hal ini menempatkan dia dalam situasi di mana dia harus berusaha memainkan dua peran: sebagai orang cacat dan sebagai orang normal. Ini sangat mengganggu dan tidak sehat. Masalah marjinalitas ada dalam banyak bidang. Orang idiot atau imbisil mungkin merasakan hidup ini lebih baik dibandingkan dengan orang yang berinteligensi pada garis batas. Seseorang gadis remaja mungkin merasa jauh lebih bingung.

Karena tahi lalat yang tidak sedap dipandang daripada limpuh karena polio. Seorang pemuda mungkin lebih khawatir akan koordinasi otot yang kurang baik daripada cacat fisik yang dapat diterima. Bagi seorang profesional mungkin merasa lebih sulit menyesuaikan diri dengan kontrol otot mata yang kurang baik beserta kepekaan luar biasa terhadap cahaya daripada buta sama sekali. Apabila cacat tersebut sangat jelas, maka ada kecenderungan bagi individu dan kawan-kawannya untuk menerimanya dan menyadari bahwa tujuan-tujuan dan bentuk-

bentuk tertentu dari tingkah laku tidak dapat dicapai. Apabila rintangan nya kabur dan tidak pasti maka ada kecenderungan bagi individu dan kawan-kawan nya untuk tidak mempedulikannya atau berusaha berbuat demikian, dengan akibat bahwa ia dapat mencapai tujuan-tujuan dan pola-pola tingkah laku orang normal, tetapi frustrasi-frustrasi yang ditimbulkannya sukar ditahan dan mungkin menyebabkan kekalutan-kekalutan tingkah laku yang berat.

B. Gangguan Psikoneurosis

Gangguan Neurosis biasa disebut Psikoneurosis adalah suatu penyakit mental lunak ditandai oleh wawasan keliru mengenai sifat kesulitannya, konflik-konflik batin, reaksi-reaksi kecemasan, kerusakan parsial pada struktur kepribadian, yang sering dengan ditandai fobia-fobia, gangguan pencernaan dan tingkah laku obsesi-kompulsi

Neurosis yang bisa juga atau kadang-kadang disebut psikoneurosis dan gangguan jiwa (untuk membedakannya dengan psikosis atau penyakit jiwa. Menurut Singgih Dirgaganarsa (1978), neurosis adalah

gangguan yang terjadi hanya pada sebagian dari kepribadian, sehingga orang yang mengalaminya masih bisa melakukan pekerjaan-pekerjaan biasa sehari-hari atau masih bisa belajar, dan jarang memerlukan perawatan khusus di rumah sakit.

Dali Gulo (1982), berpendapat bahwa neurosis adalah suatu kelainan mental, hanya memberi pengaruh pada sebagian kepribadian, lebih ringan dari psikosis, dan seringkali ditandai dengan : keadaan cemas yang kronis, gangguan-gangguan pada indera dan motorik, hambatan emosi, kurang perhatian terhadap lingkungan, dan kurang memiliki energi fisik, dst., menurut W.F. Maramis (1980), adalah suatu kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak diselesaikan suatu konflik tidak sadar.

1. Gangguan Somatoform

a. Pengertian Somatoform

Somatoform adalah individu yang mengeluhkan gangguan fisik, seperti sakit kepala, nyeri, mual, dan gemetar berangsur berulang-ulang, dimana secara medis mengatakan negatif, subjek yang tergolong somatoform ini sering berkunjung ke rumah sakit untuk memastikan gejalanya.

b. Sejarah Somatoform

Gangguan ini memiliki sejarah yang panjang dan gangguan ini biasanya dihubungkan dengan wanita. Pada awal tahun 1500 S.M. dalam buku karangan Hippokrates itu adalah penyakit fisik yang terbatas pada wanita. Karena itu, gangguan-gangguan tersebut dinamakan histeria, dan kata histeria itu berasal dari kata *hystero* yang berarti rahim, Hippokrates dan orang-orang Yunani pada umumnya beranggapan bahwa penyakit itu disebabkan oleh rahim tidak dipuaskan secara seksual, karenanya ia berkelana ke bagian-bagian tubuh lainnya (*wandering uterus*) untuk mencari kepuasan. Dan dalam perjalanan itu, ia meletakkan dirinya sedemikian rupa sehingga menyebabkan gangguan. Misalnya, bila seorang wanita mengalami kelumpuhan lengan, maka diandalkan bahwa rahim itu tertahan dipundak atau sikunya, meskipun Hippokrates tidak berbicara secara khusus tentang penyebab seksual pada gangguan somatoform. Galenus tidak menerima pandangan bahwa gangguan-gangguan somatoform disebabkan oleh gangguan pada rahim, tetapi mengemukakan

bahwa gangguan-gangguan tersebut ada hubungannya dengan organ tersebut.

Selama abad pertengahan, orang-orang yang menderita gangguan-gangguan somatoform diperlakukan sebagai penganut bidaah karena tingkah laku mereka dianggap sebagai akibat langsung dari dosa-dosa mereka. Individu-individu yang menderita gangguan-gangguan somatoform diduga kerasukan setan (roh-roh jahat), dan exorcisme sering kali dipakai sebagai usaha untuk mengusir roh-roh jahat itu dari dalam tubuh mereka.

Pada akhir abad ke-19 diadakan pendekatan-pendekatan baru terhadap gangguan somatoform. Pertama oleh charcot (seorang dokter prancis), dan kemudian oleh Janet dan freud. Charcot berpendapat bahwa dengan menggunakan sugesti ia dapat menimbulkan dan menghilangkan semua simtom pada pasien- pasien wanita yang menderita apa yang dinamakan histeria. Akan tetapi, beberapa puluh tahun kemudian ada kemajuan yang pesat. Karena Horney menekankan faktor kebudayaan dalam perkembangan histeria dan neurosis-neurosis yang lain. Ia menekankan bahwa kecemasan dan

permusuhan yang timbul dari konflik-konflik kebudayaan merupakan penyebab yang penting dari tingkah laku neurotik.

Pada tahun 1980, Diagnostik and statistical Manual of Mental Disorders. Edisi III, yang revisi (DSM- III R), sebutan diagnostik histeria dihilangkan, ini dilakukan untuk menghilangkan semua konotasi yang dihubungkan dengan histeria, seperti ide bahwa histeria disebabkan oleh konflik seksual. Pada tahun 1987, semua ulasan yang mengemukakan bahwa gangguan-gangguan somatoform yang pada umumnya terdapat pada para wanita dihilangkan.

c. *Teori-teori Tentang Somatoform*

Ciri utama dari gangguan somatoform adalah adanya keluhan gejala fisik yang berulang yang disertai dengan permintaan pemeriksaan medis, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negative dan juga sudah dijelaskan oleh dokter bahwa tidak ditemukan kelainan fisik yang menjadi dasar keluhannya. Seandainya ada gangguan fisik, maka gangguan tersebut tidak menjelaskan gejala atau distress dan preokupasi yang dikemukakan

pasien. Meskipun onset dan kelanjutan dari gejala-gejala tadi mempunyai hubungan yang erat dengan peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan ataupun konflik-konflik, pasien biasanya menolak upaya-upaya untuk membahas kemungkinan adanya penyebab psikologis, bahkan meskipun ditemukan gejala-gejala ansietas dan depresi yang nyata.

Macam-macam gangguan Somatoform yaitu:

1) Gangguan nyeri (pain disorder)

Pada gangguan ini individu akan mengalami gejala sakit atau nyeri pada satu tempat atau lebih, yang tidak dapat dijelaskan dengan pemeriksaan medis (non psikiatri) maupun neurologis. Simtom ini menimbulkan stres emosional ataupun gangguan fungsional, dan gangguan ini dianggap memiliki hubungan sebab akibat dengan factor psikologis. Keluhan yang dirasakan pasien berfluktuasi intensitasnya, dan sangat dipengaruhi oleh keadaan emosi, kognitif, atensi, dan situasi. Dengan kata lain, factor psikologis mempengaruhi kemunculan, bartahannya, dan tingkat keparahan gangguan.

Pasien pain disorder kemungkinan tidak mampu untuk bekerja dan menjadi tergantung dengan obat pada pereda rasa sakit. Rasa nyeri yang timbul dapat berhubungan dengan konflik atau stress atau dapat pula terjadi agar individu dapat terhindar dari kegiatan yang tidak menyenangkan dan untuk mendapatkan perhatian dan simpati yang sebelumnya tidak didapat.

Nyeri timbul dalam hubungan dengan adanya konflik emosional atau problem psikosial yang cukup jelas untuk dapat dijadikan alasan dalam mempengaruhi terjadinya gangguan tersebut. Dampaknya adalah meningkatnya perhatian dan dukungan, baik personal maupun medis untuk yang bersangkutan.

2) **Body Dysmorphic Disorder**

Definisi gangguan ini adalah preokupasi dengan kecacatan tubuh yang tidak nyata (misalnya hidung yang dirasakannya kurang mancung), atau keluhan yang berlebihan tentang kekurangan tubuh yang minimal atau

kecil. Perempuan lebih cenderung untuk memfokuskan pada bagian kulit, dada, paha, dan kaki. Sedangkan pria lebih terfokus pada tinggi badan, ukuran alat vital, atau rambut tubuh.

Pada body dysmorphic disorder, individu diliputi dengan bayangan mengenai kekurangan dalam penampilan fisik mereka, biasanya di bagian wajah, misalnya kerutan di wajah, rambut pada wajah yang berlebihan, atau bentuk dan ukuran hidung. Beberapa individu yang mengalami gangguan ini secara kompulsif akan menghabiskan berjam-jam setiap harinya untuk memperhatikan kekurangannya dengan berkaca di cermin. Beberapa bahkan mengurung diri di rumah untuk menghindari orang lain melihat kekurangan yang dibayangkannya. Factor social dan budaya memainkan peranan penting pada bagaimana seseorang merasa apakah ia menarik atau tidak, seperti pada gangguan pola makan.

3) Hipokondriasis

Kata “hipokondriasis” berasal dari istilah medis lama ”hypochondrium”, yang berarti di bawah tulang rusuk, dan merefleksikan gangguan pada bagian perut yang sering dikeluhkan pasien hipokondriasis. Hipokondriasis adalah hasil interpretasi pasien yang tidak realistis dan tidak akurat terhadap simptom atau sensasi. Sehingga mengarah pada preokupasi dan ketakutan bahwa mereka memiliki gangguan yang parah, bahkan meskipun tidak ada penyebab medis yang ditemukan. Pasien yakin bahwa mereka mengalami penyakit yang serius dan belum dapat dideteksi, dan tidak dapat dibantah dengan menunjukkan kebalikannya.

Gangguan ini biasanya dimulai pada awal masa remaja dan cenderung terus berlanjut. Individu yang mengalami hal ini biasanya merupakan konsumen yang seringkali menggunakan pelayanan kesehatan, bahkan terkadang mereka menganggap dokter mereka tidak kompeten dan tidak perhatian. Dalam

teori disebutkan bahwa mereka bersikap berlebihan pada sensasi fisik yang umum dan gangguan kecil, seperti detak jantung yang tidak teratur, berkeringat, batuk yang kadang terjadi, rasa sakit, sakit perut, sebagai bukti dari kepercayaan mereka. Hypochondriasis seringkali muncul bersamaan dengan gangguan kecemasan dan mood.

Tanda dan gejala penyakit Hipokondria termasuk:

- a) Ketakutan atau kecemasan yang berlebihan mengalami penyakit tertentu
- b) Khawatir bahwa gejala minor berarti memiliki penyakit yang serius.
- c) Mencari mengulangi ujian atau konsultasi medis
- d) Sering berganti dokter
- e) Frustrasi dengan dokter atau perawatan medis
- f) Hubungan sosial tegang
- g) Gangguan emosi
- h) Sering memeriksa tubuh untuk masalah-masalah, seperti benjolan atau luka

- i) Sering memeriksa tanda-tanda vital seperti denyut nadi atau tekanan darah
- j) Ketidakmampuan diyakinkan oleh ujian medis
- k) Berpikir mempunyai penyakit setelah membaca atau mendengar tentang hal itu
- l) Menghindari situasi yang membuat merasa cemas, seperti berada di rumah sakit

Ciri utama dari hypochondriasis adalah kecenderungan untuk salah menafsirkan gejala fisik yang tidak berbahaya sebagai bukti dari penyakit fisik. Tafsiran umum tidak berbahaya diabaikan, dan ketika pasien merasakan gejala fisik, akan timbulnya pikiran negatif tentang makna gejala yang timbul dari pengalaman. Misalnya, sakit kepala akan segera dievaluasi sebagai bukti dari tumor otak, dan penjelasan yang lebih umum, seperti ketegangan atau mabuk, akan diabaikan.

Ciri utama dari gangguan ini adalah adanya preokupasi yang menetap akan kemungkinan menderita satu atau lebih gangguan fisik yang serius dan progresif. Pasien menunjukkan

keluhan-keluhan somatik yang menetap atau preokupasi yang menetap dengan penampilan fisiknya. Peginderaan dan penampilan yang normal sebenarnya biasa dan oleh pasien seringkali ditafsirkan sebagai abnormal dan tidak mengenakan, dan perhatiannya biasanya hanya terfokus pada satu atau dua organ atau system tubuhnya.

4) Gangguan Konversi

Gangguan konversi menurut DSM IV (Kaplan, sadock, & Grebb) adalah gangguan dengan karakteristik munculnya satu atau beberapa simtom neurologis yang ada. Pada conversion disorder, gejala sensorik dan motorik, seperti hilangnya penglihatan atau kelumpuhan secara tiba-tiba, menimbulkan penyakit yang berkaitan dengan rusaknya system saraf, padahal organ tubuh dan system saraf individu tersebut baik-baik saja. Aspek psikologis dari gejala conversion ini ditunjukkan dengan fakta bahwa biasanya gangguan ini muncul secara tiba-tiba dalam situasi yang tidak menyenangkan. Gejala conversion biasanya

berkembang pada masa remaja atau awal masa dewasa, dimana biasanya muncul setelah adanya kejadian yang tidak menyenangkan dalam hidup. Conversion disorder biasanya berkaitan dengan diagnosis Axis 1 lainnya seperti depresi dan penyalahgunaan zat-zat terlarang, dan dengan gangguan kepribadian.

5) Gangguan Somatisasi

Gangguan somatisasi adalah gangguan dengan karakteristik berbagai keluhan atau gejala somatic yang tidak dapat dijelaskan secara adekuat dengan menggunakan hasil pemeriksaan fisik maupun laboratorium. Perbedaan antara gangguan somatisasi dengan gangguan somatoform lainnya adalah banyaknya keluhan dan banyaknya system tubuh yang terpengaruh. Gangguan ini sifatnya kronis (muncul selama beberapa tahun dan terjadi sebelum usia 30 tahun), dan berhubungan dengan stres psikologis yang signifikan, hendra dalam kehidupan social dan pekerjaan, serta perilaku mencari pertolongan medis yang berlebihan.

Ciri utamanya adalah adanya gejala-gejala fisik yang bermacam-macam, berulang dan sering berubah-ubah, yang biasanya sudah berlangsung beberapa tahun sebelum pasien datang ke psikiatri. Kebanyakan pasien mempunyai riwayat pengobatan yang panjang dan sangat kompleks, baik ke pelayanan kesehatan dasar, maupun spesialisik, dengan hasil pemeriksaan atau bahkan operasi yang negative. Keluhannya dapat mengenai setiap system atau bagian tubuh manapun, tetapi yang paling lazim adalah yang mengenai keluhan gastrointestinal (perasaan sakit, kembung, bertahak, muntah, mual, dsb) dan keluhan-keluhan perasaan abnormal pada kulit (perasaan gatal, rasa terbakar, kesemutan, pedih) serta bercak-bercak pada kulit.

6) Treatment Somatoform

a) Terapi Pain Disorder

Pengobatan yang efektif cenderung memiliki hal-hal berikut:

- 1) Memvalidasikan bahwa rasa nyeri itu adalah nyata dan bukan hanya ada dalam pikiran penderita
- 2) Relaxation training
- 3) Memberi reward kepada mereka yang berperilaku tidak seperti orang yang mengalami rasa nyeri

Secara umum disarankan untuk mengubah focus perhatian dari apa yang tidak dapat dilakukan oleh penderita akibat rasa nyeri yang dialaminya, tetapi mengajari penderita bagaimana caranya menghadapi stress, mendorong untuk Yang mengerjakan aktivitas yang lebih baik, dan meningkatkan control diri.

b) Terapi Hypochondriasis

Secara umum, pendekatan cognitive-behavioral terbukti efektif dalam mengurangi hypochondriasis. Dalam penelitian menunjukkan bahwa penderita hypochondriasis memperlihatkan biasanya kognitif dalam melihat ancaman ketika berkaitan dengan isu kesehatan. Cognitive-

behavioral therapy dapat bertujuan untuk mengubah pemikiran pesimistis. Selain itu, pengobatan juga hendaknya dikaitkan dengan strategi yang mengalihkan penderita gangguan ini dari gejala-gejala tubuh dan meyakinkan mereka untuk mencari kepastian medis bahwa mereka tidak sakit

c) Terapi Somatization Disorder

Pada ahli kognitif dan behavioral meyakini bahwa tingginya tingkat kecemasan yang diasosiasikan dengan somatization disorder dipicu oleh situasi khusus. Akan tetapi semakin banyak pengobatan yang dibutuhkan, bagi orang yang “sakit” sekian lama maka akan tumbuh kebiasaan akan ketergantungan untuk menghindari tantangan hidup sehari-hari daripada menghadapi tantangan tersebut sebagai orang dewasa. Dalam pendekatan yang lebih umum mengenai somatization disorder, dokter hendaknya tidak meremehkan validitas dari keluhan fisik,

tetapi perlu diminimalisir penggunaan tes-tes diagnosis dari obat-obatan , mempertahankan hubungan dengan mereka terlepas dari apakah mereka mengeluh tentang penyakitnya atau tidak.

- d) Penanganan gangguan Somatoform secara umum

Teknik kognitif-behavioral paling sering pemaparan terhadap pencegahan respon restrukturisasi kognitif. Secara sengaja memunculkan kerusakan yang dipersepsikan di depan umum, dan bukan menutupinya melalui penggunaan rias wajah dan pakaian. Dalam restrukturisasi kognitif, terapis menantang keyakinan klien yang terdistorsi mengenai penampilan fisiknya dan cara menyemangati mereka untuk mengevaluasi keyakinan mereka dengan bukti yang jelas

7) Somatoform Dalam Islam

Seseorang harus mampu menerima kenyataan dengan jujur dan ikhlas. Dalam hal ini, stress dapat timbul karena seseorang tidak

mampu menerima kebenaran atau kenyataan. Menurut ajaran islam, kejujuran kepada Allah merupakan sesuatu yang penting dilakukan. Seperti yang tercantum dalam surat Al-Ahqaaf ayat 13

Artinya: “Sesungguhnya orang-orang yang mengatakan: "Tuhan kami ialah Allah", Kemudian mereka tetap istiqamah [1388] Maka tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan mereka tiada (pula) berduka cita”. Arti ayat di atas menjelaskan bahwa ketidakjujuran dapat membuat konflik dalam diri seseorang, antara pikiran dan perasaan. Kebohongan dan konflik dapat mempengaruhi kerja hormon yang menyebabkan perubahan detak jantung, pernapasan, dan membuat tubuh gemetar.

Keadaan yang dapat menimbulkan gejala pada fisik dan psikis, sesungguhnya telah ditegaskan Allah, sebagaimana disebutkan dalam (Q.S. al-Baqarah [2] : 155)

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

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

Al-Qur'an telah menggambarkan berbagai tingkatan kecemasan dan ketakutan alamiah ini berikut berbagai gejala fisik dalam tubuh yang menyertainya. Secara berturut-turut, tingkat kecemasan dan ketakutan alamiah oleh manusia adalah sebagai berikut:

a) Kesempitan jiwa

Allah berfirman:

Artinya:”Dan Kami sungguh-sungguh mengetahui, bahwa dadamu menjadi sempit disebabkan apa yang mereka ucapkan, Maka bertasbihlah dengan memuji Tuhanmu dan jadilah kamu di antara orang-orang yang bersujud (shalat), dan sembahlah Tuhanmu sampai datang

kepadamu yang diyakini (ajal). (QS. Al-Hijr:97-99)

b) Ketakutan

Artinya: “ mereka bakhil terhadapmu, apabila datang ketakutan (bahaya), kamu Lihat mereka itu memandangi kepadamu dengan mata yang terbalik-balik seperti orang yang pingsan karena akan mati, dan apabila ketakutan telah hilang, mereka mencaci kamu dengan lidah yang tajam, sedang mereka bakhil untuk berbuat kebaikan. mereka itu tidak beriman, Maka Allah menghapuskan (pahala) amalnya. dan yang demikian itu adalah mudah bagi Allah”. (QS. Al-Ahzab, 33:19)

c) Kegelisahan (kurang sabar)

Artinya: “Apabila ia ditimpa kesusahan ia berkeluh kesah” (QS. Al-Maarif, 70:20)

Berkeluh kesah (kurang sabar disertai dengan ketamakan yang luar biasa atas segala sesuatu)

Artinya : “Dan kamu akan kupimpin ke jalan Tuhanmu agar supaya kamu takut

kepada-Nya? lalu Musa memperlihatkan kepadanya mukjizat yang besar. tetapi Fir'aun mendustakan dan mendurhakai. kemudian Dia berpaling seraya berusaha menantang (Musa)” (QS. Al-Naziat, 79:19-22)

- d) Ketakutan yang berlebihan (lebih tinggi tingkatannya daripada kegelisahan)

Artinya: “(ingatlah), ketika Tuhanmu mewahyukan kepada Para Malaikat: "Sesungguhnya aku bersama kamu, Maka teguhkan (pendirian) orang-orang yang telah beriman". kelak akan aku jatuhkan rasa ketakutan ke dalam hati orang-orang kafir, Maka penggallah kepala mereka dan pancunglah tiap-tiap ujung jari mereka” (QS, al-Anfal, 8:12)

Dan Artinya: “Dan Dia menurunkan orang-orang ahli kitab (Bani Quraizhah) yang membantu golongan-golongan yang bersekutu dari benteng-benteng mereka, dan Dia memasukkan rasa takut ke dalam hati mereka. sebahagian mereka kamu

bunuh dan sebahagian yang lain kamu tawan” (QS. Al-Ahzab,33:26)

- e) Kepanikan (lebih tinggi tingkatannya dari kegelisahan)

Allah berfirman:

Artinya: “ mereka tidak disusahkan oleh kedahsyatan yang besar (pada hari kiamat), dan mereka disambut oleh Para malaikat. (Malaikat berkata): "Inilah harimu yang telah dijanjikan kepadamu". (QS. Al-Anbiya, 21:103)

- f) Kebingungan/linglung (gangguan ringan pada akal sebagai akibat dari ketakutan yang luar biasa)

- g) Artinya: “Hai manusia, bertakwalah kepada Tuhanmu; Sesungguhnya kegoncangan hari kiamat itu adalah suatu kejadian yang sangat besar (dahsyat). (ingatlah) pada hari (ketika) kamu melihat kegoncangan itu, lalailah semua wanita yang menyusui anaknya dari anak yang disusui dan gugurlah kandungan segala wanita yang hamil, dan kamu Lihat

manusia dalam Keadaan mabuk, Padahal sebenarnya mereka tidak mabuk, akan tetapi azab Allah itu sangat kerasnya” (QS. Al-Hajj, 22:1-2)

Batasan dan pengertian tentang ketenangan atau ketakutan psikologis adalah sebagaimana diisyaratkan oleh ayat al-Qur’an berikut ini:

Artinya: “Barangsiapa yang Allah menghendaki akan memberikan kepadanya petunjuk, niscaya Dia melapangkan dadanya untuk (memeluk agama) Islam. dan Barangsiapa yang dikehendaki Allah kesesatannya, niscaya Allah menjadikan dadanya sesak lagi sempit, seolah-olah ia sedang mendaki langit. Begitulah Allah menimpakan siksa kepada orang-orang yang tidak beriman” (QS. Al-Anam 6:125).

Emosi juga menyebabkan aktivitas berpikir terhenti. Orang tidak bisa berpikir dengan jernih dalam menghadapi permasalahan, tidak sebagaimana yang biasa terjadi pada saat tanpa emosi. Al-Qur’an menyebutkan terhentinya aktivitas Bisa berpikir ketika emosi pada ayat 43

surat Ibrahim yang telah kami sebutkan sebelumnya. Dalam ayat tersebut terdapat firman yang berbunyi: Firman menunjukkan terhentinya aktivitas berpikir ketika takut. Orang yang zhalim seolah kosong dari akal dan pikiran.

2. Gangguan Disosiatif

Gangguan-gangguan disosiatif adalah gangguan-gangguan atau perubahan dalam fungsi integratif yang normal dari identitas, ingatan, atau kesadaran. Dengan kata lain, dalam gangguan-gangguan disosiatif, ada suatu pemi sahan yang berat atas fungsi-fungsi kepribadian sampai individu tidak menyadari atau kehilangan kontak dengan aspek-aspek yang penting dari kepribadiannya.

Misalnya, individu-individu dengan gangguan-gangguan disosiatif mengalami simtom-simtom seperti amnesia, kepribadian ganda (multiple personality) atau bahkan kehilangan identitas kepribadiannya. Istilah gangguan disosiatif digunakan karena diandaikan individu-individu dengan simtom-simtom seperti amnesia atau kepribadian ganda melarikan diri atau memisahkan diri dari bagian-bagian kepribadiannya dan menimbulkan stres.

Gangguan disosiatif diperkirakan terjadi dalam masyarakat yang sistem sosialnya kamu yang mencegah individu mengekspresikan perasaannya.

Ada lima macam gangguan disosiatif: amnesia psikogenik, fugue psikogenik, kepribadian ganda, depersonalisasi, dan kesurupan atau trance (Holmes, 1991). Masing-masing tipe melibatkan disosiasi, tetapi cara disosiasi itu diperoleh berbeda antara gangguan yang satu dengan gangguan yang lain. Misalnya, individu mungkin melupakan suatu hal yang menimbulkan stres (amnesia), meninggalkan situasi yang menyebabkan stres, dan mengembangkan suatu identitas baru (fugue), atau mengembangkan kepribadian-kepribadian alternatif (kepribadian ganda).

Pola-Pola Dominan Dalam Gangguan Disosiatif

- a. Amnesia= Ketidakmampuan yang terjadi secara tiba-tiba untuk mengingat informasi pribadi yang penting. Ketidakmampuan untuk mengingat itu tidak dapat dijelaskan dengan kelupaan yang sifatnya biasa.
- b. Fugue= Tiba-tiba meninggalkan rumah atau tempat kerja dan tidak mampu mengingat masa lampaunya.

Selama terjadinya fugue, suatu identitas baru dikembangkan.

- c. Kepribadian ganda= Di dalam individu terdapat dua atau lebih kepribadian yang berbeda. Berbagai macam kepribadian mengendalikan secara sempurna tingkah laku individu pada waktu yang berbeda.
- d. Depersonalisasi= Mengalami diri sendiri sebagai yang terpisah dan mengamati diri dari posisi pengamat dari luar atau mengalami perasaan mekanik atau seolah-olah berada dalam suatu mimpi.
- e. Kesurupan atau trance= Suatu keadaan kesadaran yang berubah (trance) di mana kesadaran berkurang atau secara selektif terfokus pada stimulus tertentu, atau kepercayaan bahwa diri kita diambil alih oleh suatu roh atau oleh seseorang (kesurupan).

3. Amnesia Psikogenik

Amnesia psikogenik bercirikan ketidakmampuan yang terjadi secara tiba-tiba untuk mengingat kembali informasi pribadi atau peristiwa-peristiwa yang penting. Biasanya amnesia terjadi

segera sesudah terjadinya suatu stres yang berat, dan apa yang dilupakan adalah peristiwa yang menyebabkan stres atau informasi yang berhubungan dengan itu. Misalnya, para tentara kadang-kadang mengalami gangguan amnesia psikogenik selama masa-masa pertempuran. Setelah berada dalam keadaan yang aman, tentara-tentara tersebut tidak bisa mengingat segala sesuatu yang terjadi selama pertempuran. Atau juga, orang yang mengalami kecelakaan kendaraan tetapi tidak mengalami cedera fisik bisa jadi akan menderita amnesia psikogenik. Amnesia psikogenik juga dapat dipicu oleh impuls-impuls atau perbuatan-perbuatan yang tidak dapat diterima, seperti permainan cinta di luar ikatan perkawinan.

Dalam amnesia psikogenik tidak ada kehilangan ingatan yang permanen. Apa yang dilupakan tidak hilang untuk selama-lamanya, melainkan hanya terpendam dalam-dalam di dalam alam ketidaksadaran, dan ini akan ditimbulkan kembali jika amnesia dapat diatasi atau jika si penderita diperintahkan untuk menimbulkan kembali apa saja yang dilupakan lewat teknik hipnotik. Ini disebabkan

karena amnesia psikogenik tidak disebabkan oleh kerusakan saraf-saraf pusat, melainkan oleh keinginan untuk melupakan pengalaman-pengalaman masa lalu yang traumatis.

Beberapa **tipe amnesia** dapat disebut sebagai berikut. (1) Amnesia retrograde (retrograde = mundur): hilangnya ingatan mengenai apa yang terjadi dan segala hal yang mendahului suatu kecelakaan. Semua kesan masa lalu sebelum kecelakaan menjadi hilang dan biasanya amnesia ini berlangsung singkat; (2) Amnesia anterograde: hilangnya ingatan mengenai peristiwa-peristiwa segera sesudah terjadinya kecelakaan, yaitu sesudah terjadi shock, atau saat-saat yang membingungkan; (3) Amnesia auditorer: ketidakmampuan untuk mengenali kembali kata-kata yang diucapkan orang lain (word deafness); (4) Amnesia retroanterograde: memutarbalikkan ingatan, di mana peristiwa-peristiwa yang baru terjadi dikaitkan dengan masa lampau atau sebaliknya; (5) Amnesia tactile: ketidakmampuan untuk mengenali kembali objek-objek melalui rabaan. Amnesia semacam ini disebut juga asternognosis atau astereocognosy; dan (6) Amnesia visual: buta kata, yakni tidak mampu mengingat kembali kata-kata yang

ditulis atau yang diucapkan, atau objek objek yang pernah dilihat sebelumnya.

4. Fugue Psikogenik

Seorang individu yang mengalami fugue psikogenik secara tiba-tiba dan tak terduga, pergi ke suatu tempat yang baru dan menggunakan suatu identitas yang baru. Pelarian diri seperti ini secara khas terjadi sesudah individu mengalami stres psikologis yang berat, misalnya pertengkaran dalam perkawinan, konflik militer, atau bencana alam. Keadaan fugue mungkin berlangsung beberapa jam, beberapa hari, beberapa minggu, beberapa bulan, atau bahkan beberapa tahun. Fugue pada dasarnya adalah juga amnesia.

Dengan dinamika yang sama dengan amnesia, fugue memperoleh perlengkapan lain untuk menghindari situasi yang tidak menyenangkan itu, yaitu mengembara. Inilah yang membedakan antara amnesia dan fugue. Pada fugue, penderita melupakan bukan hanya sebagian, melainkan seluruh situasi; dan keberhasilan dari keinginannya itu terjamin apabila ia melarikan diri dan meninggalkan rumahnya, kampung halamannya, kota atau tanah airnya. Di sini

terjadi disosiasi dengan lingkungannya. Ia cenderung lari dari lingkungannya baik secara fisik maupun secara psikologis (dalam angan-angan dan khayalannya). Ada usaha untuk merealisasikan harapan-harapan tertentu yang ditekan atau ada usaha untuk menghindari beberapa peristiwa; atau ada usaha untuk melupakan kenangan kenangan yang tidak menyenangkan. Harapan-harapan dan kenangan-kenangan tersebut ditekan kuat-kuat ke dalam alam tak sadar karena dianggap mengganggu egonya.

5. Kepribadian Ganda (Multiple Personality)

Kepribadian ganda adalah suatu gangguan di mana seorang individu mengembangkan sejumlah kepribadian yang sangat berbeda dan terpisah. Sedangkan kepribadian yang terpecah (split personality) adalah ucapan populer untuk kepribadian ganda dan bukan istilah diagnostik. Istilah schizophrenia adalah istilah yang digunakan untuk gangguan dimana individu memiliki satu kepribadian tetapi kepribadian tersebut lepas dari realitas atau fungsi-fungsi emosi dan fungsi-fungsi penalaran dalam dirinya terpecah (Bleuler,1950). Seorang individu dengan gangguan kepribadian ganda

tidak perlu harus menderita schizophrenia, dan seorang individu dengan schizophrenia tidak perlu harus digunakan untuk gangguan di mana individu memiliki EUGEN BLEULER (1867-1939).

Mengalami atau menderita kepribadian ganda. Menurut Bleuler, ambivalensi atau ambiguitas (istilah lain dari kepribadian ganda) itu disebabkan oleh lemahnya kemauan sehingga tidak ada integrasi dari berbagai elemen kepribadian. Akibatnya adalah terjadinya perpecahan dalam kepribadian si individu. Hal ini disebabkan oleh karena munculnya elemen-elemen yang tidak disadari dan dorongan-dorongan subvolutif yang tidak dapat dikuasai oleh kemauan, yang kemudian mengambil alih fungsi dari kesadaran dan kemauan. Lalu, terbentuklah kepribadian ganda atau majemuk yang memecah-mecah integrasi kepribadian.

6 Depersonalisasi (Depersonalization)

Gangguan depersonalisasi adalah suatu kehilangan atau distorsi diri yang sifatnya sementara dan hanya terjadi sekali-kali. Pengalaman depersonalisasi mungkin dapat digambarkan dengan baik sebagai suatu pengalaman "seolah-olah" (as if) berkenaan dengan diri.

Maksudnya, individu-individu dengan gangguan ini merasa seolah-olah ukuran kaki dan tangan mereka berubah, seolah-olah mereka bertindak secara mekanik, seolah-olah mereka berada dalam mimpi, atau seolah-olah mereka keluar dari tubuh mereka dan melihat diri mereka dari kejauhan. Dalam berbicara mengenai pengalaman-pengalaman depersonalisasi, seseorang berkata, "entah bagaimana aku seperti dihanyutkan keluar dari tubuhku dan terapung di atasnya, dan aku dapat melihat diriku ke bawah seperti aku adalah seseorang yang lain berada di atas panggung." Orang lain berkata, "Tubuhku rupanya terbuat dari karet yang dapat merentang... aku benar-benar memiliki bentuk tertentu. Kadang-kadang kepalaku akan menjadi besar, atau lengan-lenganku akan menjadi sangat panjang dan aku benar-benar memiliki tangan-tangan yang besar. Benar-benar gila."

Sifat "seolah-olah" dari gangguan itu adalah penting karena sifat tersebut membedakan gangguan depersonalisasi dari schizofrenia, di mana individu bisa memiliki simtom-simtom yang sama tetapi berkeyakinan bahwa simtom-simtom itu benar. Karena perasaan-perasaan kelihatan menjadi "gila" (misalnya melihat diri

sendiri ke bawah dari atas), individu-individu dengan gangguan depersonalisasi sering merasa prihatin bahwa mereka mungkin "akan menjadi gila". Oleh karena itu, pola simtom sering disertai dengan kecemasan.

Adanya pola simtom dilihat sebagai suatu gangguan bila simtom tersebut mengakibatkan kerusakan yang signifikan terhadap fungsi sosial dan fungsi okupasional. Gangguan depersonalisasi berbeda dari gangguan-gangguan disosiatif lainnya karena gangguan itu tidak menyebabkan gangguan terhadap ingatan atau kesadaran.

7. Kesurupan atau Trance

Gangguan ini baru dimasukkan ke dalam kelompok gangguan disosiatif pada tahun 1987. Simtom dari gangguan kesurupan adalah kepercayaan bahwa seseorang diambil alih (dimiliki) oleh suatu roh atau seseorang. Komponen trance adalah keadaan kesadaran yang berubah di mana individu tidak responsif atau hanya responsif terhadap stimulus-stimulus tertentu (misalnya suara dari seseorang). Untuk didiagnosis bahwa seseorang mengalami kesurupan atau trance, ia harus mengalami simtom-simtom dalam situasi di mana

simtom-simtom tersebut tidak didukung atau disetujui oleh kebudayaan atau oleh seseorang. Misalnya, individu individu tidak akan didiagnosis sebagai orang yang mengalami gangguan apabila mereka mengalami suatu trance sebagai bagian dari latihan meditasi, atau sebagai bagian dari upacara agama. Karena gangguan ini adalah gangguan yang sangat baru dalam kelompok gangguan disosiatif, maka gangguan ini belum diteliti mengenai prevalensi dan kepentingannya.

8. Simtom

Khusus dalam amnesia dan fugue, simtom-simtomnya dapat diutarakan seperti: lupa akan nama, tempat tinggal sendiri, tidak mampu mengingat kembali orang tua, sanak keluarga, dan teman-temannya sendiri. Sungguh pun demikian, ke biasaan-kebiasaan lainnya masih tetap tidak terganggu, misalnya, cara berpakaian, menulis, berbicara, dan sebagainya. Penderita kelihatan normal kecuali beberapa hal yang dilupakan.

Simtom kepribadian ganda sebenarnya juga terdapat pada orang normal, seperti misalnya, kalau orang berkata: "Aku sebenarnya tidak tahu apa sebabnya aku berbuat demikian." Ini terutama terjadi kalau orang terasing dari sanak keluarganya atau teman-temannya

dalam keadaan yang sangat tertekan atau jika orang sudah tenggelam dalam massa. Tetapi dalam peristiwa patologik, konflik antara pikiran sadar dan keinginan-keinginan yang tak sadar mencapai puncaknya dan karena tidak ada kompromi, maka mereka masing-masing memisahkan diri menjadi tata susunan kepribadian yang otonom. Jadi, pada dasarnya dinamika dari kepribadian ganda itu sama dengan dinamika amnesia dan fugue, yakni melarikan diri dari stres yang tidak tertahankan. Stres yang tidak tertahankan itu mungkin muncul dalam dirinya sendiri, seperti keinginan-keinginan yang ditolak oleh superego, mungkin juga dari luar, yakni dari situasi-situasi kehidupan yang tidak dapat diterima.

a. Penyebab

Menurut segi pandangan psikoanalitik, gangguan-gangguan disosiatif itu terjadi karena salah satu bagian dari jiwa atau kesadaran pecah atau terpisah dari bagian bagian lainnya. Gangguan-gangguan tersebut dalam pandangan psikoanalitik disebabkan oleh represi yang hebat dan bahan yang ditekan itu biasanya dihubungkan dengan hasrat-hasrat seksual pada masa kanak-kanak (tahap

Oedipus) yang tidak dapat diterima. Pada masa dewasa, hasrat-hasrat seksual (hasrat-hasrat oedipal) itu bertambah kuat dan sampai pada akhirnya sering terungkap berupa tindakan seksual yang impulsif. Represi itu rupanya tidak mencukupi; oleh karena itu, individu berusaha menghilangkan seluruh peristiwa yang ditekan dari kesadaran. Ini dilakukan individu dengan memisahkan seluruh bagian kepribadian dari kesadaran (Buss, 1966) atau dengan memperoleh suatu identitas baru untuk bagian yang dipisahkan dari dirinya itu.

Apabila gangguan-gangguan disosiatif dilihat sebagai masalah-masalah yang terjadi dengan ingatan, maka penelitian eksperimental tentang ingatan mungkin dapat dipakai untuk memahami gangguan-gangguan tersebut. Suatu bidang penelitian belakangan ini, yang disebut *state-dependent memory* memberikan suatu harapan. Dalam fenomena ini, orang dapat mengingat dengan lebih baik tentang suatu peristiwa, apabila mereka berada pada keadaan psikis yang sama pada waktu peristiwa itu terjadi. Apabila mereka berada dalam keadaan psikis yang sangat berbeda, bila mereka

berusaha mengingat, misalnya, sekarang sedih dan kemudian gembira, maka tidak ada ingatan terhadap peristiwa sebelumnya.

Penelitian eksperimental terhadap state-dependent memory telah memanipulasikan suasana mood) dengan hipnotik dan mengemukakan bahwa ingatan jauh lebih baik hati (apabila suasana hati pada waktu belajar cocok dengan suasana hati pada waktu mengingat. Salah satu penelitian yang memperlihatkan hal ini telah dilakukan oleh Bower (1981). Dua kelompok subjek mula-mula dihipnosis dan kemudian mereka disuruh supaya berada dalam suasana hati yang gembira atau sedih. Semua subjek kemudian mempelajari suatu daftar yang terdiri dari 16 kata. Kemudian, subjek-subjek tersebut mempelajari daftar kata kedua untuk mengganggu apa yang telah dipelajari sebelumnya. Subjek-subjek mempelajari daftar kata-kata kedua ini dalam keadaan suasana hati afektif yang bertentangan dengan suasana hati pada waktu mereka mempelajari daftar kata-kata yang pertama. Akhirnya, subjek subjek itu diuji apakah mereka mengingat daftar kata-kata yang pertama. Pada

waktu ingatan mereka diuji, suasana hati untuk beberapa subjek adalah sama dengan suasana hati pada waktu mereka mempelajari daftar kata-kata pertama, dan untuk beberapa subjek, suasana hati tidak sama. Dengan demikian, ingatan jauh lebih baik bila suasana hati pada waktu mengingat adalah sama atau cocok dengan suasana hati pada waktu belajar.

Dalam menerapkan konsep state-dependent memory terhadap gangguan disosiatif, Bower mengemukakan bahwa sering terdapat perbedaan-perbedaan suasana hati yang utama dalam beberapa keadaan ego dari seseorang yang mengalami gangguan kepribadian ganda. Demikian juga halnya dalam fugue, seseorang melarikan diri dari suatu situasi yang penuh dengan emosi ke dalam suatu kehidupan yang lebih tenang. Keadaan-keadaan emosi yang berbeda mungkin sebagian dapat menjelaskan hilangnya ingatan tertentu. Tentu saja (biasanya sebagiannya) kemungkinan lebih besar amnesia dapat diamati antara dua kepribadian yang memperlihatkan keadaan emosional yang sangat berbeda. Tetapi, apa yang menentukan bila

suatu perubahan terjadi dalam keadaan ego, dan selanjutnya bila keadaan ego itu lebih dari dua, seperti biasanya terjadi; dan faktor-faktor manakah yang mempengaruhi perubahan dari suatu keadaan ego kepada keadaan ego yang lain? Bower mengemukakan bahwa bila keadaan ego A-katakan suatu kepribadian yang gembira berada dalam suatu situasi yang menimbulkan ke marahan, ia mungkin kemudian berubah menjadi kepribadian yang bermusuhan, yakni keadaan ego B, sebagai cara untuk menanggulangi tantangan yang dihadapi. Apa yang dikatakan ini mungkin bisa dipakai untuk menjelaskan perubahan perubahan dari salah satu kepribadian kepada kepribadian lainnya. Informasi yang dikemukakan ini masih kurang karena gangguan-gangguan disosiatif jarang terjadi. Gangguan-gangguan disosiatif tetap merupakan sindrom-sindrom klinis yang sangat sulit dipahami.

b. Perawatan

Ketiga gangguan disosiatif amnesia, fugue, kepribadian ganda adalah gangguan di mana orang-orang bertingkah laku sedemikian rupa sehingga mereka melupakan bagian-bagian dari

kehidupannya. Karena orang-orang dengan gangguan-gangguan ini tidak menyadari bahwa mereka telah melupakan sesuatu, maka hipotesis bahwa mereka menekan bagian terbesar dari kehidupan mereka ke dalam alam tak sadar adalah suatu hipotesis yang diterima. Dengan demikian, perawatan dengan menggunakan teknik psikoanalisis sangat bermanfaat untuk gangguan gangguan disosiatif.

Breuer dan Freud mendorong penderita untuk berbicara sementara dihipnosis tentang masalah-masalahnya dan terutama sumber dari masalah-masalah tersebut. Dengan demikian, psikoanalisis berawal dari hipnosis. Tetapi kemudian, Freud tidak menggunakan hipnosis, melainkan asosiasi bebas karena ia berpendapat bahwa penyembuhan penderita tidak bisa dilakukan dengan hipnotik. Sudah bertahun-tahun orang menggunakan hipnotik terhadap para pasien yang menderita gangguan-gangguan disosiatif dengan pengandaian bahwa lewat keadaan hipnotik seseorang dapat mengetahui bagian-bagian kepribadiannya yang tersembunyi

identitas yang hilang atau sejumlah peristiwa yang menimbulkan atau berasal dari trauma.

Beberapa dokter menggunakan sodium amital untuk menimbulkan keadaan hipnotik. Dengan menggunakan obat ini, ingatan-ingatan menyakitkan yang ditekan akan dimunculkan dan kebutuhan akan gangguan disosiasi akan hilang. Sejumlah studi kasus dalam literatur klinis membuktikan kemanjuran dari hipnotik dan obat-obat barbiturat seperti sodium amital, tetapi tidak bisa dipastikan kemanjurannya yang aktual karena penelitian untuk menilai kemanjurannya itu hampir sama sekali tidak pernah dilakukan.

Khusus dalam merawat penderita dengan gangguan kepribadian ganda, terapis harus berusaha menyatukan kepribadian-kepribadian yang berbeda itu, serta mendorong dan membantu penderita menerima kepribadian-kepribadian tersebut sebagai aspek-aspek yang berbeda dari "dirinya yang satu." Teknik ini digunakan tidak hanya dalam pendekatan-pendekatan analitik tradisional (Kluft, 1984, 1985), tetapi juga dalam teknik-teknik tingkah laku kognitif (Caddy, 1985).

Combs dan Ludwig (1982) mengemukakan bahwa beberapa penderita dengan amnesia akut dapat menemukan kembali ingatan-ingatannya yang hilang apabila terapis mendorong penderita menceritakan riwayat kehidupannya selengkap mungkin dan tidak boleh melangkahi bagian-bagian yang sulit diingat. Cerita tentang kehidupan penderita ini dapat digabungkan dengan teknik asosiasi bebas yang dimodifikasi dan berfokus pada peristiwa-peristiwa yang diingat yang terjadi sebelum adanya celah dalam ingatannya. Dengan demikian, apabila penderita sebentar-sebentar menghindari (hanya menceritakan apa yang diingat) terapis mendorongnya untuk hanya berasosiasi bebas terhadap peristiwa yang terjadi sebelum celah ingatannya itu. Terapis harus selalu menegaskan bahwa ingatan akan diperoleh kembali, tetapi tidak berarti bahwa penderita dengan sengaja berbohong atau berpura-pura sakit (untuk menghindari tugas). Combs dan Ludwig juga mengemukakan bahwa apa yang diperlukan adalah suasana waktu (*tincture of time*), yakni suatu periode di mana penderita terlepas dari lingkungannya yang mendatangkan

stres, dan diberikan ketenangan, dukungan, dan dorongan

9. Gangguan Unipolar

Depresi termasuk salah satu di antara gangguan-gangguan suasana hati (mood). Gangguan-gangguan suasana hati adalah gangguan-gangguan yang bergerak dari depresi yang dalam sampai kepada mania yang ganas. Gangguan-gangguan suasana hati ini kadang-kadang disebut gangguan-gangguan afektif. Istilah "afek" berarti suatu respons emosional subjektif.

Gangguan-gangguan suasana hati dibagi dalam dua kelompok besar, yakni gangguan-gangguan depresif atau gangguan-gangguan unipolar (unipolar disorders) di mana depresi menjadi simtom utama. Gangguan-gangguan unipolar ini dibagi lagi menjadi episode depresif tunggal (single depressive episodes) dan episode-episode depresif yang berulang-ulang (recurrent depressive episodes). Kelompok yang kedua adalah gangguan-gangguan bipolar (bipolar disorders). Dalam gangguan-gangguan bipolar, depresi juga merupakan simtom yang dominan tetapi kemudian simtom itu berubah menjadi mania. Istilah bipolar digunakan karena individu memperlihatkan dua kutub

suasana hati yang ekstrem. Individu yang didiagnosis sebagai bipolar disebut mengalami gangguan manikdepresif. Gangguan bipolar dibagi menjadi tiga tipe, yakni tipe manik, tipe depresif, dan tipe campuran. Individu yang didiagnosis sebagai manik apabila suasana hatinya yang dominan adalah mania, dan dikatakan depresif kalau suasana hatinya yang dominan adalah depresi, dan dikatakan campuran bila gambaran simtomnya adalah manik dan depresif tercampur atau berubah-ubah dalam setiap jangka waktu beberapa hari.

Pada tingkat kedua gangguan-gangguan suasana hati, kita menemukan pola-pola simtom yang akan berlangsung sekurang-kurangnya selama dua tahun, dan sama seperti simtom-simtom yang terdapat pada gangguan-gangguan depresi dan gangguan-gangguan bipolar, tetapi kurang berat. Bentuk gangguan depresi yang kurang berat itu dikenal dengan sebutan gangguan distimik (*dysthymic disorder*), yang dan bentuk gangguan bipolar yang kurang berat dinamakan gangguan siklotimik (*cyclothymic disorder*).

Meskipun ada sedikit tumpang tindih dalam simtom-simtom depresi dan bipolar, tetapi bukti yang ada menunjukkan bahwa kedua gangguan ini berbeda;

dan karena berbeda, maka akan dibicarakan secara terpisah. Gangguan-gangguan depresi termasuk dalam kelompok psikoneurosis, sedangkan gangguan-gangguan bipolar termasuk dalam kelompok psikosis.

Gangguan unipolar (gangguan depresi) harus dibedakan dari depresi-depresi psikotik. Perbedaannya ialah gangguan unipolar ini muncul karena situasi stres yang terjadi secara tiba-tiba (misalnya, peristiwa kematian) meskipun lama-kelamaan mungkin menjadi sedikit lebih mendalam. Reaksi depresif mungkin berat, tetapi tidak disertai dengan delusi (seperti yang terjadi pada psikosis).

Gangguan unipolar adalah gangguan yang disebabkan oleh mekanisme pertahanan diri (defense mechanism) dan pelarian diri yang keliru dan kemudian muncul banyak konflik intrapsikis yang keliru. Gangguan ini bisa timbul oleh penyebab-penyebab yang sepele atau remeh dan peristiwa yang biasa. Gangguan unipolar ini dapat dianggap sebagai sesuatu yang berada di antara patah semangat dan kesedihan yang termasuk kategori normal dan depresi psikotik.

a. Hal-Hal yang Berkaitan dengan Depresi

Ada bermacam-macam hal yang menyangkut depresi yang perlu dikemukakan sedikit dalam uraian ini, yakni depresi normal dan depresi abnormal, depresi eksogen dan depresi endogen, depresi primer dan depresi sekunder, depresi involusional dan depresi postpartum.

1) Depresi Normal dan Depresi Abnormal

Ada dua faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengadakan perbedaan, yakni faktor kedalaman depresi dan faktor lamanya depresi. Adalah normal kalau orang kadang-kadang merasa sedikit murung, sedih, atau merasa sedikit tertekan. Akan tetapi, perlu dipertimbangkan kalau depresi itu begitu dalam sehingga individu tidak dapat berfungsi dengan adekuat. Selain kedalaman dari depresi, perlu dipertimbangkan juga kalau depresi tersebut berlangsung lama dan individu tidak sembuh serta tidak bisa keluar atau melepaskan diri dari keadaan depresi itu. Dalam kasus seperti kematian orang yang dicintai, dapat dibenarkan kalau seseorang mengalami depresi

untuk sementara waktu, tetapi kalau depresi itu berlangsung lebih lama daripada yang diharapkan oleh penyebab yang sebenarnya, maka perlu diperhatikan bahwa mungkin terjadi suatu depresi abnormal.

Contoh berikut ini adalah contoh dari suatu situasi yang dapat mengakibatkan kesedihan yang masih termasuk kategori normal, atau mungkin juga akan berkembang menjadi depresi yang abnormal. Sepasang suami-istri muda menikah kira-kira selama satu tahun. Suaminya meninggal karena keracunan dari makanan kaleng yang dihidangkan oleh istrinya di rumah. Dalam keadaan seperti itu, istrinya (yang sekarang menjadi janda) mengalami kesedihan yang normal. Akan tetapi, karena ia merasa yakin bahwa dialah yang menjadi penyebab dari kematian suaminya, maka ia merasa sangat bersalah. Ia menghidangkan makanan itu dan tidak hati-hati dalam memeriksa kesegaran dari makanan tersebut. Pikiran-pikiran seperti itu menambah

kesedihannya sampai-sampai ia melarikan diri dengan depresi yang berlangsung lama

2) **Depresi Eksogen dan Depresi Endogen**

Pada umumnya diakui bahwa beberapa depresi pertama-tama disebabkan oleh faktor-faktor eksternal (faktor-faktor psikologis), seperti konflik dan stres, sedangkan depresi-depresi yang lain pertama-tama disebabkan oleh faktor-faktor internal (faktor-faktor fisiologis), seperti tingkat-tingkat neurotransmitter tertentu yang rendah. Depresi yang disebabkan oleh faktor-faktor eksternal disebut dengan depresi eksogen dan depresi yang disebabkan oleh faktor-faktor internal disebut depresi endogen. Depresi eksogen kadang-kadang disebut "depresi reaktif" karena individu diduga bereaksi terhadap suatu masalah lingkungan.

Perbedaan antara depresi eksogen dan depresi endogen adalah penting berkenaan dengan perawatan. Psikoterapi mungkin sangat efektif untuk orang-orang yang mengalami depresi eksogen, sedangkan obat mungkin

sangat efektif untuk orang-orang yang mengalami depresi endogen.

Masalah dalam Mengidentifikasi Depresi Eksogen dan Depresi Endogen.

Bertolak dari pola-pola simtom, banyak usaha dilaku-dilakukan untuk membedakan keduanya, tetapi pendekatan ini ternyata sama sekali tidak bermanfaat. Hanya perbedaan dalam pola-pola simtom yang selalu ditemukan, menunjukkan bahwa individu-individu yang mengalami depresi endogen mengandung kemungkinan besar memiliki sejarah pribadi dan keluarga tentang depresi.

Penemuan bahwa ada kemungkinan individu-individu yang mengalami depresi endogen memiliki anggota-anggota keluarga yang mengalami depresi diinterpretasikan sebagai bukti bahwa depresi endogen mungkin disebabkan oleh faktor-faktor genetik.

Dexamethasone suppression test (DST)

Salah satu usaha untuk membedakan depresi eksogen dan depresi endogen adalah dengan melakukan tes darah yang dilihat

sebagai suatu cara yang efektif untuk mengidentifikasi individu-individu yang mengalami depresi endogen (Carroll, 1982). Tes tersebut dinamakan dexamethasone suppression test (DST) yang bekerja menurut prinsip-prinsip berikut. Salah satu faktor fisiologis yang berkaitan dengan depresi endogen adalah sekresi kortisol (hidrokortison) yang berlebihan oleh kelenjar adrenal.

Kortisol adalah hormon yang memudahkan protein-protein pecah menjadi glikogen serta gula; dan dengan demikian, membantu mempersiapkan individu untuk stres. Produksi kortisol diatur oleh sistem limbik dan hipotalamus, yakni daerah-daerah dalam otak yang dilihat sebagai tempat patologi dalam gangguan-gangguan suasana hati. Deksametason menekan atau menahan produksi kortisol pada individu-individu normal dan individu-individu yang mengalami depresi eksogen, tetapi bukan pada individu-individu yang mengalami depresi endogen. Secara teoretis, orang-orang yang mengalami depresi

endogen dan eksogen dapat dibedakan dengan tes untuk melihat apakah produksi kortisol mereka berkurang atau tidak bila diberikan deksametason.

Interaksi antara Depresi Eksogen dan Depresi Endogen

Stres psikologis yang berlangsung lama dan ada kaitannya dengan depresi eksogen dapat menyebabkan perubahan-perubahan fisiologis yang pada akhirnya bisa menyebabkan depresi endogen. Misalnya, tikus dan kera dihadapkan pada stres yang berlangsung lama memperlihatkan perubahan-perubahan dalam kadar neurotransmiter yang dikenal sebagai penyebab depresi endogen. Sebaliknya, tingkah laku tidak tepat yang disebabkan oleh depresi endogen dapat menyebabkan masalah-masalah pribadi atau lingkungan yang ikut menyebabkan suatu depresi endogen. Misalnya, suatu depresi endogen dapat mengurangi kemampuan individu untuk dapat berfungsi (berpikir lambat, aktivitas kurang, terus-menerus menangis) dan

ketidakmampuan untuk berfungsi menyebabkan kehilangan pekerjaan atau teman-teman, dan kehilangan itu merupakan dasar untuk suatu depresi eksogen.

3) Depresi Primer dan Depresi Sekunder

Depresi itu mungkin juga merupakan simtom sekunder pada individu-individu yang mengalami gangguan lain yang sudah ada sebelumnya, seperti kecemasan, alkoholisme, skizofrenia, atau gangguan fisik (Andreasen, 1982). Misalnya, seseorang yang menderita skizofrenia mungkin mengalami delusi bahwa ia akan meninggal; dan dengan demikian, ia mungkin mengalami depresi tetapi dalam hal ini depresi tersebut merupakan simtom sekunder dari skizofrenia. Karena penyebab dari depresi primer dan depresi sekunder sangat berbeda, maka depresi-depresi ini juga membutuhkan perawatan-perawatan yang berbeda; dan perbedaan primer dan sekunder adalah penting bila mengadakan diagnosis.

4) Depresi Involusional dan Depresi Postpartum

Dua macam depresi yang banyak menarik perhatian adalah depresi involusional yang ada kaitannya dengan usia lanjut; dan depresi postpartum yang ada kaitannya dengan kelahiran anak. Kejadian depresi meningkat sesudah individu berusia 65 tahun.

Depresi involusional pada awalnya dilihat sebagai akibat dari faktor-faktor fisiologis yang berkaitan dengan usia lanjut, dan faktor-faktor tersebut pasti ikut rrienyebabkan depresi. Akan tetapi pada waktu belakangan, perhatian beralih kepada Peran yang dimainkan oleh faktor-faktor psikologis dan budaya. Usia lanjut dan menjelang usia lanjut dapat merupakan masa yang menimbulkan stres karena: (1)hilangnya keluarga, teman-teman, status, dan penghargaan; (2) meningkatnya penyakit dan masalah-masalah keuangan yang berhubungan dengan usia lanjut dan (3) masa depan terbatas dan mungkin kelihatannya suram.

Istilah depresi postpartum mengacu pada suatu depresi yang relatif berat dan timbul segera sesudah seorang wanita melahirkan anak. Depresi ini berlangsung selama 6 minggu sampai satu tahun (Rees & Lutkins, 1971). Banyak wanita yang tidak menyadari depresi ini karena tertutup oleh peristiwa yang sangat mengembirakan, yakni kelahiran anak. Dan banyak wanita juga menyembunyikan depresi post-partum karena mereka bersalah kalau mengalami depresi apabila tradisi atau adat istiadat menekankan bahwa mereka harus merasa gembira kalau melahirkan anak.

Sesungguhnya suatu tingkat depresi, kecemasan, mudah marah, tidak ada selera makan, mengalami gangguan tidur, menangis, dan mengalami emosi tidak stabil adalah normal dan akan terjadi sesudah melahirkan anak. Respons-respons terjadi karena keadaan fisik yang tidak menyenangkan dan stres yang berkaitan dengan kelahiran, perubahan-perubahan hormon yang terjadi karena kelahiran, keluarnya air susu dari kelenjar susu

(laktasi), akibat-akibat samping dari obat, dan lingkungan rumah sakit.

Ada beberapa hal yang dapat dikemukakan mengenai depresi postpartum, yakni. (1) Tidak ditemukan adanya kaitan- dengan faktor usia; (2) Tidak ditemukan adanya kaitan dengan jumlah atau urutan kehamilan; (3) Kemungkinan besar bisa muncul lagi pada kehamilan-kehamilan berikutnya yang menyusul suatu episode awal depresi; (4) Kemungkinan besar terjadi pada wanita-wanita dengan sejarah gangguan-gangguan psikiatrik lain; dan (5) Kemungkinan besar terjadi pada wanita-wanita dengan sejarah keluarga yang mengalami gangguan-gangguan psikiatrik lain (Hopkins, et al., 1984; Pitt, 1982).

5) Tipe Kepribadian dan Depresi

Tidak ada bukti yang kuat bahwa setiap sifat kepribadian tertentu yang pra-abnormal menimbulkan depresi secara langsung. Akan tetapi, sifat-sifat kepribadian pra-abnormal bisa ikut menyebabkan secara tidak langsung perkembangan depresi dengan menciptakan

lingkungan interpersonal (dukungan sosial kurang, stres kehidupan) yang dapat menyebabkan depresi.

Selanjutnya, karakteristik-karakteristik kepribadian pra-abnormal dapat mempengaruhi gambaran simtom yang berkembang. Simtom-Simtom Depresi **Ada dua pola simtom yang sangat berbeda**, yakni depresi yang ditandai oleh kelambanan (*retarded depression*) dan depresi yang ditandai oleh ketidaktenangan (*agitated depression*). Depresi yang ditandai oleh kelambanan lebih sering terjadi dan cirinya ialah tingkat energi berkurang sehingga tugas yang paling kecil sekalipun kelihatannya sulit atau tidak mungkin untuk diselesaikan. Sebaliknya, individu-individu yang ditandai oleh ketidaktenangan (*agitated depression*) tidak mampu duduk dengan tenang. Depresi yang ditandai oleh ketidaktenangan ini menunjukkan banyak simtom kecemasan dan kadang-kadang sulit sekali membedakan depresi ini dengan kecemasan. Depresi ini mungkin juga sulit dibedakan dari mania karena

kedua-duanya memperlihatkan aktivitas yang tinggi. Dalam depresi ini perhatian sangat diutamakan.

b. *Simtom-Simtom Suasana Hati*

Individu merasa tertekan, murung, sedih, putus asa, kehilangan semangat, dan muram. Orang yang mengalami depresi sering juga merasa terisolasi, ditolak, dan tidak dicintai. Orang yang mengalami depresi kadang-kadang menggambarkan diri mereka seperti berada dalam suatu lubang gelap yang dalam di mana mereka tidak dapat dijangkau dan mereka juga tidak dapat keluar dari sana. Depresi kadang-kadang disertai oleh kecemasan (Mullaney, 1984). Meskipun kecemasan tetap merupakan komponen utama gangguan depresi, tetapi, lama-kelamaan tingkat kecemasan berkurang dan tingkat depresi makin meningkat.

1) **Simtom-sintom Kognitif**

Sekurang-kurangnya enam simtom atau proses kognitif yang memainkan peran yang sangat penting dalam depresi.

Pertama, individu yang mengalami depresi biasanya berpikir bahwa mereka tidak adekuat,

merasa rendah diri, janggal, tidak mampu dan pada umumnya merasakan dirinya tidak berharga, dan sering merasa sangat bersalah terhadap kegagalan-kegagalannya.

Kedua, individu mengalami pesimisme. Sandar individu-individu yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi adalah sama tetapi individu-individu yang mengalami depresi lebih pesimistik atas usaha mereka dalam mencapai standar itu.

Ketiga, orang-orang yang mengalami depresi memiliki motivasi yang kurang. Karena mereka tidak percaya bahwa mereka dapat menyelesaikan masalah-masalah mereka, maka orang-orang yang mengalami depresi tidak melihat alasan bahwa mereka memecahkan masalah-masalah mereka atau meminta bantuan untuk memecahkan masalah-masalah tersebut. Bagi mereka, semuanya kelihatan gagal dan sia-sia; dan dengan demikian, tidak ada gunanya berusaha. Pendekatan seperti ini akan menyebabkan kegagalan dan alasan-alasan untuk menjadi depresi akan semakin bertambah

serta akan memperkuat kepercayaan individu tersebut tentang dirinya yang tidak adekuat.

Keempat, depresi, harga diri yang rendah, pesimisme, dan kurangnya motivasi akan menyebar dan mencakup lebih banyak daripada penyebab asli depresi. Dengan kata lain, simtom kognitif yang penting dalam depresi adalah generalisasi sikap-sikap negatif. Mungkin terus-menerus berpikir tentang kegagalannya di bidang akademis dan juga kegagalan dalam bidang sosial, serta mungkin menarik diri dan mengadakan hubungan sosial yang agak kurang.

Kelima, dalam beberapa kasus ada alasan untuk mengalami depresi (kegagalan dalam ujian dapat menjadi hebat dan mengandung pengaruh-pengaruh negatif dalam jangka panjang) tetapi orang-orang yang mengalami depresi cenderung membesar-besarkan atau melebih-lebihkan kehebatan dari masalah tersebut dan terus-menerus menjadi pesimistik.

Keenam, simtom kognitif yang sangat penting dalam depresi adalah proses Proses pikiran

berjalan lambat (Miller, 1975). Individu-individu yang mengalami depresi mengalami kekurangan motivasi atau energi mental untuk berpikir dengan cepat dan mengatasi masalah-masalah secara aktif. Hal ini sangat penting karena dalam beberapa kasus mereka tidak mampu bekerja secara efektif.

2) **Simtom-Simtom Motor**

Simtom-simtom motor yang sangat dominan dan penting dalam depresi adalah retardasi motor, yakni tingkah laku motor berkurang atau lambat. Orang-orang yang mengalami depresi sering duduk dengan sikap terkulai dan tatapan yang kosong tanpa ekspresi. Retardasi psikomotor juga mempengaruhi pola-pola berbicara orang-orang yang mengalami depresi berbicara sangat sedikit dan apabila mereka berbicara, maka pembicaraan agak mendatar. Sering mereka menghentikan pembicaraan di tengah kalimat karena tidak memiliki tenaga atau minat yang cukup untuk menyelesaikan kalimat itu.

Sebaliknya, beberapa orang yang mengalami depresi memperlihatkan agitasi psikomotor (psychomotor agitation) dan tidak mampu duduk dengan tenang. Orang-orang ini merasa gelisah dan terus-menerus melangkah bolak-balik. Perlu diketahui bahwa aktivitas-aktivitas dari orang-orang seperti ini adalah serampangan dan tidak terpusat pada usaha untuk mencapai sesuatu. Agitasi psikomotor tidak begitu lazim dibandingkan dengan retardasi motor.

3) **Simtom-Simtom Somatik**

Salah satu masalah somatik yang terkenal adalah pola tidur terganggu. Orang-orang yang mengalami depresi sering mengalami masalah, yakni sulit tidur dan bangun lebih cepat, yakni bangun sebelum waktunya (misalnya, pada jam 2 pagi) dan tidak bisa tidur lagi.

Akibat lain dari depresi adalah pola-pola makan terganggu di mana orang yang mengalami depresi akan kehilangan selera makan dan baginya manakan Simtom -simtom somatik yang meliputi tidur, selera makan, dan seks

dapat disebabkan oleh tiga faktor. **Pertama**, gangguan-gangguan somatik ini dapat muncul karena individu-individu mengalami kesedihan psikologis, dan kesedihan memiliki pengaruh yang mengacaukan. **Kedua**, depresi ada kaitannya dengan bermacam-macam perubahan biokimiawi dalam otak dan perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi fungsi hipotalamus yang pada gilirannya akan mempengaruhi tidur, selera makan, dan seks. **Ketiga**, beberapa simtom somatik, seperti keletihan dan gangguan-gangguan pencernaan mungkin tidak disebabkan oleh

c. *Penyebab*

Ada lima pendekatan yang dapat dipakai untuk menjelaskan perkembangan depresi, yakni:

1) Pendekatan Psikodinamik

Freud dan kawan-kawannya mengemukakan bahwa depresi terjadi sebagai reaksi terhadap kehilangan. Freud menyamakan depresi dengan perkabungan (perasaan sedih dan duka cita yang terjadi bila orang yang dicintai meninggal). Teorinya bertolak dari dua kesamaan

ini. **Pertama**, Freud mengamati bahwa perkabungan dan depresi terjadi sesudah kehilangan objek yang dicintai (dalam istilah Freud, "objek" adalah seseorang yang menjadi tempat bersandar). **Kedua**, ia mengakui bahwa kita sering mengalami perasaan ambivalen tentang objek cinta yang hilang, tetapi di satu pihak, kita mencintai objek yang hilang itu; tetapi di lain pihak, kita marah terhadap objek tersebut atau bahkan membencinya karena ia telah meninggalkan atau menolak kita. **Ketiga**, Freud mengemukakan bahwa orang yang mengalami depresi sering mengkritik dan marah, serta menyalahkan diri sendiri terhadap sesuatu yang bukan kesalahannya. Kritik terhadap diri sendiri itu disebabkan karena orang yang mengalami depresi berusaha menangani kehilangan itu dengan mengambil secara simbolis objek yang hilang itu sebagai bagian dari dirinya.

Akan tetapi, ketika objek yang hilang itu menjadi bagian dari dirinya, perasaan negatif yang berkenaan dengan objek yang hilang itu dialihkan kepada dirinya sendiri. Bagi Freud,

faktor yang sangat penting dalam depresi adalah kemarahan yang dialihkan ke dalam (diri sendiri) dan peristiwa yang memicu proses tersebut adalah kehilangan. Hal yang sangat penting dalam pandangan ini adalah kehilangan yang terjadi pada masa kanak-kanak, seperti kematian salah satu orang tua kita. Seseorang yang mengalami kehilangan tersebut mungkin kemudian mengalami kehilangan-kehilangan lain dalam kehidupan selanjutnya yang sulit ditahan karena perasaan-perasaan awal tentang kesedihan akan diaktifkan kembali.

2) Pendekatan Belajar

Hadiah yang kurang dan hukuman yang lebih banyak dapat menimbulkan depresi dalam salah satu atau tiga cara yang berikut: (1) Seorang individu yang menerima hadiah yang agak kurang dan/atau hukuman yang lebih banyak pada umumnya akan mengalami kehidupan yang kurang menyenangkan dan hal itu dapat menyebabkan depresi; (2) Apabila suatu tingkah laku individu tidak menghasilkan hadiah atau menghasilkan hukuman, maka ada kemungkinan

individu tersebut memiliki harga diri yang kurang dan mengembangkan self-concept yang rendah yang dapat menimbulkan depresik; dan (3) Apabila suatu tingkah laku diberi hadiah atau hukuman, maka kemungkinan untuk menggunakan tingkah laku itu lagi menjadi berkurang; dan dengan demikian, menyebabkan aktivitas berkurang yang umumnya kelihatan dalam depresi. Aktivitas yang berkurang selanjutnya dapat mengurangi kemungkinan mendapat hadiah; dan dengan demikian, akan terjadi lingkaran setan yang akan menimbulkan depresi yang lama-kelamaan bertambah hebat.

3) Pendekatan Kognitif

Ada dua teori kognitif tentang depresi, yakni teori yang pertama mengemukakan bahwa kemapanan-kemapanan kognitif yang negatif (negative cognitive sets) menyebabkan individu-individu akan melihat segala sesuatu secara negatif; dan dengan demikian, akan menyebabkan depresi. Teori kedua mengemukakan bahwa ketidakberdayaan yang

dipelajari dalam mengontrol aspek-aspek negatif kehidupan menyebabkan depresi.

Kemampuan kognitif yang Negatif. Individu-individu mengalami depresi karena mereka memiliki kemapanan-kemapanan kognitif yang negatif untuk menginterpretasikan diri mereka sendiri, dunia, dan masa depan mereka (Beck, 1967, 1976). Misalnya, seorang individu yang pada umumnya berhasil dalam kehidupannya akan mengabaikan keberhasilannya atau menginterpretasikan keberhasilannya itu sebagai hal yang kebetulan, dan tetap memikirkan serta melebih-lebihkan kegagalannya. Akibat dari persepsi-persepsi yang negatif itu individu tersebut akan memiliki gambaran diri sebagai orang yang gagal, dan berpendapat bahwa masa depannya akan penuh dengan kegagalan, dan akan menjadi korban depresi.

4) Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Para pelopor teori humanistik-eksistensial berpendapat bahwa kecemasan terjadi karena adanya ketidakcocokan antara real-self dan ideal-self (Am yang real versus diri yang ideal).

Depresi terjadi bila individu menyadari bahwa jurang antara real-self dan ideal-self tidak dapat dijangkau; karena itu, ia menyerah dalam kesedihan-Individu pada hakikatnya tidak berusaha mencapai aktualisasi-diri, dan hal yang bisa menyebabkan depresi.

5) Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis mengemukakan bahwa depresi itu disebabkan oleh aktivitas neurologis yang rendah pada daerah-daerah otak yang berfungsi untuk mengatur kesenangan. Hal ini disebabkan karena persediaan neurotransmitter pada sinapsis-sinapsis tidak mencukupi. Ada dua neurotransmitter yang ada hubungannya dengan depresi, yakni **norepinefrin dan serotonin**. Norepinefrin merupakan salah satu dari sejumlah bahan kimia yang dinamakan katekolamin; dan serotonin merupakan salah satu dari sejumlah bahan kimia yang dikenal dengan sebutan indoleamin.

Dari hasil beberapa penelitian dapat disimpulkan bahwa faktor genetik memainkan peranan dalam depresi. Akan tetapi, perlu

diperhatikan bahwa: (1) Tidak semua sanak saudara dari orang-orang yang mengalami depresi, mengalami depresi; (2) Angka rata-rata untuk depresi pada saudara kembar identik (MZ) tidak mencapai 100%; dan (3) Banyak orang yang mengalami depresi tidak kelihatan memiliki sejarah keluarga yang mengalami depresi.

Dari penemuan-penemuan ini disimpulkan bahwa meskipun faktor-faktor genetik memainkan peranan yang sangat penting dalam depresi, tetapi hanya faktor-faktor genetik saja tidak dapat menjelaskan semua depresi.

d. *Perawatan*

Terapi alternatif dengan menggunakan psikobiotik efektif dalam menangani gangguan depresif mayor. Secara sederhana, memperbaiki hiperaktivitas aksis HPA, respon imunologis yang abnormal dan perubahan kadar neurotransmitter pada penderita gangguan depresif mayor.

Penting untuk diketahui bahwa banyak depresi (mungkin depresi-depresi yang sangat ringan) berkurang atau hilang tanpa perawatan yang formal. Akan tetapi, ada juga beberapa depresi yang

tidak berkurang atau hilang secara spontan dan untuk hal tersebut terapi mungkin dibutuhkan.

Cara-cara untuk merawat depresi sangat berbeda-beda antara pendekatan yang satu dengan pendekatan lainnya; dan perbedaan-perbedaan tersebut disebabkan karena asumsi-asumsi yang dikemukakan oleh pendekatan-pendekatan itu mengenai penyebab depresi juga berbeda-beda, antara lain :

1) Pendekatan Psikodinamik

Para terapis yang berorientasi pada pendekatan psikodinamik memusatkan perhatian pada usaha mereka untuk membantu para penderita dalam menangani konflik-konflik yang ada hubungannya dengan kehilangan atau stres. Para terapis yang berorientasi pada pendekatan psikodinamik menggunakan psikoanalisis atau psikoterapi.

2) Pendekatan Belajar

Apabila depresi itu disebabkan oleh hadiah yang rendah (kurang) atau hukuman yang tinggi (hukuman yang lebih banyak) atau keduanya, yang menyebabkan kehidupan kurang

menyenangkan, penghargaan terhadap diri sendiri rendah, dan aktivitas berkurang; maka para terapis yang menggunakan pendekatan belajar mengajar untuk itu ditempuh tiga langkah untuk mengubah hadiah-hadiah dan hukuman-hukuman.

- 3) **Langkah pertama**, yaitu mengidentifikasi aspek-aspek lingkungan (orang, aktivitas, situasi) yang merupakan sumber dari hadiah-hadiah dan hukuman-hukuman untuk penderita.
- 4) **Langkah kedua**, sesudah pengalaman-pengalaman yang sangat penting yang memberikan hadiah dan memberikan hukuman teridentifikasi, penderita diajar
- 5) mengenai keterampilan atau strategi-strategi baru untuk mengatasi, menghindari, atau mengurangi pengalaman yang menghukum.
- 6) **Langkah ketiga**, usaha terapis harus dipusatkan pada peningkatan hadiah-hadiah dalam kehidupan individu. Ini dicapai dengan suatu program penguatan diri (self-reinforcement).

Ada tiga hal yang harus diperhatikan, yaitu: (1) Teknik yang digunakan untuk setiap penderita sangat terperinci dan spesifik untuk aspek-aspek hadiah dan hukuman dari kehidupan tertentu dari penderita itu; (2) Berbagai macam teknik yang biasanya tidak dianggap sebagai bagian dari psikoterapi dapat digunakan juga untuk mengubah berbagai tingkah laku supaya meningkatkan hadiah-hadiah dan mengurangi hukuman-hukuman; serta (3) Terapis memainkan peranan yang sangat aktif dalam mengajarkan kepada penderita keterampilan-keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan hadiah-hadiah dan mengurangi hukuman-hukuman.

7) Pendekatan Kognitif

Dari segi pandangan kognitif, depresi itu disebabkan oleh kemapanan-kemapanan (kognisi-kognisi) negatif yang menyebabkan orang melihat diri, dunia, dan masa depan mereka sendiri dengan cara-cara negatif yang tidak tepat ("Aku seseorang yang tidak baik, situasiku mengerikan, dan masa depanku

suram”). Tujuan dari terapi kognitif adalah mengubah kemapanan-kemapanan tersebut supaya ke-mampanan-kemapanan itu menjadi lebih tepat (Beck, et al., 1979).

Para terapis yang mendekati depresi dari segi pandangan kognitif bekerja dengan penderita untuk mengubah segi pandangan dan pola-pola pikiran penderita mengenai kemungkinan keberhasilan pada masa kini dan pada masa yang akan datang.

8) Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Dalam pandangan eksistensial-humanistik, penderita yang neurotik adalah orang yang kehilangan perasaan berada dan kehilangan perasaan berada ini menimbulkan depresi. Dengan kata lain terapis eksistensial-humanistik membantu memperluas kesadaran diri penderita' dan karenanya meningkatkan kesanggupan pilihannya, yakni menjadi bebas dan bertanggung jawab terhadap arah hidupnya sendiri. pendek kata, penderita dalam terapi eksistensial-humanistik terlibat upaya

membuka pintu menuju dirinya sendiri. Pengalaman sering menakutkan atau menyenangkan, membuat depresi, atau gabungan dari semua perasaan tersebut. Dengan membuka pintu yang tertutup, penderita mulai melonggarkan belenggu deterministik yang menyebabkan dia terpenjara secara psikologis.

9) .Pendekatan Fisiologis

Terapis yang mendekati depresi dari segi pandangan fisiologis melihat depresi sebagai akibat dari kadar neurotransmitter (norepinefrin atau serotonin) yang rendah akan menggunakan dua macam perawatan, yakni perawatan biokimia, yang menggunakan obat-obat-obat; dan perawatan konvulsif, yang menggunakan kejutan listrik (electrical shock).

10. Bunuh Diri

Bunuh diri itu termasuk dalam gangguan suasana hati (unipolar dan bipolar) dan orang yang bunuh diri adalah orang yang mengalami gangguan unipolar atau bipolar. Tetapi, karena hubungannya lebih dekat dengan depresi, maka gangguan ini

diuraikan sesudah depresi sebagai subtopik dari gangguan unipolar.

a. Hal-Hal yang Berhubungan dengan Bunuh Diri

Bunuh diri merupakan suatu kenyataan yang terjadi dalam kasus-kasus depresi. Orang-orang yang mengalami depresi yang berat sering melakukan bunuh diri karena mereka merasa putus asa dan tidak berdaya. Depresi tersebut mudah diidentifikasi dengan simtom-simtom klasik, seperti kehilangan selera makan, kehilangan berat badan, insomnia, sembelit, amenorrhea (menstruasi berhenti) kehilangan semangat, merasa cemas, dan merasa bersalah.

b. Perbedaan Gender dan Usia

Dibandingkan dengan pria, wanita memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk berusaha bunuh diri yaitu tiga kali lebih banyak, tetapi pria memiliki kemungkinan berhasil bunuh diri lebih besar tiga kali lebih banyak dibandingkan wanita. Alasan perbedaan jenis kelamin dalam usaha bunuh diri tidak jelas, tetapi ada kemungkinan kaarena wanita lebih banyak menderita depresi

dibandingkan pria, dan depresi memainkan peran utama dalam bunuh diri.

Angka keberhasilan yang lebih tinggi bunuh diri pada pria menunjukkan bahwa pria menggunakan cara yang lebih kasar (senapan, melompat dari bangunan) dibandingkan dengan wanita (mengggunakan obat yang terlalu banyak atau over dosis, menyayat pergelangan tangan); dan semakin kasar teknik yang digunakan, maka semakin berhasil juga usaha bunuh diri itu.

c. Karakteristik-Karakteristik Orang yang Bunuh Diri

Gambaran umum mengenai orang-orang yang berisiko bunuh diri, dan penelitian-penelitian itu perlu diperhatikan. penting diketahui bahwa kebanyakan individu yang bunuh diri tidak memiliki semua atau bahkan sebagian terbesar dari karakteristik-karakteristik ini.

Sejak zaman Hippokrates, perhatian difokuskan pada akibat-akibat dari cuaca pada kondisi-kondisi psikogis pada umumnya, dan bunuh diri pada khususnya. Pada awal tahun 1897, suatu survei terhadap banyak negara di Eropa menunjukkan

bahwa masa enam bulan yang terpanas memiliki angka bunuh diri yang lebih tinggi dibandingkan masa enam bulan yang terdingin (Durkheim, 1897/1951) Angka itu akan meningkat perlahan-lahan dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni, dan kemudian menurun. Penemuan-penemuan yang lebih baru adalah cocok dengan penemuan-penemuan di atas dan menunjukkan bahwa puncak bunuh diri terjadi pada akhir musim semi atau awal musim panas (Pokomy, 1968).

Alasan untuk pola ini tidak jelas, tetapi ada kemungkinan bahwa optimisme yang dialami banyak orang pada musim semi sangat bertentangan dengan depresi dan keputusan yang dirasakan oleh orang-orang yang bunuh diri. Pertentangan itu mungkin meningkatkan keputusan mereka dan menambah kemungkinan untuk bunuh diri, tetapi penjelasan ini hanya merupakan spekulasi.

d. Penyebab

Untuk menjelaskan apa yang menyebabkan orang bunuh diri, di sini akan uraikan 4 macam pendekatan,

1) Pendekatan Psikodinamik

Bunuh diri disebabkan oleh bermacam-macam yaitu: (1) Melepaskan perasaan-perasaan agresif terhadap objek yang hilang yang sudah menjadi bagian dari dirinya sendiri. Atau juga insting mati akan mengakibatkan bunuh diri (Freud); (2) Konflik dan stres; serta (3) Fantasi. Psikoanalisis. Freud pernah menulis bahwa bunuh diri dapat dilihat sebagai pembunuhan yang tersamar.

2) Pendekatan Belajar

Memusatkan perhatian pada faktor-faktor mendasar yang menyebabkan seorang individu bunuh diri, para ahli teori belajar mencurahkan perhatian yang sangat banyak pada proses-proses yang mempercepat bunuh diri segera setelah individu itu termotivasi untuk melakukan bunuh diri. Dalam hal ini, para ahli teori belajar menunjukkan peran yang dimainkan oleh imitasi dan pengaruh tingkah laku yang buruk

3) Pendekatan Kognitif

Beberapa orang yang tidak terampil memecahkan masalah secara kognitif belum siap untuk menanggulangi masalah tersebut. Pendekatan kognitif terhadap bunuh diri mengemukakan bahwa jika orang-orang itu hams menghadapi masalah-masalah yang menimbulkan stres, mereka mengembangkan sikap putus asa dan pada akhirnya bunuh diri karena mereka tidak melihat alternatif yang lain. Dalam pendekatan ini, keterampilan-keterampilan memecahkan masalah yang tidak efektif dan keputusan merupakan mata rantai antara stres dan bunuh diri.

4) Pendekatan Fisiologis

Karena depresi ada hubungannya dengan bunuh diri, maka tidak mengherankan kalau tingkat-tingkat neurotransmitter yang rendah itu ada hubungannya dengan bunuh diri.

Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa ada bukti untuk pengaruh genetik terhadap bunuh diri. Tetapi, dalam mempertimbangkan penemuan-penemuan ini, tidak boleh disimpulkan bahwa ada

suatu gen untuk bunuh diri. Ada kemungkinan bahwa beberapa depresi diwariskan dan depresi itu kemudian menyebabkan bunuh diri. Dengan kata lain, gen mungkin ikut menyebabkan bunuh diri, tetapi akibat dari gen itu mungkin ditengahi oleh depresi.

11. Gangguan-gangguan Psikofisiologis lainnya

Gangguan-gangguan psikofisiologis adalah kondisi-kondisi di mana konflik- konflik psikis atau psikologis dan kecemasan-kecemasan menjadi penyebab dari timbulnya bermacam-macam penyakit fisik atau malahan membuat penyakit fisik yang sudah ada semakin lebih parah. Adanya kesadaran bahwa faktor-faktor psikologis ikut menyebabkan banyak gangguan fisik melahirkan suatu bidang pengetahuan yang baru, yakni psikologi kesehatan di mana para psikolog berusaha mengidentifikasi, mencegah, dan merawat faktor-faktor psikologis yang menyebabkan penyakit fisik.

Konflik-konflik batin (psikis atau psikologis) dan kecemasan-kecemasan hebat bisa menjadi penyebab dari munculnya bermacam-macam penyakit fisik. Dalam hal ini, ada kegagalan pada sistem saraf dan

sistem fisik untuk menyerap atau memperingankan konflik dan kecemasan fisik tersebut. Kejadian ini dikenal sebagai gangguan psikofisiologis. Singkatnya kondisi psikis atau jiwa menentukan timbulnya penyakit fisik. Sebagai contoh, oleh rasa ketakutan yang hebat, maka detak jantung menjadi sangat cepat dan ada kelelahan yang ekstrem dari reaksi astenik. Detak jantung yang cepat dan reaksi astenik itu benar-benar merupakan simtom fisiologis atau jasmaniah yang disebabkan oleh konflik-konflik emosional yang sifatnya psikologis. Reaksi fisik itu bisa mengena pada alat pemapasan, alat pencernaan, lambung perut, sistem-sistem peredaran darah dan kelenjar serta persendian, atau juga kulit, limpa, jantung, dan lain-lain.

Sistem organ tertentu yang akan terpengaruh oleh reaksi psikofisiologis tergantung pada: (1) Sistem konstitusional tertentu mungkin lemah; (2) Penyakit dan kecelakaan-kecelakaan sebelumnya yang diderita oleh yang bersangkutan; (3) Adanya suatu penyakit yang menyerang sistem organ dalam sanak keluarga penderita; (4) Sifat dari stres emosional; (5) Arti simbolis dari sistem organ tertentu bagi penderita; dan (6) Keuntungan sekundayang mungkin diperoleh

penderita melalui simtom yang dipilih (Gaerlan, etal., 1969, 142).

Dengan demikian, dapat dipahami bahwa setiap fungsi fisik (organik) yang terganggu oleh emosi-emosi yang kuat bisa menjadi basis bagi timbulnya bermacam-macam gangguan psikofisiologis.

Ada dua hal yang perlu dikemukakan di sini, yakni: Pertama, ada perbedaan antara gangguan-gangguan psikofisiologis dan gangguan-gangguan yang telah dibicarakan sebelumnya, yakni gangguan-gangguan somatoform.

Dalam gangguan psikofisiologis, **faktor-faktor psikologis benar-benar menyebabkan gangguan-gangguan fisik**. Misalnya, stres psikologis yang lama dapat menyebabkan produksi asam lambung bertambah dan asam tersebut dapat menyebabkan ulser (lubang pada dinding lambung). Sebaliknya, dalam gangguan-gangguan somatoform, faktor-faktor psikologis menyebabkan simtom gangguan fisik tetapi tidak ada gangguan-gangguan fisik yang aktual (tidak ada jaringan jaringan yang rusak). Misalnya, seorang individu yang menderita gangguan konversi mungkin

akan mengalami kelumpuhan pada lengan, tetapi saraf-sarax o atau tulang lengan tidak rusak.

Kedua, fakta bahwa faktor-faktor psikologis, seperti stres, dapat mempengaruhi fisiologis merupakan perimbangan yang menarik terhadap penemuan di mana faktor-faktor fisiologis, seperti neurotransmitter, dapat mempengaruhi fungsi psikologis.

a. Stres

Stres terjadi apabila individu terpaksa memberikan respons terhadap perubahan-perubahan yang melemahkan individu sedemikian rupa sehingga dia harus memberikan respons dengan lebih hebat lagi atau dalam jangka waktu yang lebih lama. Dengan kata lain, stres adalah akibat samping penyesuaian diri untuk berubah. **Respons Kognitif** Stres adalah faktor psikologis utama yang ikut menyebabkan gangguan-gangguan fisik.

Respons Fisiologis terhadap stresor psikologis sangat penting dalam uraian ini karena respons fisiologis merupakan dasar untuk penyakit. Dalam kebanyakan kasus, faktor yang sangat penting adalah respons fisiologis terhadap stresor dapat menyebabkan peningkatan rangsangan,

seperti denyut jantung, tekanan darah, tegangan otot meningkat dan produksi asam lambung yang bertambah banyak. **sistem saraf pusat dan sistem saraf pinggir**. Sistem saraf pusat terdiri dari otak serta urat saraf tulang belakang, dan fungsinya yang utama adalah menafsirkan informasi dan memprakarsai respons-respons. Sebaliknya, sistem saraf pinggir adalah semua hubungan saraf yang tidak terdapat dalam otak serta urat saraf tulang belakang, dan fungsi yang utama adalah membawa semua informasi ke dan dari sistem saraf pusat

Katekolamin yang Beredar versus Katekolamin Pusat. Seperti diketahui bahwa epinefrin dan norepinefrin memainkan peranan yang penting dalam respons terhadap stres karena keduanya menyebabkan denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Epinefrin dan norepinefrin adalah katekolamin dan bila mereka berada dalam aliran darah, maka mereka disebut katekolamin-katekolamin yang beredar (circulating catecholamines). Pada waktunya nanti akan dibicarakan katekolamin dalam hubungannya dengan depresi dan skizofrenia. Secara khusus dapat

dikemukakan bahwa tingkat norepinefrin yang rendah akan mengakibatkan depresi; dan tingkat dopamin (juga katekolamin) yang tinggi akan menyebabkan skizofrenia.

b. Peptic Ulcer

Peptic ulcer (penyakit lambung atau maagzweer) adalah borok bernanah pada alat pencernaan. Asal mula dari peptic ulcer itu berupa peradangan karena asam lambung terlalu banyak (hiperasiditas atau hyperacidity) dengan konsentrasi yang sangat kuat dalam usus 12 jari atau deodenum. Banyak orang yang berhasil dalam masyarakat dan orang-orang yang sangat ambisius serta orang-orang yang bersifat agresif menderita penyakit peptic ulcer ini. Hal ini mudah dipahami karena mereka selalu dihindangi oleh konflik-konflik emosional dan tegangan-tegangan yang lebih banyak daripada orang-orang biasa oleh ambisinya yang meluap-luap, usaha dan aktivitasnya yang banyak, serta kemauan yang keras, dan sering berkonflik dengan orang yang ada di sekitarnya.

Oleh karena banyak terjadi konflik dalam diri sendiri (konflik intern) dan sering berbenturan dengan norma-norma sosial sehingga terjadi juga konflik ekstern, maka tidak jarang terjadi orang-orang ini mempergunakan defense mechanism yang salah, misalnya kecemasan (anxiety) dan psikosomatisme.

1) Penyebab

Peptic ulcer disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kadar asam lambung (terutama asam hidroklorik dan pepsina) yang dihasilkan untuk menghancurkan zat-zat makanan, dan kadar mukosa yang dihasilkan untuk menetralkan asam; dan dengan demikian, melindungi dinding-dinding alat pencernaan makanan. Apabila kadar asam terlalu tinggi karena terlalu banyak asam yang dihasilkan atau mukosa yang dihasilkan tidak mencukupi, maka asam itu akan menggerogoti dinding-dinding usus sehingga terjadilah apa yang dinamakan ulcer.

Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa penelitian selalu menunjukkan suatu Predisposisi untuk menghasilkan asam lambung yang berkadar tinggi ditambah dengan stres menyebabkan terjadinya perkembangan ulcer. Dengan demikian, ada hubungan antara predisposisi, stres, dan ulcer

2) Perawatan

Operasi dan caranya ialah dengan mengeluarkan bagian lambung atau usus yang mengalami gangguan ulcer. Teknik tersebut jelas menghilangkan ulcer, tetapi tidak menghilangkan masalah-masalah yang mendasarinya (produksi asam dan stres) sehingga sangat mungkin suatu saat ulcer akan kambuh lagi.

Memotong sebagian saraf vagus yang merangsang produksi asam tetapi perawatan yang ekstrem ini jarang digunakan.

Menggunakan obat-obat antacid untuk menetralsisir asam lambung yang berlebihan dan menggunakan obat simetidin yang menghalangi transmisi saraf ke lambung serta

mengurangi 70 sampai 80% asam lambung. Teknik ini efektif dan dapat digunakan untuk jangka waktu yang lama oleh individu-individu yang biasanya menghasilkan asam lambung yang berlebihan atau selalu berada dalam keadaan stres.

sering menggunakan bermacam-macam program latihan penanganan stres di mana individu diajarkan cara bagaimana menghindari stres atau mengontrol stres.

c. Cardiac Neurosis

Istilah cardiac neurosis (neurosis jantung) digunakan untuk menggambarkan sejumlah simtom yang berhubungan dengan jantung dan penyebabnya adalah psikogenik. Simtom-simtomnya adalah jantung berdebar (takikardia atau tachycardia), napas pendek (dispnea atau dyspnea), kejang, sakit, dan terjadinya bunyi desiran yang abnormal.

Karena simtom-simtom ini juga terjadi pada penyakit jantung organik, maka harus diadakan pemeriksaan medis secara teliti sebelum gangguan dapat didiagnosis sebagai

gangguan psikosomatik. Diagnosis cardiac neurosis tidak dapat diadakan kecuali ditemukan secara positif adanya konflik dan tegangan emosional. Pengalaman-pengalaman yang sering kali mempercepat cardiac neurosis adalah pernyataan dokter yang cemas akan kondisi jantung penderita, atau penderita memperoleh hasil pemeriksaan fisik yang jelek, terjadinya penyakit jantung (dan mungkin meninggal secara tiba-tiba) pada teman atau anggota keluarga penderita, dan simtom penyakit jantung yang muncul secara tiba-tiba dan tidak terduga (mungkin hanya sebentar saja) yang disebabkan karena sesuatu yang lain, seperti minum kopi dan mengisap rokok secara berlebihan. penyebab ini akan menimbulkan cardiac neurosis hanya pada orang-orang yang menderita kecemasan dasar yang hebat dan terlalu menaruh perhatian yang besar pada fungsi dari tubuh.

RINGKASAN

Penyesuaian diri dalam artinya yang pertama disebut juga penyesuaian diri yang autoplastis (dibentuk sendiri), sedangkan penyesuaian diri yang kedua disebut penyesuaian yang aloplastis (Alo = yang lain). Jadi penyesuaian diri ada artinya yang “pasif“, di mana kegiatan kita ditentukan oleh lingkungan, dan arti yang “aktif” di mana kita dipengaruhi lingkungan. (Geruangan. 2004 : 60)

Proses penyesuaian diri adalah proses belajar dari lingkungan. Sigmund Freud mengemukakan tentang pentingnya pengalaman fase anak-anak, yang akan berpengaruh pada masa remaja hingga dewasa. (Ricardo Nelson, Jones, 2011: 70)

Neurosis yang bisa juga kadang-kadang disebut psikoneurosis dan gangguan jiwa (untuk membedakannya dengan psikosis atau penyakit jiwa. Menurut Singgih Dirgagunarsa (1978), neurosis adalah gangguan yang terjadi hanya pada sebagian dari kepribadian, sehingga orang yang mengalaminya masih bisa melakukan pekerjaan-pekerjaan biasa sehari-hari atau masih bisa belajar, dan jarang memerlukan perawatan khusus di rumah sakit.

Dali Gulo (1982), berpendapat bahwa neurosis adalah suatu kelainan mental, hanya memberi pengaruh pada sebagian kepribadian, lebih ringan dari psikosis, dan seringkali ditandai dengan : keadaan cemas yang kronis, gangguan-gangguan pada indera dan motorik, hambatan emosi, kurang perhatian terhadap lingkungan, dan kurang memiliki energi fisik, dst., menurut W.F. Maramis(1980), adalah suatu kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak diselesaikan suatu konflik tidak sadar

DAFTAR PUSTAKA

- Arroisi, Jarman dan Zhoofiroh, Z.A. 2020. *Terapi Psikoneurosis Perseptif Ustman Najati*. Jurnal Studi Keislaman Vol 20 No 2.
- Aulia, Fitri. 2014. *Penyesuaian Diri Anak Luar Biasa (Studi Kasus Ade Irawan, Juara Pianis Tunanetra Indonesia)*. Jurnal Madrasah Vol 6 No 2.
- Habibah, Nur. 2018. *Tes Intelegensi (Modul Pratikum)*. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.
- Karlina, Dwi. 2018. *Laporan Kasus: Gangguan Disosiasi (Konversi)*. Jurnal Majalah Kedokteran UKI Vol XXXIV No 3.
- Rusdayanti, I.G.A.D dan Budisetyani I.G.A.P.W. 2019. *Penyesuaian Diri Anak Berbakat Intelektual Dengan Pola Asuh Otoritarian*. Jurnal Psikologi Udayana Vol 6, No 2.
- Sadiyah, S.I. 2009. *Pengaruh Penerimaan Orang Tua Tentang Kondisi Anak Terhadap Aktualisasi Diri Anak Penyandang Cacat Fisik Di Slb D Ypac Cabang Semarang Tahun 2009*. Semarang: Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang.
- Sampurno, R.A.K. 2012. *Efektivitas Terapi Kognitif – Perilaku (Cognitive Behavior Therapy) Untuk Meningkatkan Pikiran Rasional Pasien Somatoform Di Poli Jiwa Rumah Sakit Saiful Anwar Malang*. Malang: Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.

- Sarayar, A.M. dkk. 2014. *Potensi Psikobiotik Sebagai Terapi Alternatif Gangguan Depresif Mayor*. Jurnal JIMKI Vol 2 No 2.
- Semiun, Yustinus. 2006. *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Siregar, S.W. 2019. *Penyesuaian Diri Anak Luar Biasa Dalam Kajian Kesehatan Mental*. Jurnal Al-Mau'izhah Ilmu Keislaman dan Ilmu-Ilmu Sosial Vol 5 No 1.
- Sularyo, T. S dan Kadim M. 2000. *Retardasi Mental*. Jurnal Sari Pediarti Vol 2 No 3.

Kesehatan mental merupakan terwujudnya keserasian yang sungguh-sungguh antara fungsi-fungsi kejiwaan dan terciptanya penyesuaian diri antara manusia dengan dirinya dan lingkungannya. Kesehatan mental adalah kesesuaian diri dengan lingkungannya serta tumbuh dan berkembang secara positif serta matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab dan memelihara aturan sosial di dalam lingkungannya. Stres adalah ketidakmampuan individu menghadapi ancaman baik secara mental, fisik, emosional dan spiritual, yang pada suatu saat dapat berpengaruh pada kesehatan fisik manusia tersebut. Selain itu stres juga didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap situasi atau kondisi yang ada disekitar lingkungan. Stres sudah menjadi bagian dari kehidupan yang tidak dapat dihindari dan selalu muncul dalam kehidupan sehari-hari baik di lingkungan keluarga, sekolah, kerja, dan dimanapun individu berada.

Pandemi COVID-19 merupakan krisis kesehatan yang berdampak hampir di seluruh dunia. Kondisi pandemi ini dapat menyebabkan dampak pada kesehatan mental masyarakat. COVID-19 (Corona Virus Infection Disease 2019) telah dinyatakan sebagai pandemi dunia oleh WHO dan juga telah dinyatakan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana melalui Keputusan Nomor 9A Tahun 2020 diperpanjang melalui Keputusan Nomor 13A tahun 2020 sebagai Status Keadaan Tertentu Darurat Bencana Wabah Penyakit Akibat Virus Corona di Indonesia. COVID-19 adalah penyakit saluran napas yang disebabkan oleh virus corona jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. COVID-19 pertama kali ditemukan di Wuhan, China pada akhir tahun 2019 dan dikenal dengan nama Novel Corona Virus 2019 atau SARS-CoV-2. COVID-19 dapat mengenai siapa saja, tanpa memandang usia, status sosial ekonomi dan sebagainya. Tidak bisa dipungkiri adanya wabah COVID-19 menjadi sebuah stressor yakni peristiwa atau situasi yang menggambarkan adanya ancaman atau hilangnya sumber daya aktual. Kondisi lingkungan yang sedang dalam wabah bencana COVID-19 ini akan berinteraksi dan berdampak langsung dalam berbagai domain kehidupan. Kebijakan yang Pemerintah keluarkan bukan pemicu langsung dari suatu masalah tetapi melibatkan kerentanan yang secara tidak langsung terkait dengan masalah. Misalnya social distancing, study from home, work from home, dan pada dinamika keluarga.

Penerbit :

Universitas Islam Kalimantan
Muhammad Arsyad Al -Banjary

Alamat :

Gedung A UPT Publikasi dan Pengelolaan Jurnal
Universitas Islam Kalimantan
Muhammad Arsyad Al-Banjary

Jl. Adhyaksa No. 2 Kayutangi
Banjarmasin, Kalimantan Selatan
Telepon : 0511 - 3304352
FAX : 0511

ISBN 978-623-7583-86-8

