

**BAHAN AJAR**  
**“PSIKPATOLOGI”**



**OLEH : YENY DURINNAWIJAYA M. Psi (PSIKOLOG)**

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI**  
**FAKULTAS PSIKOLOGI**  
**UNIVERSITAS ESA UNGGUL**  
**JAKARTA**

**UNTUK KALANGAN SENDIRI**  
**2020**

# BAB I

## PSIKOLOGI ABNORMAL

### 1. Pengertian

Salah satu hal yang mengindikasikan abnormalitas adalah kondisi emosional. Dikatakan abnormal apabila kondisi emosional seseorang tidak sesuai dengan situasi yang dihadapi. Abnormalitas juga dapat dilihat dari besarnya masalah yang muncul. Ahli kesehatan mental menggunakan berbagai kriteria dalam menilai apakah suatu perilaku abnormal atau tidak.

Kriteria yang dipakai meliputi:

1. *Perilaku yang tidak biasa (unusualness)*. Perilaku yang tidak biasa sering kali dianggap abnormal. Hanya beberapa dari kita yang melaporkan melihat atau mendengar sesuatu yang tidak sungguh-sungguh ada di dunia nyata; “melihat” dan “mendengar” sesuatu hampir selalu dianggap sebagai perilaku abnormal dalam budaya kita, tetapi hal tersebut terkadang dianggap normal dalam pengalaman spiritual tertentu.
2. *Deviasi Sosial (social deviance)*. Dalam setiap masyarakat, terdapat norma (standar) yang berlaku dan menjelaskan perilaku yang dapat diterima dalam konteks tertentu. Perilaku yang dianggap normal di sebuah masyarakat mungkin dianggap tidak normal di sebuah masyarakat mungkin dianggap tidak normal oleh masyarakat lainnya.
3. *Persepsi atau interpretasi yang keliru terhadap realitas (faulty perceptions or interpretations of reality)*. Umumnya, sistem sensoris dan proses kognitif memungkinkan kita untuk membentuk representasi mental yang akurat dari lingkungan sekitar kita. Melihat sesuatu atau mendengar suara yang tidak nyata dianggap sebagai halusinasi, yang dalam budaya kita umumnya dianggap sebagai tanda adanya gangguan mental
4. *Mengalami distress personal yang signifikan (significant personal distress)*. Kondisi stress personal seperti kecemasan, ketakutan maupun depresi dapat dianggap abnormal. Meskipun demikian, kecemasan dan depresi seringkali merupakan reaksi yang tepat dari situasi tertentu. Ancaman dan kehilangan benar-benar terjadi di dunia nyata dan tidak adanya respons emosional terhadap ancaman dianggap sesuatu yang abnormal.
5. *Perilaku maladaptif atau self-defeating (maladaptive or self-defeating behavior)*. Perilaku yang mengarah pada ketidakbahagiaan alih-alih pada *self-fulfillment* dapat dianggap sebagai perilaku abnormal. Perilaku yang membatasi kemampuan seseorang untuk bertindak sesuai dengan perannya

atau perilaku yang membatasi seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungannya, juga dianggap sebagai perilaku abnormal. Berdasarkan definisi tersebut, penggunaan alkohol berlebihan hingga mengganggu kesehatan dan fungsi sosial dan pekerjaan seseorang dapat dikatakan sebagai perilaku abnormal.

6. *Perilaku berbahaya (dangerousnes)*. Perilaku yang membahayakan diri sendiri dan orang lain juga dapat dianggap sebagai perilaku abnormal. Dalam kasus ini konteks sosial juga penting untuk dipertimbangkan.

## 2. Perspektif kotemporer tentang perilaku abnormal.

### 1. Perspektif biologis

Berlawanan dengan kemajuan ilmu kedokteran saat itu, seorang dokter berkebangsaan Jerman, Wilhelm Griesinger (1817-1868) bersikeras bahwa akar masalah perilaku abnormal adalah adanya masalah otak pada penderita. Pendapat Griesinger kemudian memengaruhi seorang dokter berkebangsaan Jerman lainnya yaitu Emil Kraepelin (1856-1926) yang menulis buku terkemuka pada tahun 1883. Dalam buku tersebut Kraepelin menyatakan bahwa gangguan mental sama dengan penyakit fisik. Griesinger dan Kraepelin membuka jalan bagi model medis modern, yang mencoba menjelaskan bahwa perilaku abnormal disebabkan oleh adanya kerusakan atau abnormalitas biologis, bukan disebabkan oleh roh jahat.

### 2. Perspektif Psikologis

Seorang neolog asal Paris, Jean-Martin Charcot (1825-1893), melakukan eksperimen dengan hipnotis untuk menangani histeria. Charcot dan rekannya menunjukkan bahwa simtom-simtom yang dialami oleh pasien histeria dapat dihilangkan atau sebaliknya, diinduksikan ke pasien normal melalui hipnosis. Freud yang menyaksikan demonstrasi tersebut berpendapat bahwa apabila gejala histeria dapat dimunculkan maupun dihilangkan melalui hipnosis-salah satu bentuk "sugesti pikiran" –berarti histeria berasal dari masalah psikologis, bukan biologis. Freud menyimpulkan bahwa faktor psikologis apa pun yang menyebabkan histeria pasti berasal dari luar alam sadar manusia.

### 3. Perspektif Sosiokultural

Pengamatan yang dilakukan oleh para teoritikus sosiokultural juga mendapati bahwa begitu seseorang diberikan label "sakit jiwa", label tersebut sangat sulit untuk dihilangkan. Orang-orang dengan label sakit jiwa diberi stigma dan dimarjinalkan. Kesempatan mereka untuk mendapatkan pekerjaan hilang,

pertemanan mereka hancur, hingga akhirnya sang pasien merasa terasing di masyarakat.

#### 4. Perspektif Biopsikososial

Perspektif mengenai gangguan psikologis tidak hanya menyediakan kerangka untuk dapat menjelaskan gangguan yang dimaksud, tetapi juga untuk menemukan penanganannya. Perspektif yang digunakan oleh para ilmuwan ini akan menghasilkan sebuah prediksi atau hipotesis yang memandu penelitian atau analisis mereka mengenai sebab an penanganan perilaku abnormal. Contohnya adalah model medis, memicu munculnya metode penanganan genetik dan biokimia.

## BAB II

### DIAGNOSIS MULTI AKSIAL

Diagnosis gangguan psikologis maupun mental merupakan cara untuk mengklasifikasikan pola-pola perilaku abnormal berdasarkan ciri atau somtom umum yang dimiliki. Perilaku abnormal sendiri telah diklasifikasikan sejak zama dahulu. *Hipocrates* mengklasifikasikan perilaku abnormal berdasarkan teori *humor* (cairan tubuh) yang ia kemukakan.

Emil Kraeplin, klinisi berkebangsaan Jerman yang hidup di abad ke-19, adalah teoritikus modern pertama yang mengembangkan model klasifikasi perilaku abnormal yang lengkap dan menyeluruh berdasarkan ciri atau simtom khusus yang diasosiasikan dengan pola perilaku abnormal. Sistem klasifikasi yang umumnya digunakan saat ini sebagian besar merupakan pengembangan dan penyempurnaan hasil karya Kraeplin : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* dipublikasikan oleh the *American Psychiatric Association*

DSM diperkenalkan pada tahun 1952. Versi terbarunya, yakni DSM-5, dipublikasikan pada tahun 2013. DSM digunakan secara umum di Amerika Serikat; namun, panduan diagnosis yang secara umum digunakan di seluruh dunia adalah *International Statisticall Clasification of Diseases and Related health Problem (ICD)* yang saat ini sudah mengalami revisi ke sepuluhnya (*ICD-10*). ICD dipublikasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan berisi panduan diagnosis gangguan fisik serta mental. DSM memiliki kecocokan dengan ICD sehingga diagnosis DSM juga tertera dalam sistem ICD.

#### **PPDGJ (Pedoman Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa)**

PPDGJ merupakan buku pedoman mengenai penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia. PPDGJ ini diterbitkan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa, Depkes RI. Dan PPDGJ ini mengacu pada dua “rujukan” diagnosis internasional lainnya. Sumber PPDGJ yg pertama adalah *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)* yg dibuat *American Psychiatric Association (APA)*.

Pedoman diagnostik disusun berdasarkan atas jumlah dan keseimbangan gejala-gejala, yang biasanya ditemukan pada kebanyakan kasus untuk menegaskan suatu diagnosis pasti

Pedoman ini disusun sedemikian rupa agar luwes dalam penggunaan untuk menetapkan diagnosis dalam klinik, misalnya pada pencantuman lamanya gejala, ini dimaksudkan sebagai suatu petunjuk umum dan bukan merupakan persyaratan yang ketat. Para klinisi selayaknya menggunakan penilaian mereka sendiri tentang pemilihan diagnosa yang cocok, bila lamanya gejala itu lebih panjang atau lebih pendek dari yang telah ditentukan.

Apabila syarat-syarat yang tercantum dalam pedoman diagnostik dapat terpenuhi, maka diagnosis dapat dianggap pasti. Namun bila hanya sebagian saja terpenuhi, maka diagnosis masih bermanfaat direkam untuk berbagai tujuan.

Keadaan ini sangat tergantung kepada pembuat diagnosis dan para pemakai lainnya untuk menetapkan apakah akan merekam suatu diagnosis pasti atau diagnosis dengan tingkat kepastian yang lebih rendah ( misalnya : diagnosis sementara, bila masih akan ada informasi tambahan, atau diagnosis tentatif, bila informasi tersebut tidak akan diperoleh lagi).

Deskripsi klinis dari pedoman diagnostic ini tidak mengandung implikasi teoritis, dan bukan merupakan pernyataan yang komprehensif mengenai tingkat pengetahuan yang mutakhir dari gangguan tersebut. Pedoman ini hanya merupakan suatu kumpulan gejala dan konsep yang telah disetujui oleh sejumlah besar pakar dan konsultan dari berbagai negara, untuk dijadikan dasar yang rasional dalam memberikan batasan terhadap kategori-kategori diagnosis dan diagnosis gangguan jiwa. Disarankan agar para klinisi mengikuti anjuran umum untuk mencatat sebanyak mungkin diagnosis yang mencakup seluruh gambaran klinis.

Bila mencantumkan lebih dari satu diagnosis, diagnosis utamadiletakkan paling atas dan selanjutnya diagnosis lain sebagai tambahan. Diagnosis utama dikaitkan dengan kebutuhan tindakan segera atau tuntutan pelayanan terhadap kondisi pasien saat ini atau tujuan lainnya. Bila terdapat keraguan mengenai urutan untuk merekam beberapa diagnosis, atau pembuat diagnosis tidak yakin tentang tujuan untuk apa informasi itu akan digunakan, agar mencatat diagnosis menurut urutan numerik dalam klasifikasi

## **BAB III**

### **INTERVIEW KLINIS**

#### **1. Pengertian**

Interview yang dimaksud seperti bentuk percakapan yang mengarah pada informasi klinis tentang klien, dan dengan mudah untuk berkomunikasi dengan klien dan dalam konteks untuk membantu klien.

#### **Jenis-jenis interview:**

- Intake interview: interview klinis terjadi ketika klien datang untuk pertama kalinya ke klinisi karena ada masalah dalam hidupnya.
- Problem Identification interview : pada saat intake interview juga ditujukan untuk melakukan identifikasi masalah pada klien. Di dalam situasi klinis ketika bekerja sedang klien interview difokuskan untuk mengidentifikasi atau mengelaborasi masalah klien
- Orientation interview: orientasi interview bisa dilakukan untuk melakukan asesmen, tretmen atau prosedur penelitian
- Termination Interview : interview terminasi dapat membantu klien mengatasi kecemasan dan menyimpulkan dan menginterpretasikan dari hasil asesmen
- Interview krisis : dalam kondisi tertentu mungkin akan dilakukan interview klinis. interview ini termasuk fasilitas klinis atau hotline call servis, misalnya untuk mencegah bunuh diri atau permasalahan yang mendesak lainnya.

#### **Proses interview:**

- **Awalan interview** : proses untuk memulai interview dan mulai membangun kepercayaan kepada klien. Pada tahap ini diharapkan klien akan bersedia terbuka kepada klinisi dan mau menceritakan masalahnya yang sedang dihadapi.
- **Pertengahan interview:** setelah klien sudah percaya kepada terapis atau klinisi maka memulai untuk melakukan interview lebih dalam lagi untuk menggali masalah klien. Bisa dengan nondirective interview atau directive-interview. (directive teknik dan non-directive technic)
- **Penutup interview** : pada tahap ini klinisi menyimpulkan proses yang sudah dilakukan dengan klien dengan formulasi solusi yang mudah

dipahami klien dan rencana selanjutnya dengan klinisi. Atau tugas yang harus dilakukan oleh klien.

**Jenis Komunikasi dalam interview**

- Komunikasi verbal
- Komunikasi non-verbal: penampilan fisik, pergerakan tubuh/gesture, kontak mata, ekspresi muka, munculnya emosi, cara berbicara (intonasi, kecepatan, bloking/tdk, sleep of tongue, dll)

## **BAB IV**

### **GANGGUAN KEPRIBADIAN**

#### **1. Pengertian Gangguan Kepribadian**

Gangguan kepribadian ditandai dengan pola-pola perilaku dan cara-cara berhubungan dengan orang lain yang terlalu kaku dan maladaptif yang kualitas emosional yang berlebihan dan impulsivitas (Clark, 2009) sifat-sifat bermasalah ini akan semakin jelas saat remaja atau awal masa dewasa. Sifat-sifat ini akan terus berlanjut selama kehidupan dewasa dan menjadi semakin tertanam sehingga sering kali sangat sulit untuk diubah. Tanda-tanda peringatan gangguan kepribadian bisa muncul dimasa kanak-kanak berdasarkan perilaku-perilaku bermasalah yang melibatkan tingkah laku yang terganggu depresi, kecemasan, dan ketidakdewasaan. Perkiraan sebanyak 6-10 populasi umum diyakini memiliki gangguan kepribadian (Samuels, 2011).

Orang dengan gangguan kepribadian sering gagal melihat bagaimana perilakunya sendiri sangat mengganggu kehidupan mereka. Mereka bisa menyalahkan orang lain atas masalah yang mereka miliki, alih-alih bercermin pada diri sendiri. Meski perilakunya memiliki konsekuensi yang merugikan dirinya sendiri, orang dengan gangguan kepribadian biasanya tidak percaya bahwa mereka harus berubah. DSM mencatat bahwa orang dengan gangguan kepribadian cenderung menerima sifat-sifat mereka sebagai ego sintorik – sebagai bagian alami dari dirinya. Akibatnya orang dengan gangguan kepribadian lebih mungkin dibawa ke ahli kesehatan mental oleh orang lain dibanding melayani diri sendiri.

DSM mengelompokkan gangguan kepribadian dalam tiga kelompok:

- Kelompok A : Orang yang dianggap aneh atau eksentrik. Kelompok ini meliputi gangguan kepribadian paranoid, skizoid, dan skizopital.
- Kelompok B : Orang yang perilakunya terlalu dramatis, emosional, atau tidak menentu (berubah-ubah) pengelompokan ini terdiri dari gangguan kepribadian.

- kelompok C : Orang yang sering tampak cemas dan ketakutan kelompok ini meliputi gangguan kepribadian menghindar ,dependen (ketergantungan) dan obsesif- kompulsif.

## **2. Gangguan Kepribadian Yang Ditandai Dengan Perilaku Aneh Dan Eksentrik**

Kelompok gangguan kepribadian ini mencakup gangguan paranoid ,skizoid dan skizopital. Orang dengan gangguan ini sering kali kesulitan berhubungan dengan orang lain atau menunjukkan sedikit minat atau tidak sama sekali dalam menumbuhkan hubungan sosial. Berikut akan dibahas gangguan paranoid dan skizoid.

### **A. GANGGUAN KEPERIBADIAN PARANOID**

ciri menandakan gangguan kepribadian paranoid (paranoid personality disorder) adalah kecurigaan yang pevasif-kecenderungan untuk menafsirkan perilaku orang lain sebagai hal mengancam atau merendahkan .Orang dengan gangguan ini terlalu curiga kepada orang lain sehingga hubungan mereka pun terancam. Meskipun mungkin curiga pada rekan kerja dan atasan,mereka umumnya bisa tetap memiliki pekerjaan.

Orang-orang yang memiliki gangguan kepribadian paranoid cenderung terlalu sensitif terhadap kritik, entah itu nyata atau hanya imajinasi. Mereka akan tersinggung dengan hinaan sekecil apapun. Mereka mudah marah dan menyimpan dendam saat merasa telah diperlakukan secara buruk. Mereka cenderung tidak percaya kepada orang lain karena percaya bahwa informasi pribadi mungkin bisa digunakan untuk merugikan mereka.

### **B. GANGGUAN KEPERIBADIAN SKIZOID**

Isolasi sosial adalah ciri utama gangguan kepribadian Skizoid. Sering kali digambarkan sebagai penyendiri atau orang yang eksentrik, seseorang dengan kepribadian skizoid kurang tertarik pada hubungan sosial.

Emosi orang ini biasanya tampak dangkal, tetapi tidak sampai tingkat yang ditemukan dalam skizofrenia. Orang dengan gangguan ini jarang (kalaupun pernah) mengalami kemarahan, kesenangan, atau kesedihan yang kuat. Mereka bisa tampak jauh dari orang lain atau menyendiri. Wajah mereka cenderung tidak menunjukkan ekspresi emosional, dan mereka jarang bertukar senyum atau anggukan secara sosial. Mereka tampak masa bodo pada kritik atau pujian dan tampak terikat dalam pemikiran abstrak ketimbang memikirkan orang lain. Meskipun lebih memilih menjaga jarak dari orang lain, mereka menjaga kontak yang lebih baik dengan dunia nyata ketimbang orang dengan skizofrenia. Prevalensi gangguan ini pada populasi umum masih belum diketahui. Pria dengan gangguan ini jarang berkencan atau menikah. Wanita dengan gangguan ini lebih cenderung menerima kelanjutan kelanjutan hubungan romantis dan menikah, tetapi jarang mengawali hubungan atau menumbuhkan ikatan yang kuat dengan pasangannya.

### C. GANGGUAN KEPERIBADIAN SKIZOTIPAL

Orang dengan gangguan kepribadian skizotipal (schizotipal personality disorder) memiliki kesulitan yang persisten dalam menjalin hubungan dekat dengan orang lain serta menunjukkan pola perilaku, perangai, dan pikiran yang tampak ganjil atau aneh, tetapi tidak cukup terganggu (bukan 'lepas dari kenyataan') untuk mendapatkan diagnosis skizofrenia. Orang dengan gangguan kepribadian skizotipal tidak memiliki rasa diri yang koheren. Mereka bisa memiliki konsep diri yang kabur atau tidak memiliki arahan diri (self-direction) (yaitu, tidak tahu kemana tujuannya). Mereka juga kurang mampu berempati, yang menunjukkan kurangnya pemahaman tentang bagaimana perilaku mereka memengaruhi orang lain ataupun salah menafsirkan perilaku atau motif orang lain. Mereka bisa sangat gelisah terutama dalam situasi sosial, bahkan saat berinteraksi dengan orang yang akrab. Mereka memiliki kesulitan dalam membentuk hubungan dekat, atau bahkan hubungan apapun.

Orang dengan gangguan kepribadian skizotipal bisa mengalami persepsi atau ilusi yang tidak biasa, seperti perasaan bahwa anggota keluarga yang sudah meninggal hadir

dalam ruangan. Namun, mereka menyadari bahwa orang tersebut sebenarnya tidak ada. mereka bisa menjadi terlalu curiga pada orang lain atau paranoid akan pemikiran mereka. Mereka bisa mengembangkan self reference (idea of reference) , seperti percaya bahwa orang lain membicarakan dirinya secara diam-diam. Mereka bisa terlibat dalam pikiran magis (magical thinking), seperti percaya bahwa mereka memiliki 'indra keenam' (misalnya, bisa meramal masa depan).

### **3. Gangguan kepribadian yang ditandai dengan perilaku dramatis, emosional, atau tidak menentu (berubah-ubah)**

Kelompok gangguan kepribadian ini meliputi jenis antisosial, ambang, histrionik, dan narsistik. Orang dengan gangguan ini menunjukkan pola perilaku yang berlebihan, tidak dapat diprediksi, atau egosentris; mereka juga kesulitan menjalin dan menjaga hubungan serta menunjukkan perilaku antisosial.

#### **A. GANGGUAN KEPERIBADIAN ANTISOSIAL**

Orang dengan gangguan kepribadian antisosial dalam artian bahwa mereka sering menyalahi hak orang lain, mengabaikan norma dan kebiasaan menunjukkan kurangnya pertimbangan atau ketidakpedulian tanpa perasaan saat menyalahi hak orang lain dan memanipulasi orang lain demi keuntungan pribadi. Kita harus mencatat bahwa mereka tidak “antisosial” dalam konteks menghindari orang lain dalam kesehariannya.

Orang dengan kepribadian antisosial cenderung impulsif dan gagal memenuhi komitmennya kepada orang lain (Swann, et al, 2009). Namun mereka sering menunjukkan persona superfisial dan memiliki kecerdasan yang setidaknya rata-rata. Mereka sering mengalami kecemasan saat menghadapi situasi mengancam dan tidak memiliki perasaan bersalah atau menyesal setelah melakukan pelanggaran (Goldstein et al, 2006, kiehl, 2006). Hukuman mungkin hanya memiliki sedikit pengaruh atau tidak sama sekali terhadap perilaku mereka. Meskipun orang tua dan orang lain selalu menghukum mereka karena kesalahannya, mereka bersikeras dalam menjalani hidup yang tidak bertanggung jawab dan impulsif. Gangguan kepribadian antisosial lebih

sering terjadi pada pria daripada wanita dengan tingkat prevalensi berdasarkan sampel komunitas mulai dari 1% pada wanita sampai hampir 6% pada pria (Cale & Lilienfield 2002).

Para klinisi pernah menggunakan istilah seperti psikopat (psychopath) atau sosiopat (sociopath) untuk menyebut orang yang saat ini diklasifikasikan memiliki kepribadian antisosial- orang yang perilakunya amoral, asosial, dan impulsif serta yang tidak memiliki rasa menyesal dan rasa malu. Beberapa klinisi terus menggunakan istilah ini bergantian dengan kepribadian antisosial. Asal mula kata psikopat berfokus pada pemikiran bahwa ada sesuatu yang salah (patologis) dalam fungsi psikologis dari seseorang. Asal mula kata sosiopat berpusat pada penyimpangan sosial dari seseorang.

## **B. GANGGUAN KEPERIBADIAN AMBANG**

Gangguan kepribadian ambang (borderline personality disorder –BPD) ditandai dengan karakteristik seperti rasa kekosongan yang mendalam, gambaran diri yang tidak stabil, riwayat hubungan yang penuh gejolak dan tidak stabil, perubahan mood yang dramatis, impulsivitas, kesulitan mengatur emosi negatif, perilaku yang melukai diri, dan perilaku bunuh diri yang selalu kambuh.

Orang dengan gangguan kepribadian ambang cenderung tidak yakin dengan identitas pribadinya –Nilai, tujuan, karier, bahkan mungkin orientasi seksual mereka. Ketidakstabilan dalam gambaran diri atau identitas pribadi ini membuat mereka merasa hampa karena kekosongan dan kebosanan. Mereka tidak bisa menoleransi kesendirian dan berusaha keras untuk menghindari perasaan diabaikan. Rasa takut diabaikan membuat mereka menjadi tergantung dan menuntut dalam hubungan pribadinya, tetapi ketergantungan mereka seirngkali mengasingkan orang-orang yang justru mereka andalkan.

Salah satu ciri utama gangguan kepribadian ambang adalah kesulitan mengatur emosi. Orang dengan gangguan kepribadian ambang memiliki perubahan mood yang terbentang mulai dari kemarahan dan mudah tersinggung sampai depresi dan

kecemasan. Mereka cenderung bermasalah dengan rasa sakit emosional yang intens dan perasaan marah yang kronis, yang sering menimbulkan luapan kemarahan. Perasaan kosong dan rasa malu, bersamaan dengan gambaran diri negatif yang sudah berlangsung lama biasa terjadi. (Gunderson, 2011). Mereka seringkali tidak mampu untuk merencanakan tindakannya secara serius terlebih dulu dan akan bertindak impulsif tanpa mempertimbangkan konsekuensinya. Mereka cenderung ingin berkelahi dengan orang lain atau merusak barang. Mereka bisa mengamuk karena tanda penolakan sekecil apapun atau tanpa alasan sama sekali.

### C. GANGGUAN KEPERIBADIAN HISTRIONIK

Gangguan kepribadian histrionik ditandai dengan emosionalitas yang berlebihan dan kebutuhan yang sangat besar untuk menjadi pusat perhatian. Istilah ini berasal dari bahasa latin *histrio* yang berarti “aktor”. Orang dengan gangguan kepribadian histrionik cenderung dramatis dan emosional, tetapi emosi mereka tampak dangkal, berlebihan dan mudah berubah (volatil). Gangguan ini sebelumnya disebut kepribadian histerikal (*hysterical personality*). Orang dengan kepribadian histrionik bisa menjadi sangat kecewa dengan berita tentang kejadian yang menyedihkan dan senang berlebihan pada kejadian yang menyenangkan. Mereka bisa pingsan saat melihat darah atau tersipu saat salah sedikit. Mereka cenderung menuntut agar orang lain memenuhi kebutuhannya akan perhatian dan mengaku-ngaku sebagai korban saat orang lain salah.

Orang dengan kepribadian histrionik bisa tertarik pada profesi seperti modeling atau akting, dimana mereka bisa mendapat sorotan. Terlepas dari keberhasilan yang tampak dari luar, mereka kurang percaya diri dan berusaha keras membuat orang lain terkesan guna meningkatkan harga diri mereka. Jika mereka mengalami kesulitan atau kehilangan tempat untuk mencari perhatian, depresi yang mendalam mungkin akan muncul.

#### D. GANGGUAN KEPRIBADIAN NARSISTIK

Orang dengan gangguan kepribadian narsistik memiliki perasaan diri yang hebat dan kebutuhan yang ekstrem akan kekaguman. Mereka membual tentang prestasinya dan berharap orang lain memperhatikan kualitas khusus mereka, meskipun pencapaian mereka itu biasa saja, dan mereka suka dengan sanjungan. Mereka egois dan kurang berempati terhadap orang lain. Meskipun berbagi ciri tertentu dengan kepribadian histrionik, seperti menuntut agar menjadi pusat perhatian, mereka memiliki pandangan diri yang jauh lebih besar dan tidak begitu melodramatis daripada orang yang memiliki gangguan kepribadian histrionik. Jika dibandingkan dengan mereka yang memiliki gangguan kepribadian ambang, mereka cenderung lebih mampu mengatur pikiran dan tindakannya.

Orang dengan kepribadian narsistik sangat sensitif terhadap tanda penolakan dan kritik sekecil apapun. Cedera narsistik (narcistic injury) ini, begitu disebutnya sangat melukai karena membuka kebal luka psikologis lama. Hubungan interpersonal selalu tegang karena tuntutan yang mereka paksakan kepada orang lain serta kurangnya empati. Mereka memiliki perasaan bahwa mereka berhak memanfaatkan orang lain.

#### 4. Gangguan Kepribadian Yang Ditandai Dengan Perilaku Cemas Atau Takut

Kelompok dengan gangguan kepribadian ini meliputi jenis menghindar, dependen (ketergantungan), dan obsesif-kompulsif. Meskipun ciri gangguan ini berbeda-beda, mereka saling berbagi komponen rasa takut dan cemas

##### A. GANGGUAN KEPRIBADIAN MENGHINDAR

Orang dengan gangguan kepribadian menghindar (avoidant personality disorder) begitu takut akan penolakan dan kritik sehingga biasanya mereka tidak mau terlibat dalam hubungan tanpa adanya jaminan yang kuat tentang penerimaan. Akibatnya mereka mungkin memiliki sedikit hubungan erat di luar keluarga dekat mereka.

Mereka juga cenderung menghindari aktivitas pekerjaan kelompok atau rekreasi karena takut akan penolakan.

Dalam situasi sosial mereka cenderung menyendiri dan menghindari bercakap-cakap dengan orang lain. Mereka takut dipermalukan di depan publik, yaitu pikiran bahwa orang lain mungkin melihat mereka malu, menangis atau bertingkah gugup.

## **B. GANGGUAN KEPRIBADIAN DEPENDEN**

Gangguan kepribadian dependen menggambarkan orang-orang yang memiliki kebutuhan berlebih untuk diurus oleh orang lain. Gangguan ini membuat mereka menjadi sangat patuh dan bergantung dalam hubungannya dan sangat sulit melakukan sesuatu sendiri. Orang-orang dengan gangguan ini merasa sangat sulit melakukan sesuatu sendiri. Anak-anak atau remaja dengan gangguan ini biasanya meminta orangtua mereka untuk memilihkan pakaian, makanan, sekolah atau kuliah.

Gangguan kepribadian dependen dihubungkan dengan gangguan psikologis lainnya, termasuk gangguan mood dan fobia sosial; serta masalah fisik seperti hipertensi, gangguan kardiovaskular, serta gangguan gastrointestinal seperti maag dan radang usus besar. Orang dengan gangguan kepribadian dependen sering menghubungkan masalah mereka dengan penyebab fisik daripada penyebab emosional serta mencari dukungan atau saran dari ahli kesehatan/medis alih-alih psikolog atau konselor.

## **C. GANGGUAN KEPRIBADIAN OBSESIF KOMPULSIF**

Ciri dari gangguan obsesif kompulsif meliputi keteraturan berlebih, perfeksionis, kekakuan, kesulitan mengatasi ambiguitas, kesulitan mengungkapkan perasaan dan ketelitian dalam kebiasaan kerja. Gangguan ini sekitar dua kali lebih umum pada pria dibanding wanita. Orang dengan gangguan kepribadian obsesif kompulsif begitu terobsesi dengan kebutuhan akan kesempurnaan sehingga mereka tidak bisa menyelesaikan pekerjaan secara tepat waktu. Upaya mereka pasti tidak sesuai dengan harapannya, sehingga mereka akan mengulanginya lagi. Atau mereka memikirkan tentang bagaimana memprioritaskan pekerjaannya dan tidak pernah memulai bekerja.

Mereka sulit membuat keputusan dan menunda atau menghindarinya karena takut membuat pilihan yang salah. Mereka cenderung tidak fleksibel dan terlalu kaku dalam hal moralitas dan etika, terlalu formal dalam hubungan, dan sulit mengekspresikan perasaan. Sulit bagi mereka untuk bersantai dan menikmati aktivitas yang menyenangkan; mereka khawatir akan biaya dari akitiitas senggang itu.

## **BAB V**

### **GANGGUAN ANXIETAS**

#### **1. Pengertian Gangguan Anxiety**

Kecemasan (anxiety) adalah kondisi umum dari ketakutan atau perasaan tidak nyaman. Kecemasan bermanfaat bagi kita karena kecemasan membuat kita rutin melakukan pemeriksaan medis atau memotivasi kita untuk belajar menjelang ujian. Oleh karena itu, kecemasan adalah respons normal terhadap ancaman, tetapi kecemasan menjadi abnormal ketika kecemasan melebihi proporsi dari ancaman yang sebenarnya, atau ketika kecemasan muncul tanpa sebab –yakni, bila bukan merupakan respons terhadap perubahan lingkungan.

Kecemasan ditandai dengan berbagai simtom, mencakup simtom fisik, perilaku dan kognitif

- a) Ciri fisik, yang meliputi kege;isahan, kecemasan, gemetar, sesak di bagian dada atau perut, berkeringat hebat, telapak tangan berkeringat, kepala pusing atau rasa ingin pingsan, mulut atau tenggorokkan terasa kering, napas tersengal-sengal, jantung berdegup kencang, jari atau anggota tubuh terasa dingin dan mual adalah beberapa dari banyak simtom-simtom fisik lainnya.
- b) Ciri perilaku, yang meliputi perilaku menghindar, perilaku bergantung dan perilaku gelisah
- c) Ciri kognitif, yang meliputi kekhawatiran, merasa takut atau cemas akan masa depan, terlalu memilkirkan atau sangat waspada dengan sensai yang muncul di tubuh, takut kehilangan kendali, memikirkan pikiran yang mengganggu secara terus-menerus, memiliki pemikiran yang membingungkan, sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pemikirannya, dan berpiir bahwa segala sesuatunya menjadi tidak terkendali.

Walaupun orang dengan gangguan kecemasan tidak harus mengalami semua ciri-ciri ini, terlihat jelas mengapa kecemasan begitu menekan bagi penderitanya, DSM mengenali jenis gangguan kecemasan berikut : gangguan panik, gangguan fobia, dan gangguan kecemasan menyeluruh.

Beberapa gangguan lain,yang sebelumnya termasuk kedalam kategori gangguan kecemasan,ditempatkan dalam kategori diagnosisdengan gangguan –gangguanlain yang brbagi ciri yang sama pada DSM-5.

## A. GANGGUAN PANIK

Gangguan panik (panic disorder) ditandai dengan serangan panik (panic disorder) berulang dan datang secara tidak terduga. Serangan panik adalah reaksi kecemasan intens yang kemunculannya bersamaan dengan simtom fisik, seperti jantung berdegup kencang; napas cepat, tersengal-sengal atau sulit bernapas; berkeringat hebat; dan merasa lemah atau pusing. Terdapat komponen ketubuhan yang lebih kuat pada serangan panik dibandingkan pada bentuk kecemasan lainnya. Serangan panik disertai dengan perasaan terror yang luar biasa dan perasaan terancam atau bahaya yang akan menimpanya, serta desakan atau melarikan diri dari kondisi tersebut. Simtom-simtom tersebut biasanya juga disertai dengan pikiran kehilangan kondisi "akan gila" atau sekarat.

Saat terjadi serangan panik seseorang cenderung menyadari perubahan detak jantungnya dan mungkin berpikir ia mengalami serangan jantung, meskipun jantungnya baik-baik saja. Namun, karena simtom serangan panik dapat terlihat seperti simtom serangan jantung atau bahkan reaksi alergi yang parah, evaluasi medis yang mendalam harus dilakukan.

Beberapa orang dengan serangan panik takut untuk pergi keluar sendiri. Serangan panik yang berulang dapat menjadi sulit ditangani sehingga penderitanya mencoba bunuh diri. Orang yang dengan gangguan panik mungkin menghindari aktivitas yang berkaitan dengan serangan mereka, seperti olahraga atau pergi ke tempat serangan dapat muncul atau tempat yang mereka takuti dapat memunculkan serangan panik. Atau ditempat dimana mereka tidak dapat dukungan. Akibatnya gangguan panik berujung pada agorafobia (agoraphobia) – perasaan takut yang berlebihan untuk berada ditempat publik dimana seseorang sulit untuk melarikan diri atau tidak tersedianya bantuan (Berle et al., 2008). Dapat disimpulkan, serangan panik tanpa disertai agorafobia lebih umum ditemukan dari pada serangan panik dengan agorafobia (Grant et al, 2006).

### a) Penanganan Gangguan Panik

Bentuk penanganan gangguan panik yang paling banyak digunakan adalah terapi obat dan terapi kognitif-perilaku. Obat-obatan umum yang digunakan adalah obat antidepresan. Antidepresan membantu mengatasi kecemasan dengan menormalkan aktivitas neurotransmitter dalam otak. Akan tetapi, beberapa efek samping yang mengganggu mungkin muncul bersama obat-obatan ini, berkeringat banyak dan alpitasi jantung. Hal ini membuat banyak pasien berhenti menggunakan obat-obatan yang lebih awal.

Terapis kognitif-perilaku menggunakan berbagai teknik untuk menangani serangan panik, termasuk mengembangkan kemampuan menangani serangan panik, melatih ulang teknik pernafasan, dan latihan relaksasi untuk mengurangi kondisi tingginya stimulus tubuh; dan memaparkan situasi yang berhubungan dengan serangan panik dan isyarat tubuh yang berhubungan dengan simtom-simtom kepanikan.

## B. GANGGUAN FOBIA

Kata fobia (phobia) berasal dari bahasa Yunani *phobos* yang berarti “takut”. Konsep rasa takut dan kecemasan sangat berhubungan. Ketakutan adalah kecemasan yang dialami sebagai respons terhadap ancaman tertentu. Fobia adalah ketakutan akan sebuah objek atau situasi yang tidak sepadan dengan ancaman yang dimilikinya. Merasa takut saat mobil anda tidak bisa dikendalikan bukanlah fobia karena anda memang merasa dalam bahaya. Pada gangguan fobia, rasa takut yang dirasakan akan suatu bahaya melampaui penilaian rasional.

### a. Jenis-jenis gangguan fobia

DSM mengenal tiga gangguan fobia yang berbeda; fobia spesifik, gangguan kecemasan (fobia sosial), dan agrofobia.

#### 1. Fobia Spesifik

Fobia spesifik adalah ketakutan berlebih yang persisten terhadap objek atau situasi tertentu yang tidak sesuai dengan bahaya yang sebenarnya dimiliki objek atau situasi tersebut. Terdapat banyak jenis fobia spesifik, termasuk beberapa fobia berikut (APA, 2013):

- Ketakutan akan hewan, seperti takut laba-laba, serangga dan anjing
- Ketakutan akan lingkungan alami, seperti ketakutan akan ketinggian (akrofobia), badai atau air
- Ketakutan akan luka yang berdarah, seperti ketakutan akan jarum suntik atau prosedur medis yang invasif
- Ketakutan akan situasi tertentu, seperti ketakutan akan ruangan tertutup (klaustrofobia), lift atau pesawat.

#### 2. Gangguan kecemasan sosial

Gangguan kecemasan sosial atau yang biasa disebut juga fobia sosial memiliki ketakutan yang sangat intens terhadap situasi sosial yang biasa mereka hindari. Masalah yang mendasarinya adalah ketakutan berlebih akan evaluasi negatif yang diberikan orang lain—ketakutan akan penolakan, dipermalukan atau merasa

gugup. Kecemasan sosial bisa sangat mengganggu fungsionalitas sehari-hari dan kualitas hidup seseorang. Ketakutan dapat mencegah seseorang menyelesaikan target akademik mereka, kemajuan karier mereka atau bahkan mempertahankan pekerjaan dimana mereka harus berinteraksi dengan orang lain.

Orang dengan kecemasan sosial sering beralih pada obat penenang atau mencoba “mengobati” diri mereka dengan alkohol saat mempersiapkan diri untuk berinteraksi sosial. Pada kasus-kasus yang ekstrem mereka mungkin menjadi sangat takut untuk berinteraksi dengan orang lain sehingga mereka enggan meninggalkan rumah.

### 3. Agrofobia

Kata agrofobia berasal dari bahasa Yunani yang berarti “takut akan pasar”, yang menunjukkan ketakutan berada di area terbuka dan sibuk. Orang dengan agrofobia mungkin akan takut berbelanja di toko yang penuh sesak, berjalan melewati jalanan yang ramai. Menyebrangi jembatan, bepegian dengan bus, kereta atau mobil bahkan meninggalkan rumah. Agrofobia berpotensi menjadi fobia yang paling melumpuhkan.

Agrofobia dapat disertai maupun tanpa disertai gangguan panik. Orang dengan agrofobia yang tidak memiliki riwayat gangguan panik bisa mengalami simtom panik ringan seperti pusing, yang menghalangi mereka untuk keluar dari tempat yang mereka rasa aman. Mereka juga cenderung tergantung pada dukungan orang lain.

#### **b) Penanganan Gangguan Fobia**

Pendekatan penekanan kontemporer utama bagi fobia tertentu, seperti bagi gangguan kecemasan lainnya didapat dari perspektif pembelajaran, kognitif dan biologis.

##### a. Pendekatan berdasarkan pembelajaran

Contoh pendekatan berdasarkan pembelajaran diantaranya adalah desentisasi sistematis (systematic desensitization), pemaparan gradual (gradual exposure), dan flooding

##### b. Desentisasi Sistematis (systematic desensitization), adalah proses gradual dimana klien belajar mengendalikan stimulus yang semakin mengganggu secara progresif sementara tetap dalam kondisi tenang

##### c. Pemaparan Gradual (Gradual Exposure), menggunakan [pendekatan bertahap dimana individu dengan fobia secara bertahap menghadapi objek atau situasi yang mereka takuti

- d. Flooding, adalah bentuk terapi pemaparan dimana subjek dipaparkan dengan stimulus pemicu rasa takut tingkat tinggi baik di dalam imajinasi maupun situasi nyata.

### C. GANGGUAN KECEMASAN MENYELURUH

Gangguan kecemasan menyeluruh (generalized anxiety disorder, GAD) dicirikan dengan kecemasan dan kekhawatiran berlebih yang tidak terbatas pada objek, situasi, atau aktivitas tertentu. Umumnya kecemasan bisa menjadi respons adaptif, sejenis sistem peringatan alami tubuh untuk memberi tahu tubuh terdapat sesuatu yang mengancam dan butuh perhatian segera. Namun, bagi orang dengan gangguan kecemasan menyeluruh, kecemasan menjadi berlebih, sulit dikendalikan dan disertai dengan simptom-simtom fisik seperti rasa lelah, gelisah dan tegangan otot.

Ciri utama GAD adalah kekhawatiran berlebih. Orang dengan GAD cenderung menjadi pencemas kronis, bahkan akan selalu cemas seumur hidupnya. Mereka cenderung mengkhawatirkan banyak hal, termasuk kesehatan, keuangan, kesejahteraan anak dan hubungan sosial. Distress emosional yang berhubungan dengan GAD secara signifikan mengganggu kehidupan sehari-hari seseorang. GAD seringkali muncul bersamaan dengan gangguan lain termasuk depresi atau gangguan kecemasan lainnya seperti agorafobia dan gangguan obsesif kompulsif. Ciri terkait lainnya termasuk kesehatan; merasa tertekan, tegang atau gelisah, menjadi mudah lelah, sulit berkonsentrasi, mudah tersinggung, otot tegang dan gangguan tidur seperti sulit tidur, terus tidur atau tidur dengan rasa gelisah dan tidak nyaman.

#### a) Penanganan Gangguan Kecemasan Menyeluruh

Bentuk penanganan terhadap gangguan kecemasan menyeluruh adalah obat-obatan psikiatris dan terapi kognitif perilaku. Obat-obatan anti depresan, seperti sertraline (zoloft) dan paroksetin (Paxil), dapat membantu meredakan simptom kecemasan. Namun, meskipun obat-obatan psikiatris dapat membantu meredakan kecemasan, obat-obatan tersebut tidak dapat menyembuhkan masalah yang mendasarinya. Begitu obat berhenti diberikan, simptom-simtom tersebut seringkali kembali muncul.

Terapi kognitif perilaku menggunakan kombinasi teknik untuk menangani GAD, termasuk pelatihan kemampuan relaksasi; belajar mengganti pemikiran yang mengganggu dan membuang cemas dengan pemikiran menenangkan dan adaptif; serta mempelajari kemampuan untuk meredakan pemikiran buruk. Efektivitas CBT bisa dibandingkan dengan efektivitas terapi obat-obatan, tetapi dengan tingkat berhenti sebelum waktunya yang lebih rendah; ini mengindikasikan bahwa pasien dapat menoleransi penanganan psikologis dengan lebih baik.

## **BAB VI**

### **GANGGUAN SOMATOFORM**

#### **1. Pengertian**

Gangguan somatoform adalah sekelompok gangguan di mana individu bisa merasakan adanya gejala sakit fisik yang nyata di tubuh kita, namun setelah diperiksa ke dokter, ternyata tidak ditemukan kelainan secara fisik. Walau tidak ada sumber penyakit yang bisa ditemukan, rasa sakit yang dirasa tersebut nyata dan bukan imajinasi. Gangguan somatoform ini dapat terjadi saat kita sedang stres atau banyak pikiran. Untuk mendiagnosis gangguan somatoform, dokter perlu melakukan pemeriksaan medis yang lengkap dan teliti guna mencari penyebab yang mendasari keluhan tersebut

#### **2. Jenis – Jenis Gangguan Somatoform**

Jenis-jenis gangguan somatoform adalah sebagai berikut :

##### a) Gangguan Konversi

Sebuah gangguan somatoform : merupakan pengalihan energi yang melibatkan atau dorongan yang tidak dapat diterima atau adanya kecemasan dan konflik psikologis yang dialihkan pada gejala fisik.

Empat Kategori Gejala gangguan konversi :

1. Gejala-gejala atau defisit motorik
2. Gejala-gejala atau defisit sensorik
3. Kejang
4. Campuran tanda-tanda.

Gangguan ini sering berhubungan dengan gangguan kepribadian pasif –agresif, dependen, antisosial, histrionik. Faktor penyebab menurut pandangan psikologis :

- Psikoanalitik : represi konflik intrapsikis bawah sadar dan kecemasan dalam gejala fisik
- Behavioral : memanipulasi lingkungan untuk memberikan perhatian khusus pada penderita
- Biologis : hipometabolisme di hemisfer dominan dan hemisfer non dominan , adanya gangguan,serebral.

## b) Somatisasi

Dibedakan dengan gangguan somatoform lainnya karena banyak keluhan dan melibatkan sistem organ yang multiple (gangguan saraf dan pencernaan). Sifat gangguan ini kronis (dialami beberapa tahun dan dimulai sbkm usia 30 th) dan disertai dengan penderitaan yang bermakna, gangguan fungsi sosial dan mencari bantuan medis berlebihan .

Penyebabnya gangguan somatisasi menurut pandangan psikologis:

- Psikososial : interpretasi gejala sebagai tipe komunikasi sosial yang hasilnya menghindari kewajiban, mengekspresikan emosia (kebencian), simbolisasi perasaan atau keyakinan.
- Psikoanalisis : simtom yang di repres
- Biologis : gangguan.neurologis, genetika

## c) Gangguan Nyeri

Pada gangguan nyeri (pain disorder), rasa sakit itu sendiri merupakan keluhan yang dominan, tidak berhubungan dengan penyebab fisik. Rasa nyeri ini terjadi pada satu atau lebih tempat yg tdk sepenuhnya disebabkan kondisi medis atau neurologis.

Faktor penyebabnya menurut pandangan psikologis :

- Psikodinamika : ekspresi simbolik dari konflik intrapsikis melalui bbrp tubuh
- Behavioral : gejala nyri menjadi kuat jika diikuti oleh perlakuan cemas dan perhatian org lain atau keberhasilan menghindari aktivitas yg tdk disenangi
- Biologis : kelainan limbik dalam otak

## d) Gangguan dismorfik tubuh

Gangguan somatoform di mana orang disibukkan, hampir ke titik menjadi delusi, dengan gagasan bahwa bagian dari tubuh mereka jelek atau cacat. "Cacat" yang dibayangkan terlalu dibesarbesarkan. Terobsesi dengan melihat hal itu, memikirkan hal itu, menutupi hal itu.

Perhatian bahwa bagian tubuh mereka jelek / cacat bisa dilihat dari latar belakang gender :

- Pria – Membangun raga , alat kelamin, rambut

- Perempuan – Menitik beratkan pada Berat badan, ukuran atau bentuk payudara, fitur wajah, bekas luka, penuaan.

Menurut pandangan psikodinamika penyebabnya adalah pengalihan konflik seksual /emosional ke dalam tubuh yg tdk berhubungan dengan mekanisme defens

#### e) Hipokondriasis

Hipokondriasis adalah Gangguan somatoform yang ditandai dengan salah tafsir pada fungsi normal tubuh sebagai tandatanda penyakit serius. Penderita menginterpretasikan simtom secara tidak akurat dan menimbulkan rasa ketakutan yang tdk realistis terhadap simtom tersebut walaupun tidak ditemukan penyebab medis dan menyebabkan gangguan bermakna dalam kehidupan sosial penderita. Ada tanda-tanda gangguan psikologis lain seperti depresi dan gangguan kecemasan. Kondisi dan perilaku juga melibatkan fokus pada tubuh, tetapi bukan merupakan gangguan somatoform karena orang tahu bahwa mereka tidak benar-benar sakit. Penyebabnya yaitu respon dari stres eksternal yg biasanya sembuh jika stres dihilangkan tetapi dapat menjadi kronis jika diperkuat oleh ling.sosial dan profesional kesehatan Treatment yang diberikan pada penderita dengan gangguan ini menurut pandangan Psikoanalisa adalah membuka dan membawa konflik ketidaksadaran yang dimulai pada masa kecil.

#### f) Factitious disorder (Gangguan buatan)

Pada gangguan ini, penderita sengaja membuat gejala media dan mental dan memalsukan sejarah dan gejalanya dengan tujuan mendapatkan peranan “orang sakit”. Penyebabnya adalah penderita mendapat penyiksaan dan penelantaran pada masa kecil, mekanisme pertahanan diri :represi, regresi.

#### g) Malingering

Karakteristik yang disengaja untuk menampilkan simtom fisik /psikologis yang palsu /sangat dilebih-lebihkan dengan tujuan untuk mendapatkan keuntungan eksternal yaitu:

- Menghindari tanggung jawab /situasi yang tidak menyenangkan
- Memperoleh kemudahan fasilitas, tempat tinggal gratis ataupun perlindungan polisi
- Menghilangkan rasa bersalah, penderitaan kehilangan finansial, atau kehilangan pekerjaan

## BAB VII

### GANGGUAN DISFUNGSI SEKSUAL

#### 1. Pengertian

Disfungsi seksual adalah gangguan seksual dimana klien mengalami kesulitan untuk berfungsi secara adekuat ketika melakukan hubungan seksual (Durand dan Barlow, 2006). Disfungsi seksual adalah kesulitan yang dialami oleh seorang individu atau pasangan selama tahap aktivitas seksual normal, termasuk kesenangan fisik, hasrat, preferensi, rangsangan atau orgasme. Menurut DSM-5, disfungsi seksual mengharuskan seseorang merasakan tekanan ekstrem dan antarpribadi minimal selama enam bulan (tidak termasuk zat atau disfungsi seksual yang disebabkan oleh obat). Istilah kelainan seksual mungkin tidak hanya merujuk pada disfungsi seksual fisik saja, namun juga parafilia; hal ini terkadang disebut sebagai kelainan preferensi seksual. Disfungsi seksual dapat berdampak besar pada persepsi kualitas kehidupan seksual seseorang.

Sejarah seksual yang menyeluruh dan penilaian kesehatan umum dan masalah seksual lainnya (jika ada) sangatlah penting. Menilai kinerja kecemasan, rasa bersalah, stres dan khawatir merupakan bagian yang terintegrasi dari manajemen optimal disfungsi seksual. Banyak disfungsi seksual yang didefinisikan didasarkan pada siklus respons seksual manusia, yang diusulkan oleh William H. Masters dan Virginia E. Johnson, dan kemudian dimodifikasi oleh Helen Singer Kaplan.

Manusia adalah makhluk yang diciptakan untuk memiliki respons seksual. Respons ini berlangsung dalam beberapa tahapan, berupa:

1. Appetence, saat dimana seseorang memiliki fantasi seksual dan berkembangnya suatu dorongan seksual.
2. Excitement, terdapat peningkatan dorongan seksual dan mulai terdapat reaksi fisik (misal: peningkatan laju pernapasan dan tekanan darah).
3. Plateau, reaksi fisik akibat rangsangan seksual semakin intens.
4. Orgasmic, merupakan penutup dari fase plateau (fase puncak).
5. Resolution, yakni resolusi rangsangan seksual.

Disfungsi seksual diartikan sebagai suatu masalah yang timbul di suatu fase respons seksual, sehingga mencegah individu atau pasangan untuk memperoleh kepuasan dari kegiatan seksual yang mereka lakukan. Dalam ilmu kedokteran, disfungsi seksual masuk dalam kategori gangguan jiwa.

Disfungsi seksual berkaitan dengan ketidakmampuan seseorang untuk berpartisipasi dalam aktivitas seksual sesuai keinginannya, yang diakibatkan karena kurangnya hasrat atau kepuasan. Dapat juga berupa ketidakmampuan secara fisik untuk melakukan interaksi seksual. Disfungsi seksual dapat dialami seseorang seumur hidup (sama sekali tidak pernah bisa melakukan aktivitas seksual) atau disfungsi yang didapat (tadinya bisa kemudian tidak mampu melakukan hubungan seksual).

Secara medis, disfungsi seksual dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu:

1. Gangguan hasrat seksual

Terdapat dua macam disfungsi pada kelompok ini, yakni tipe hipoaktif dan aversi. Tipe hipoaktif ditandai dengan sedikitnya pikiran/fantasi seseorang mengenai seks, serta tidak ada minat untuk memulai hubungan seksual dengan pasangan. Untuk tipe aversi, seseorang akan selalu berusaha mengalihkan diri dan menghindari bila diajak melakukan kontak kelamin dalam rangka berhubungan seksual. Disfungsi tipe ini bisa berasal dari adanya trauma seksual.

2. Gangguan pada rangsang seksual

Bila seorang wanita mengalami gangguan pada fase rangsangan, maka ia tidak mampu atau gagal mempertahankan lubrikasi hingga hubungan seksual selesai. Hal ini bisa disebabkan oleh kondisi medis tertentu, sehingga produksi cairan tidak mencukupi untuk melumasi vagina saat berhubungan seksual. Pada laki-laki, gangguan rangsangan seksual berupa kegagalan untuk ereksi atau mempertahankan ereksi hingga hubungan seksualnya selesai. Keadaan ini disebut juga sebagai impotensi. Impotensi mungkin saja hanya terjadi di situasi tertentu, dan biasanya hal ini terkait dengan kecemasan.

3. Gangguan orgasme

Gangguan orgasme pada wanita disebut sebagai anorgasmia. Biasanya wanita ini dapat merespons rangsangan seksual yang diberikan pasangannya, namun tidak bisa mencapai orgasme. Hal yang berkaitan dengan anorgasmia bisa berupa rasa takut, penolakan, kerentanan, atau rasa bersalah. Masalah orgasme pada laki-laki berkaitan dengan ejakulasi. Ada laki-laki yang tidak mampu ejakulasi, ada juga yang ejakulasinya terjadi sebelum waktunya (prematuur). Pada laki-laki yang tidak mampu ejakulasi, ada yang tetap bisa mencapai klimaks, namun dengan segala kesulitannya. Sementara itu, ejakulasi dini dianggap suatu masalah bila terjadinya reguler, dan terjadi segera setelah penis memasuki vagina atau setelah diberi rangsangan minimal.

#### 4. Gangguan terkait nyeri

Nyeri saat berhubungan seks disebut sebagai dispareunia. Nyeri bisa timbul karena otot bagian kelamin yang tegang pada wanita, atau pemampatan pembuluh darah pada kelamin laki-laki. Ada juga gangguan yang disebut vaginismus, yaitu kondisi vagina yang menolak dimasuki oleh penis. Biasanya, dokter dapat mengetahui hal ini saat melakukan pemeriksaan ginekologis. Seringnya, vaginismus disebabkan oleh trauma seksual.

#### 5. Gangguan terkait kondisi medis khusus

Urusan seks ternyata berkaitan erat dengan kondisi kesehatan secara umum. Masalah endokrin atau hormonal misalnya, dapat menyebabkan disfungsi seksual. Disfungsi seksual bisa saja menjadi penanda awal Anda mengalami Diabetes Mellitus. Selain itu, terjadinya trauma pada susunan saraf juga bisa mengakibatkan seseorang mengalami disfungsi seksual.

#### 6. Disfungsi seksual karena penggunaan zat

Zat yang dimaksud dapat berupa narkotika, alkohol, maupun obat-obatan yang diresepkan oleh dokter untuk mengatasi kondisi medis tertentu. Penggunaan zat memiliki efek yang berbeda-beda pada respons seksual, tergantung dari jenis zat yang dikonsumsi. Ada zat yang bisa meningkatkan gairah seksual, menghambat gairah seks, bahkan hingga mengganggu performa seks seseorang.

#### 7. Disfungsi seksual yang tak tergolongkan

Beberapa disfungsi seksual yang masuk dalam kategori ini adalah perilaku seksual yang kompulsif (tidak tertahankan), disforia pasca berhubungan seksual, pernikahan tanpa seks, permasalahan body image, don juanism, ninfomania (gairah seks yang berlebihan), dan lain-lain.

Disfungsi seksual dapat terjadi pada siapapun di usia berapapun. Selalu komunikasikan dengan pasangan mengenai kehidupan seks Anda. Dan untuk mengatasi disfungsi seksual, diperlukan keterbukaan dengan dokter mengenai masalah yang dialami. Ingat, bicara saja tak cukup untuk mengatasi masalah seksual, Anda pun harus berani mengambil sikap dan bertindak untuk kehidupan seks yang lebih bergairah dengan pasangan.

Jenis-jenis Gangguan Disfungsi Seksual Jenis disfungsi seksual berdasarkan DSM IV yakni (Durand dan Barlow, 2006):

#### A. Gangguan Nafsu Seksual

Terdapat dua gangguan yang merefleksikan masalah-masalah yang terkait dengan fase nafsu dari siklus respon seksual. Masing-masing gangguan ditandai oleh sedikitnya atau tidak adanya minat terhadap seks yang menimbulkan masalah dalam suatu hubungan.

- Gangguan Nafsu Seksual Hipoaktif, yaitu minat terhadap kegiatan atau fantasi seksual yang sangat kurang yang mestinya tidak diharapkan bila dilihat dari umur dan situasi kehidupan orang yang bersangkutan.
- Gangguan Aversi Seksual, yaitu perasaan tidak suka yang persisten dan ekstrim terhadap kontak seksual atau kegiatan serupa itu.

#### B. Gangguan Rangsangan Seksual

Gangguan-gangguan rangsangan seksual disebut male erectile disorder (gangguan ereksi pada laki-laki) dan female sexual arousal disorder (gangguan rangsangan seksual pada perempuan).

- Gangguan ereksi pada laki-laki, yaitu ketidakmampuan sebagian laki-laki untuk mencapai atau mempertahankan ereksi penis sampai aktifitas seksual selesai dan keadaan ini terjadi berulang kali.
- Gangguan rangsangan seksual pada perempuan, yaitu ketidakmampuan sebagian perempuan untuk mencapai atau mempertahankan lubrikasi vagina dan respon keterangsangan seksual yang membuat vagina membesar sampai aktifitas seksual selesai dan keadaan ini terjadi berulang kali.

#### C. Gangguan Orgasme

Fase orgasme dalam siklus respon seksual dapat terdisrupsi dengan cara tertentu. Orgasme dapat terjadi pada waktu yang tidak tepat atau tidak terjadi sama sekali.

- Inhibited orgasm (orgasme yang terhambat) yaitu ketidakmampuan untuk mencapai orgasme meskipun nafsu dan keterangsangan seksualnya cukup adekuat pada umumnya dialami oleh perempuan dan jarang terjadi pada laki-laki (Stock, 1993; Wincze dan Barlow, 1997).
- Female Orgasmic disorder (gangguan orgasme pada perempuan). Orgasme yang terhambat atau tidak terjadi sama sekali, yang terjadi berulang kali pada sebagian perempuan, menyusul fase perangsangan seksual yang normal;

berhubungan dengan pengalaman mereka sebelumnya dan stimulus saat itu. 3. Male orgasmic disorder (gangguan orgasme pada laki-laki). Orgasme yang terhambat atau tidak terjadi sama sekali yang terjadi berulang kali pada sebagian laki-laki menyusul fase perangsangan seksual yang normal; berhubungan dengan umur mereka dan stimulus saat itu. 4. Premature ejaculation (ejakulasi dini). Yaitu ejakulasi sebelum orang menginginkannya, dengan stimulus minimal dan keadaan ini terjadi berulang kali.

D. Gangguan Nyeri Seksual (sexual pain disorder) Adalah nyeri genital berulang kali terjadi, yang dialami oleh laki-laki maupun perempuan sebelum, selama, atau setelah hubungan seksual.

- Dyspareunia adalah rasa nyeri/sakit atau perasaan tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.
- Vaginismus. Spasme (kejang urat) pada otot-otot di pertiga luar vagina, yang terjadi diluar kehendak, yang mengganggu hubungan seksual, dan keadaan ini berulang kali terjadi.

#### **Jenis-jenis Gangguan Preferensi Seksual:**

- Parafilia  
Kata parafilia (praphilia) diambil dari akar bahasa Yunani para, yang artinya “pada sisi lain”, dan philos artinya “mencintai”. Pada parafilia (paraphilias), orang menunjukkan keterangsangan seksual (mencintai) sebagai respons terhadap stimulus yang tidak biasa (“pada sisi lain” dari stimulus normal) (Nevid, Rathus dan Greene, 2003). Parafilia adalah gangguan dan penyimpangan seksual di mana rangsangan seksual muncul nyaris secara eksklusif dalam konteks objek-objek atau individu-individu yang tidak semestinya (Durand dan Barlow, 2006).

Jenis-jenis parafilia:

- 1) Fetishism Yaitu dorongan, fantasi dan perilaku yang merangsang secara seksual yang melibatkan penggunaan benda-benda tak-hidup dan tak-lazim, yang mengakibatkan distress atau hendaya dalam fungsi kehidupan, dan keadaan ini berlangsung lama dan berulang kali terjadi (Durand dan Barlow, 2006). Normal bagi pria untuk menyukai tampilan, rasa, dan aroma baju dalam milik kekasih mereka. Namun, pria dengan fetishism lebih memilih objeknya daripada orang yang memilikinya dan tidak dapat terangsang tanpa objek tersebut (Nevid, Rathus dan Greene, 2003).

Transvestic fetishism Adalah dorongan yang kuat dan berulang serta fantasi yang berhubungan yang melibatkan memakai pakaian lawan jenis (cross-dressing) dengan tujuan untuk mendapatkan rangsangan seksual. Transvestik fethisme dilaporkan hanya terjadi pada pria heteroseksual. Biasanya, pria yang memakai pakaian lawan jenis melakukannya secara tertutup/pribadi dan membayangkan diri mereka menjadi wanita yang dicumbunya sambil bermasturbasi (Nevid, Rathus dan Greene, 2003).

- 2) Pedofil Pedofil berasal dari kata “paidos” (bahasa Yunani untuk “anak”). Ciri utama dari pedofilia adalah dorongan seksual yang kuat dan berulang serta adanya fantasi terkait yang melibatkan aktifitas dengan anak-anak yang belum puber (biasanya 13 tahun atau lebih muda) (Nevid, Rathus dan Greene, 2003).
- 3) Inses Ketertarikan seksual yang menyimpang yang diarahkan pada anggota keluarganya sendiri; sering kali berupa ketertarikan ayah terhadap putrinya yang mulai matang secara fisik (Durand dan Barlow, 2006).
- 4) Voyeurism Adalah Parafilia di mana rangsangan seksualnya berasal dari melihat individu yang tidak menaruh curiga yang sedang membuka pakaian atau telanjang (Durand dan Barlow, 2006).
- 5) Eksibisionisme Adalah Kepuasan seksual diperoleh dengan mempertontonkan alat kelamin kepada orang-orang asing yang tidak menaruh curiga (Durand dan Barlow, 2006). Orang dengan gangguan seksual ini mendapatkan kepuasan seksual dengan mempertunjukan alat genitalnya di depan umum (Nevid, Rathus dan Greene, 2003).
- 6) Frotteurism Adalah suatu bentuk parafilia yang memiliki karakteristik adanya dorongan seksual berulang yang melibatkan tindakan menabrakan diri atau menggesek-gesekan diri ke orang lain tanpa izin untuk mendapatkan kepuasan seksual. Ciri utamanya adalah dorongan seksual yang kuat secara persisten dan fantasi terkait yang melibatkan menggosok atau menyentuh tubuh orang tanpa izin. Frotterisme atau “meremas” biasanya terjadi pada tempat-tempat ramai, seperti kereta api bawah tanah, bus, atau lift (Nevid, Rathus dan Greene, 2003).
- 7) Sadisme seksual Sadism seksual maupun masokisme seksual berhubungan dengan menyakiti atau menghina (sadisme) atau kesakitan/terhina (masokhisme). Sadisme seksual merupakan parafilia dimana rangsangan seksualnya berhubungan dengan menyakiti atau menghina (Durand dan Barlow, 2006)

- 8) Masokisme seksual Suatu bentuk parafilia yang memiliki karakteristik adanya dorongan seksual yang kuat serta fantasi yang melibatkan menerima rasa direndahkan atau rasa sakit (Nevid, Rathus dan Greene, 2003).
- 9) Pedofilia Adalah suatu bentuk fantasi seksual dengan anak kecil dimana pelaku biasanya merupakan orang yang sudah dewasa, sedangkan objek seksualnya adalah anak.

Penyebab Gangguan Disfungsi Seksual Ada banyak faktor yang dapat menyebabkan seseorang mengalami disfungsi seksual. Hal ini mungkin diakibatkan dari penyebab emosional atau fisik. Faktor emosional diantaranya termasuk masalah interpersonal atau psikologis, yang dapat menjadi hasil dari depresi, ketakutan atau rasa bersalah seksual, trauma seksual masa lalu, dan gangguan seksual lainnya. Disfungsi seksual sangat umum di antara individu yang memiliki gangguan kecemasan. Kecemasan biasa dapat menyebabkan disfungsi ereksi pada pria tanpa masalah kejiwaan, tetapi gangguan yang dapat didiagnosis secara klinis seperti gangguan panik umumnya menyebabkan penghindaran hubungan seksual dan ejakulasi dini. Nyeri saat berhubungan intim sering kali merupakan komorbiditas gangguan kecemasan di kalangan wanita. Faktor fisik yang dapat menyebabkan disfungsi seksual termasuk penggunaan obat-obatan, seperti alkohol, nikotin, narkotika, stimulan, obat antihipertensi, antihistamin, dan beberapa obat psikoterapi. Bagi wanita, hampir semua perubahan fisiologis yang memengaruhi sistem reproduksi (seperti sindrom pramenstruasi, kehamilan, dan periode postpartum, menopause) dapat memiliki efek buruk pada libido. Disfungsi dasar panggul juga merupakan penyebab fisik dan mendasar dari banyak disfungsi seksual.

## **BAB VIII**

### **GANGGUAN MOOD**

#### **1. Pengertian**

Gangguan mood adalah gangguan pada mood yang tidak biasa, bertahan lama atau parah dan cukup serius untuk mengganggu fungsi sehari-hari seseorang. Gangguan mood juga merupakan suatu masalah psikiatri yang muncul dari adanya gangguan depresi. Depresi adalah suatu gangguan keadaan tonus perasaan yang secara umum ditandai oleh rasa kesedihan, apatis, pesimis, dan kesepian. Keadaan ini sering disebutkan dengan istilah kesedihan (sadness), murung (blue), dan kesengsaraan dalam ketentuan Diagnostik and statistical manual of mental disorder (DSM IV), gangguan mood adalah depresi mayor, gangguan distemik, dan gangguan bipolar.

Gangguan Mood terbagi ke dalam dua bentuk utama yaitu gangguan depresi atau unipolar dan gangguan bipolar.

#### **1. GANGGUAN DEPRESI**

Gangguan depresi atau disebut juga gangguan unipolar karena gangguan mood hanya berada pada satu arah atau satu kutub emosi yaitu murung. (gangguan depresi mayor, gangguan depresi persisten, dan gangguan disforik pramenstruasi, semuanya ditandai dengan gangguan mood menurun). Berikut akan dijelaskan mengenai gangguan yang termasuk kedalam gangguan depresi / unipolar

##### **1.1 GANGGUAN DEPRESI MAYOR**

Diagnosis gangguan depresi mayor didasarkan pada kemunculan setidaknya satu episode depresi mayor tanpa adanya riwayat mania atau hipomania. Episode mayor melibatkan perubahan yang signifikan secara klinis dalam fungsionalitas seseorang yang melibatkan simtom depresif, termasuk mood depresif seperti merasa sedih, tidak punya harapan atau terpuruk dan atau hilangnya minat atau kesenangan dalam hampir semua aktivitas paling tidak selama dua minggu.

Depresi mayor adalah masalah kesehatan publik yang utama. Gangguan ini tidak hanya memengaruhi fungsi psikologis seseorang, tetapi juga melumpuhkan kemampuan seseorang untuk memenuhi tanggung jawab sekolah, pekerjaan, keluarga dan sosial (Pratt & Brody, 2008)

Faktor Risiko Dalam Depresi Mayor :

Banyak faktor yang berhubungan dengan meningkatnya risiko depresi, termasuk usia, status sosial-ekonomi dan status pernikahan. Wanita dua kali lebih berpeluang daripada pria untuk didiagnosis dengan gangguan depresi mayor.

**Gangguan Afektif Musiman**, Meskipun mood kita bisa bervariasi dengan cuaca, tetapi perubahan musim dari musim panas ke musim gugur dan musim dingin bisa membawa sejenis depresi yang disebut gangguan afektif (mood) musiman (seasonal affective (mood) disorder, SAD) (Madsen, Dam & Hageman, 2011). Dalam banyak kasus depresi hilang pada saat musim semi. Walaupun penyebab SAD masih belum diketahui, tetapi salah satu kemungkinannya adalah perubahan musim dapat mengubah ritme biologis tubuh yang mengatur suhu tubuh dan siklus tidur-terjaga. Apapun penyebabnya mendasarinya, penggunaan terapeutik dari cahaya terang buatan yang disebut fototerapi seringkali membantu meredakan SAD (Reeves et al, 2012)

**Depresi Pasca Melahirkan**, sekitar 80% ibu baru mengalami perubahan mood setelah melahirkan (Friedman,2009) Perubahan mood ini umumnya disebut "maternity blues" atau "postpartum blues" atau "baby blues". Perubahan mood ini biasanya bertahan selama beberapa hari dan merupakan respons normal terhadap perubahan hormon yang berhubungan dengan melahirkan. Perubahan mood yang lebih parah pada wanita setelah melahirkan dapat digolongkan kedalam gangguan mood yang disebut Depresi Pasca melahirkan (postpartum depression, PPD) (navarro et al, 2008).

Wanita dengan depresi pasca melahirkan mengalami episode depresi mayor dalam waktu 4 minggu setelah melahirkan. Namun pada 50% kasus depresi pasca melahirkan sebenarnya dimulai pada masa sebelum melahirkan dan berlanjut pada periode pasca melahirkan. Wanita dengan riwayat gangguan mood atau yang mengalami kemurungan selama masa kehamilan menghadapi risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan depresi pasca melahirkan. Faktor risiko lain meliputi hal-hal sebagai berikut:

- menjadi ibu tunggal atau ibu dari anak pertama
- Memiliki masalah keuangan atau pernikahan yang bermasalah
- Mengalami KDRT
- Kurangnya dukungan sosial dari pasangan dan anggota keluarga
- Memiliki anak yang tidak diinginkan, sakit, atau sulit secara tempramen

Faktor genetik mungkin juga berkontribusi terhadap kerentanan pada PPD. Depresi pascamelahirkan perlu dibedakan dari reaksi yang lebih parah atau yang disebut psikosis pasca melahirkan (postpartum psychosis), dimana seorang ibu baru, kehilangan kontak dengan realitas dan mengalami simtom-simtom seperti halusinasi, delusi dan pemikiran irasional.

## 1.2 GANGGUAN DEPRESI PERSISTEN (DISTIMIA)

Diagnosis dari gangguan depresi persisten (persisten depressive disorder) digunakan untuk mengklasifikasikan kasus kronis yang bertahan setidaknya selama dua tahun. Orang dengan gangguan depresi persisten dapat memiliki gangguan depresi mayor kronis atau bentuk depresi kronis yang lebih ringan atau distimia (dysthymia).

Distimia umumnya dimulai pada masa kecil atau remaja dan cenderung menjadi kronis selama masa dewasa. Orang dengan distimia merasa "tidak bersemangat" atau "terpuruk" hampir sepanjang waktu, tetapi mereka tidak mengalami depresi separah orang dengan gangguan depresi mayor..

Beberapa orang ada yang dipengaruhi oleh distimia dan depresi mayor pada waktu yang sama, hal ini disebut dengan istilah depresi ganda (double depression). Orang yang mengalami depresi ganda mengalami episode depresi yang lebih parah daripada mereka yang hanya mengalami depresi mayor.

## 1.3 GANGGUAN DISFORIK PRAMENSTRUASI

Gangguan disforik pramenstruasi (premenstrual dysphoric disorder, PMDD) adalah bentuk yang lebih parah dari sindrom pramenstruasi (premenstrual syndrome, PMS), yang merupakan sekelompok simtom fisik dan berhubungan dengan mood selama periode pramenstruasi wanita. Diagnosis dari PMDD ditujukan pada wanita yang mengalami berbagai simtom psikologis yang signifikan satu minggu sebelum menstruasi (dan peningkatan dimulai dalam waktu beberapa hari setelah dimulainya menstruasi).

Berbagai simtom harus muncul untuk dapat mendiagnosis PMDD seperti perubahan mood, rasa ingin menangis atau kesedihan yang muncul tiba-tiba, mood tertekan atau merasa tidak memiliki harapan, mudah tersinggung atau marah, merasa cemas, tegang, berdebar-debar, lebih sensitif terhadap isyarat penolakan, dan pikiran negatif tentang diri sendiri.

Penyebab dari PMS dan gangguan disforik pramenstruasi masih belum jelas. Peneliti mencurigai bahwa PMS melibatkan interaksi kompleks antara hormon seksual wanita dan neurotransmitter

## **2. GANGGUAN BIPOLAR,**

Disebut sebagai bipolar karena gangguan ini melibatkan kondisi depresi dan kegembiraan, yang sering kali muncul dalam pola berlainan (gangguan bipolar dan gangguan Siklotimik) yang ditandai dengan perubahan mood. Gangguan bipolar (bipolar disorder) ditandai dengan perubahan ekstrem pada mood dan perubahan tingkat energi dan aktivitas. Perubahan mood biasanya bergeser antara tingginya kegembiraan dan dalamnya depresi. Episode pertama bisa jadi episode mania atau depresi. Episode mania umumnya berlangsung selama beberapa minggu atau mungkin satu atau dua bulan dan umumnya jauh lebih singkat dan berakhir secara tiba-tiba. Beberapa orang dengan gangguan bipolar mengalami kondisi campur aduk yang ditandai dengan peristiwa mania dan depresi (APA, 2013).

DSM-5 membedakan dua jenis gangguan bipolar, yaitu gangguan bipolar I dan gangguan bipolar II. Perbedaan ini didasarkan pada apakah seseorang pernah mengalami episode mania secara penuh (Youngstrom, 2009). Diagnosis dari gangguan bipolar I berlaku pada orang-orang yang pernah mengalami setidaknya satu episode mania secara penuh pada suatu periode di dalam hidupnya. Umumnya gangguan bipolar I melibatkan perubahan mood yang ekstrem antara peristiwa mania dan depresi mayor dengan periode intervensi dari mood yang normal.

Gangguan bipolar II berlaku pada orang-orang yang pernah mengalami episode hipomania dan juga setidaknya satu riwayat episode depresi mayor, tetapi tidak pernah mengalami episode mania secara penuh. Episode hipomania tidak separah episode mania dan tidak disertai dengan masalah sosial dan pekerjaan yang ekstrem yang berhubungan dengan mania secara penuh.

### **2.1 GANGGUAN SIKLOTIMIK**

Gangguan siklotimik (cyclothymic disorder) atau disebut juga siklotimia umumnya dimulai pada masa remaja akhir atau dewasa awal dan bertahan selama beberapa tahun. Gangguan ini ditandai dengan perubahan mood ringan yang berlangsung setidaknya selama dua tahun (satu tahun bagi anak dan remaja). Selama periode setidaknya dua tahun, orang dewasa dengan siklotimik mengalami beberapa periode simtom hipomania yang tidak cukup parah untuk memenuhi kriteria diagnosis dari episode hipomania dan sejumlah periode simtom depresif yang tidak dapat dikatakan sebagai episode depresi mayor (APA, 2013). Akibatnya, kondisi seorang berfluktuasi antara periode yang tinggi dan periode yang rendah.

### 3. FAKTOR PENYEBAB GANGGUAN DEPRESI

Gangguan depresi paling baik dipahami melalui gagasan adanya interaksi yang kompleks antara pengaruh biologi dan psikososial (NIMH, 2003) meskipun pemahaman menyeluruh mengenai penyebab gangguan depresi dan bipolar saat ini berada diluar jangkauan kita, tetapi peneliti sudah mulai mengidentifikasi beberapa faktor penting yang berkontribusi terhadap gangguan ini. pada bagian selanjutnya, kami akan membahas pemahaman komtemporer mengenai gangguan depresi dan gangguan bipolar. Banyak faktor yang berimplikasi terhadap terbentuknya gangguan ini, termasuk peristiwa hidup yang memicu stres dan faktor biologis

#### 3.1 Stres Dan Depresi

Peristiwa hidup yang membuat stres meningkatkan risiko gangguan mood seperti gangguan bipolar dan gangguan depresi mayor (Kendler & Gardner 2010 ; Monroe & Reid 2008 Risch et al, 2009) sebagian besar orang dengan gangguan depresi mayor--- mungkin sebanyak 80%--- melaporkan sumber stres kehidupan munculnya gangguan ini (Monroe & Reid 2009) sumber stres ini berhubungan dengan depresi , yang meliputi kehilangan orang yang disayangi, berakhirnya percintaan , mengganggu dan mengalami kesulitan ekonomi dalam waktu yang lama , penyakit fisik serius, masalah pernikahan atau hubungan , perpisahan atau perceraian , paparan terhadap rasisme dan diskriminasi, dan hidup dilingkungan yang tidak aman dan buruk (misalnya dalam dieling , van Calker & Hecth , 2006; Kolves, Ide, & De Leo 2010; National Center for Health Statistics 2012b) kehilangan yang signifikan, baik kematian orang terkasih. hubungan yang gagal maupun pemecatan, dapat menyebabkan depresi (APA 2013).

DSM-5 menganggap kesedihan sebagai respons yang diharapkan terhadap kehilangan yang signifikan, tetapi bukan sebuah gangguan mental (APA, 2013). Namun, DSM-5 juga menyadari bahwa kesedihan dan depresi bisa timbul secara bersamaan setelah peristiwa kehilangan dan beberapa reaksi kesedihan yang ekstrem dapat mengidentifikasi adanya gangguan depresi mayor.

Hubungan antara stres dan depresi saling bersinggungan: Peristiwa hidup yang membuat stres dapat berkontribusi terhadap depresi, sementara sifat-sifat depresi pun bisa membuat stres dan menimbulkan sumber stres lainnya seperti perceraian atau kehilangan pekerjaan (Liu & Alloy, 2010).

#### 3.2 Teori Psikodinamika

Menurut Freud dalam teori psikodinamika, depresi mewakili kemarahan yang diarahkan ke dalam batin alih-alih ke orang-orang yang dikasihi. Freud percaya

bahwa duka atau rasa berkabung yang normal adalah proses yang menenangkan dimana seseorang nantinya akan dapat memisahkan diri secara psikologis dari orang yang dikasihi yang telah pergi karena kematian, berpisah, bercerai atau alasan lain. Akan tetapi duka patologis tidak mendukung perpisahan yang sehat, dan dapat menumbuhkan depresi yang tak berkesudahan. Duka patologis cenderung muncul pada orang-orang yang menahan perasaan ambivalen yang kuat □ kombinasi dari perasaan positif (cinta) dan negatif (amarah) □ terhadap seseorang yang telah pergi atau kepergiannya ditakuti.

Dari sudut pandang psikodinamika, gangguan bipolar mewakili perubahan dominasi kepribadian seseorang antara ego dan superego. Pada fase depresi, superego lebih dominan, menghasilkan kesadaran yang berlebihan atas kesalahan yang diperbuat dan membanjiri seseorang dengan perasaan bersalah dan perasaan tidak berharga. Setelah beberapa waktu ego kembali dan mengambil alih kendali, menghasilkan perasaan senang dan percaya diri yang menandai fase mania. Kemunculan ego yang berlebihan nantinya akan kembali memicu rasa bersalah, sekali lagi menenggelamkan seseorang ke dalam depresi.

### 3.3 Teori Humanistik

Menurut teori humanistik, seseorang menjadi depresi ketika mereka tidak bisa mengisi keberadaan mereka dengan makna dan membuat pilihan autentik yang menghasilkan self-fulfillment. Rasa bersalah muncul ketika mereka merasa belum mengeluarkan seluruh potensi mereka. Seperti teori psikodinamika, teori humanistik berfokus pada hilangnya harga diri yang bisa muncul pada saat seseorang kehilangan teman atau anggota keluarga atau mengalami kemunduran dalam pekerjaan.

### 3.4 Teori Kognitif

Menurut pandangan kognitif menyatakan bahwa orang-orang yang rentan terhadap depresi adalah mereka yang mengadopsi pola kebiasaan berpikir negatif □ yang disebut segitiga kognitif dari depresi. Segitiga kognitif ini meliputi pandangan negatif tentang diri sendiri (“saya tidak berguna”), pandangan negatif terhadap lingkungan atau dunia secara umum (“Sekolah ini menyebalkan”), pandangan negatif terhadap masa depan (“tidak ada yang berakhir baik bagi saya”). Teori kognitif menyatakan bahwa orang-orang yang mengadopsi cara berpikir negatif seperti ini memiliki risiko yang lebih besar untuk menjadi depresi ketika menghadapi pengalaman hidup yang membuat stres atau pengalaman hidup yang mengecewakan seperti mendapatkan nilai buruk atau kehilangan pekerjaan.

## BAB IX

### GANGGUAN SKIZOFRENIA DAN PSIKOTIK LAINNYA

#### 1. Pengertian

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu Skizo; yang artinya retak atau pecah (split), dan Frenia; yang artinya jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian. Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas proses berpikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya. Waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya. Meskipun demikian, kesadaran yang jernih dan kapasitas intelektual biasanya tidak terganggu. Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak. Merupakan gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Skizofrenia bisa mengenai siapa saja. Data American Psychiatric Association (APA) tahun 1995 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. 75% Penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun. Usia remaja dan dewasa muda memang berisiko tinggi karena tahap kehidupan ini penuh stresor. Kondisi penderita sering terlambat disadari keluarga dan lingkungannya karena dianggap sebagai bagian dari tahap penyesuaian diri.

Pengenalan dan intervensi dini berupa obat dan psikososial sangat penting karena semakin lama ia tidak diobati, kemungkinan kambuh semakin sering dan resistensi terhadap upaya terapi semakin kuat.

#### 1.1 Faktor Pencetus dan Etiologi

##### Etiologi

**Model diatesis stress** : menurut teori ini skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Model ini berpendapat bahwa seseorang yang memiliki kerentanan (diatesis) jika dikenai stresor akan lebih mudah menjadi skizofrenia.

##### a. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8 %, bagi saudara kandung 7-15 %, bagi anak dengan salah satu orang

tua yang menderita Skizofrenia 40-68 %, kembar 2 telur 2-15 % dan kembar satu telur 61-86 % (Maramis, 1998).

- b. Endokrin Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya Skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium., tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.
- c. Metabolisme Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.
- d. Susunan saraf pusat Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.
- e. Teori Adolf Meyer Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya Skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).
- f. Teori Sigmund Freud Skizofrenia terdapat (1) kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik (2) superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan (3) kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.
- g. Eugene Bleuler Penggunaan istilah Skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).
- h. Teori lain Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti sifilis otak, arteriosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui. i. Ringkasan Sampai sekarang belum diketahui dasar penyebab Skizofrenia. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh. Faktor yang

mempercepat, yang menjadikan manifest atau faktor pencetus (presipitating factors) seperti penyakit badaniah atau stress psikologis, biasanya tidak menyebabkan Skizofrenia, walaupun pengaruhnya terhadap suatu penyakit Skizofrenia yang sudah ada tidak dapat disangkal (Maramis, 19988).

## **1.2 Klasifikasi berdasarkan PPDGJ**

### **1. Skizofrenia Paranoid**

Pedoman diagnostik :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- 2) Sebagai tambahan:
  - Halusinasi dan/ waham arus menonjol;
    - a) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (whistling), mendengung (humming), atau bunyi tawa (laughing).
    - b) Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh, halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.
    - c) Waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (delusion of control), dipengaruhi (delusion of influence) atau passivity (delusion of passivity), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas;
  - Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata / tidak menonjol.

Diagnosa Banding :

- Epilepsi dan psikosis yang diinduksi oleh obat-obatan
- Keadaan paranoid involusional
- Paranoid

### **2. Skizofrenia Hebefrenik (Disorganized Type)**

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- 2) Memenuhi gejala lain sebagai berikut
  - inkoherenasi : jalan pikiran kacau dan tidak dapat dimengerti maksudnya
  - Alam perasaan (mood affect) yang datar tana ekspresi serta tidak serasi (incongruous) atau ketololan (silly)
  - Tertawa kekanakan (giggling), senyum menunjukkan rasa puas diri atau senyum hanya dihayati sendiri

- Waham (delusi) tidak jelas dan tidak sistematis (terpecah-belah) tidak terorganisir sebagai kesatuan
- Halusinasi terpecah-pecah dan tidak terorganisir
- Perilaku aneh contohnya menyeringai sendiri, gerakan-gerakan aneh, berkelakar, pengucapan yang diulang-ulang dan kecenderungan menarik diri dari hub. sosial.

### 3. Skizofrenia Katatonik

- Memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia
- Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya : 1. Stupor (amat berkurangnya dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan serta aktivitas spontan) atau mutisme (tidak berbicara); 2. Gaduh gelisah (tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal) 3. Menampilkan posisi tubuh tertentu (secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh); 4. Negativisme (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan, atau pergerakan kearah yang berlawanan); 5. Rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya); 6. Fleksibilitas cerea / "waxy flexibility" (mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar); dan 7. Gejala-gejala lain seperti "command automatism" (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah), dan pengulangan kata-kata serta kalimatkalimat. Pada pasien yang tidak komunikatif dengan manifestasi perilaku dari gangguan katatonik, diagnosis skizofrenia mungkin harus ditunda sampai diperoleh bukti yang memadai tentang adanya gejala-gejala lain. Penting untuk diperhatikan bahwa gejala-gejala katatonik bukan petunjuk diagnostik untuk skizofrenia. Gejala katatonik dapat dicetuskan oleh penyakit otak, gangguan metabolik, atau alkohol dan obat-obatan, serta dapat juga terjadi pada gangguan afektif. Selama stupor atau kegembiraan katatonik, pasien skizofrenik memerlukan pengawasan yang ketat untuk menghindari pasien melukai dirinya sendiri atau orang lain. Perawatan medis mungkin diperlukan karena adanya malnutrisi, kelelahan, hiperpireksia, atau cedera yang disebabkan oleh dirinya sendiri.

### 4. Skizofrenia tak terinci (Undifferentiated)

Seringkali. Pasien yang jelas skizofrenik tidak dapat dengan mudah dimasukkan kedalam salah satu tipe. PPDGJ mengklasifikasikan pasien tersebut sebagai tipe tidak

terinci. Kriteria diagnostic menurut PPDGJ III yaitu: 1. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia 2. Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik. 3. Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.

### **5. Depresi Pasca-Skizofrenia**

Diagnosis harus ditegakkan hanya kalau :

- a. Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria diagnosis umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini
- b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya)
- c. Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif, dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak lagi menunjukkan gejala skizofrenia diagnosis menjadi episode depresif. Bila gejala skizofrenia diagnosis masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai.

### **6. Skizofrenia Residual**

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala Skizofrenia yang tidak begitu menonjol Pedoman diagnostik: Untuk suatu diagnostik yang menyakinkan, persyaratan berikut harus di penuhi semua:

- a) Gejala “Negatif” dari skizofrenia yang menonjol misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketidak adaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk, seperti ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara, dan posisi tubuh, perawatan diri, dan kinerja sosial yang buruk.
- b) Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosa skizofrenia.
- c) Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom negatif dari skizofrenia.
- d) Tidak terdapat dementia, atau penyakit/gangguan otak organik lainnya, depresi kronis atau institusional yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

## 7. Skizofrenia Simpleks

Skizofrenia simpleks sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simpleks adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur, atau penjahat.

Pedoman diagnostik :Skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:

- gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik; dan
- disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial. Gangguan ini kurang jelas gejala psokotiknya dibanding dengan sub type skisofrenia lainnya.

## 8. Skizofrenia lainnya

Selain beberapa subtype di atas, terdapat penggolongan skizofrenia lainnya (yang tidak berdasarkan DSM IV TR), antara lain :

- Skizofreniform  
Gambaran skizofreniform ini sama dengan skizofrenia, perbedaannya adalah bahwa fase-fase perjalanan penyakitnya kurang dari 6 bulan tetapi sekurangnya 1 bulan sudah berlangsung.
- Skizoafektif  
Ditandai dengan adanya sindroma lengkap dari gejala skizofrenia maupun gangguan mood (afektif)
- Gangguan Delusional (Gangguan Paranoid)  
Gangguan psikiatrik dimana gejala yang utama adalah waham
- Skizofrenia Laten.  
Konsep skizofrenia laten dikembangkan selama suatu waktu saat terdapat konseptualisasi diagnostic skizofrenia yang luas. Sekarang, pasien harus

sangat sakit mental untuk mendapatkan diagnosis skizofrenia; tetapi pada konseptualisasi diagnostik skizofrenia yang luas, pasien yang sekarang ini tidak terlihat sakit berat dapat mendapatkan diagnosis skizofrenia. Sebagai contohnya, skizofrenia laten sering merupakan diagnosis yang digunakan gangguan kepribadian schizoid dan skizotipal. Pasien tersebut mungkin kadang-kadang menunjukkan perilaku aneh atau gangguan pikiran tetapi tidak terus menerus memanasifestasikan gejala psikotik. Sindroma juga dinamakan skizofrenia ambang (borderline schizopfhrenia) di masa lalu.

- Gangguan Psikotik Singkat
  - Adanya 1 (atau lebih) gejala-gejala berikut:
    - 1) waham.
    - 2) halusinasi.
    - 3) pembicaraan yang janggal (mis. sering derailment atau incohorensia).  
Cat : jangan masukkan gejala apabila diakui sbg respons pola budaya.
  - Durasi episode gangguan sedikitnya 1 hari sampai kurang dari 1 bulan dan dapat kembali penuh berfungsi seperti keadaan premorbid.
  - Gangguan ini tidak memenuhi kriteria gangguan mood dgn gambaran psikotik, skizoafektif, atau skizofrenia dan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari zat-zat tertentu (medikasi, penyalahgunaan obat) atau kondisi medis umum.

### 1.3 Kriteria Diagnosis berdasarkan PPDGJ

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi ketiga (PPDGJ III) membagi gejala skizofrenia dalam kelompok-kelompok penting, dan yang sering terdapat secara bersama-sama untuk diagnosis. Adapun pedoman diagnosis tersebut yaitu:

Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

- a. “thought echo” = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau “thought insertion or withdrawal” = isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar diriny; dan “thought broadcasting” = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
- b. “delusion of control” = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “delusion of influence” = waham tentang

dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “delusion of passivity” = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang “dirinya” = secara jelas merujuk kepergerakan tubuh atau anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau keinginan khusus); “delusional perception” = pengalaman indrawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya biasanya bersifat mistik atau mikijizat;

- c. Halusinasi auditorik - Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap priku pasien, atau - Mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (di antara berbagai suara yang berbicara), atau - Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh d. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain.

Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- 1) Halusinasi yang menetap dari panca-indra aoa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif ayng jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (over-valued ideas) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terusmenerus;
- 2) Arus pikiran yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
- 3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (excitement), posisi daya tertentu (posturing), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- 4) Gejala-gejala “negatif”, seperti sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;

Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);

Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (overall quality) dari beberapa aspek perilaku pribadi (personal behaviour), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (self absorbed attitude), dan penarikan diri secara sosial.

## 1.4 Gambaran Klinis

Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu primer dan sekunder.

### A. Gejala-Gejala Primer

- Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah, isi pikiran) Pada skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama ialah asosiasi. Kadang-kadang satu ide belum selesai diutarakan, sudah timbul ide lain. Atau terdapat pemindahan maksud, umpamanya maksudnya “tani” tetapi dikatakan “sawah”. Tidak jarang juga digunakan arti simbolik, seperti dikatakan “merah” bila dimaksudkan “berani”. Atau terdapat “clang association” oleh karena pikiran sering tidak mempunyai tujuan tertentu, umpamanya piring-miring, atau “...dulu waktu hari, jah memang matahari, lalu saya lari...”. Semua ini menyebabkan jalan pikiran pada skizofrenia sukar atau tidak dapat diikuti dan dimengerti. Hal ini dinamakan inkoherenasi. Jalan pikiran mudah dibelokkan dan hal ini menambah inkoherensinya. Seorang dengan skizofrenia juga kecenderungan untuk menyamakan hal-hal, umpamanya seorang perawat dimarahi dan dipukuli, kemudian seorang lain yang ada disampingnya juga dimarahi dan dipukuli. Kadang-kadang pikiran seakan berhenti, tidak timbul ide lagi. Keadaan ini dinamakan “blocking”, biasanya berlangsung beberapa detik saja, tetapi kadang-kadang sampai beberapa hari. Ada penderita yang mengatakan bahwa seperti ada sesuatu yang lain didalamnya yang berpikir, timbul ide-ide yang tidak dikehendaki: tekanan pikiran atau “pressure of thoughts”. Bila suatu ide berulang-ulang timbul dan diutarakan olehnya dinamakan perseverasi atau stereotipi pikiran. Pikiran melayang (flight of ideas) lebih sering inkoherenasi. Pada inkoherenasi sering tidak ada hubungan antara emosi dan pikiran, pada pikiran melayang selalu ada efori. Pada inkoherenasi biasanya jalan pikiran tidak dapat diikuti sama sekali, pada pikiran melayang ide timbul sangat cepat, tetapi masih dapat diikuti, masih bertujuan.
- Gangguan afek dan emosi Gangguan ini pada skizofrenia mungkin berupa :
  - a. kedangkalan afek dan emosi (“emotional blunting”), misalnya penderita menjadi acuh tak acuh terhadap hal-hal penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarganya dan masa depannya. Perasaan halus sudah hilang.
  - b. Parathimi : apa yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah.

- c. Paramimi : penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi ia menangis. Parathimi dan paramimi bersama-sama dalam bahasa Inggris dinamakan “incongruity of affect” dalam bahasa Belanda hal ini dinamakan “inadequat”.
  - d. Kadang-kadang emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan, umpamanya sesudah membunuh anaknya penderita menangis sehari-hari, tetapi mulutnya tertawa. Semua ini merupakan gangguan afek dan emosi yang khas untuk skizofrenia. Gangguan afek dan emosi lain adalah : - Emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat, seperti penderita yang sedang bermain sandiwara. - Yang penting juga pada skizofrenia adalah hilangnya kemampuan untuk melakukan hubungan emosi yang baik (“emotional rapport”). Karena itu sering kita tidak dapat merasakan perasaan penderita. - Karena terpecah belahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama, umpamanya mencintai dan membenci satu orang yang sama; atau menangis dan tertawa tentang satu hal yang sama. Ini dinamakan ambivalensi pada afek.
- Gangguan kemauan Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan. Mereka tidak dapat mengambil keputusan., tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberikan alasan, meskipun alasan itu tidak jelas atau tepat, umpamanya bila ditanyai mengapa tidak maju dengan pekerjaan atau mengapa tiduran terus. Atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu diterangkan. Kadang-kadang penderita melamun sehari-hari lamanya bahkan berbulan-bulan. Perilaku demikian erat hubungannya dengan otisme dan stupor katatonik. Negativisme : sikap atau perbuatan yang negative atau berlawanan terhadap suatu permintaan. Ambivalensi kemauan : menghendaki dua hal yang berlawanan pada waktu yang sama, umpamanya mau makan dan tidak mau makan; atau tangan diulurkan untuk berjabat tangan, tetapi belum sampai tangannya sudah ditarik kembali; hendak masuk kedalam ruangan, tetapi sewaktu melewati pintu ia mundur, maju mundur. Jadi sebelum suatu perbuatan selesai sudah timbul dorongan yang berlawanan. Otomatisme : penderita merasa kemauannya dipengaruhi oleh orang lain atau tenaga dari luar, sehingga ia melakukan sesuatu secara otomatis.
  - Gejala psikomotor Juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan. Kelompok gejala ini juga dimasukkan dalam kelompok gejala skizofrenia yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain. Sebetulnya gejala katatonik sering mencerminkan gangguan kemauan. Bila gangguan hanya ringan saja, maka dapat dilihat gerakangerakan yang kurang luwes atau

yang agak kaku. Penderita dalam keadaan stupor tidak menunjukkan pergerakan sama sekali. Stupor ini dapat berlangsung berhari-hari, berbulan-bulan dan kadang-kadang bertahun-tahun lamanya pada skizofrenia yang menahun. Mungkin penderita mutistik. Mutisme dapat disebabkan oleh waham, ada sesuatu yang melarang ia bicara. Mungkin juga oleh karena sikapnya yang negativistik atau karena hubungan penderita dengan dunia luar sudah hilang sama sekali hingga ia tidak ingin mengatakan apa-apa lagi. Sebaliknya tidak jarang penderita dalam keadaan katatonik menunjukkan hiperkinesia, ia terus bergerak saja, maka keadaan ini dinamakan logorea. Kadang-kadang penderita menggunakan atau membuat kata-kata yang baru: neologisme. Berulang-ulang melakukan suatu gerakan atau sikap disebut stereotipi; umpamanya menarik-narik rambutnya, atau tiap kali mau menyuap nasi mengetok piring dulu beberapa kali. Keadaan ini dapat berlangsung beberapa hari sampai beberapa tahun. Stereotipi pembicaraan dinamakan verbigerasi, kata atau kalimat diulang-ulangi. Mannerisme adalah stereotipi yang tertentu pada skizofrenia, yang dapat dilihat dalam bentuk grimas pada mukanya atau keanehan berjalan dan gaya. Gejala katalepsi ialah bila suatu posisi badan dipertahankan untuk waktu yang lama. Fleksibilitas cerea: bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan seperti pada lilin. Negativisme : menentang atau justru melakukan yang berlawanan dengan apa yang disuruh. Otomatisme komando (“command automatism”) sebetulnya merupakan lawan dari negativisme : semua perintah dituruti secara otomatis, bagaimana ganjilpun. Termasuk dalam gangguan ini adalah echolalia (penderita meniru kata-kata yang diucapkan orang lain) dan ekophraksia (penderita meniru perbuatan atau pergerakan orang lain).

## **B. Gejala-Gejala Sekunder**

- Waham Pada skizofrenia, waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizarre. Tetapi penderita tidak menginsafi hal ini dan untuk dia wahamnya adalah fakta dan tidak dapat diubah oleh siapapun. Sebaliknya ia tidak mengubah sikapnya yang bertentangan, umpamanya penderita berwaham bahwa ia raja, tetapi ia bermain-main dengan air ludahnya dan mau disuruh melakukan pekerjaan kasar. Waham dibagi dalam dua kelompok yaitu waham primer dan waham sekunder, waham sistematis atau tafsiran yang bersifat waham (delusional interpretations). Waham primer timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar. Hal ini hampir patognomonis buat skizofrenia. Umpamanya istrinya sedang berbuat serong sebab ia melihat seekor cicak berjalan dan berhenti dua kali, atau seorang penderita berkata “dunia akan kiamat sebab ia melihat seekor anjing mengangkat kaki terhadap

sebatang pohon untuk kencing. Waham sekunder biasanya logis kedengarannya dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain. Waham dinamakan menurut isinya :waham kebesaran atau ekspansif, waham nihilistik, waham kejaran, waham sindiran, waham dosa, dan sebagainya.

- Halusinasi Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan gejala yang hampir tidak dijumpai dalam keadaan lain. Paling sering pada keadaan skizofrenia ialah halusinasi (auditif atau akustik) dalam bentuk suara manusia, bunyi barang-barang atau siulan. Kadang-kadang terdapat halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi citarasa (gustatorik) atau halusinasi singgungan (taktil). Umpamanya penderita mencium kembang kemanapun ia pergi, atau ada orang yang menyinarinya dengan alat rahasia atau ia meragusa ada racun dalam makanannya Halusinasi penglihatan agak jarang pada skizofrenia lebih sering pada psikosa akut yang berhubungan dengan sindroma otak organik bila terdapat maka biasanya pada stadium permulaan misalnya penderita melihat cahaya yang berwarna atau muka orang yang menakutkan. Diatas telah dibicarakan gejala-gejala. Sekali lagi, kesadaran dan intelegensi tidak menurun pada skizofrenia. Penderita sering dapat menceritakan dengan jelas pengalamannya dan perasaannya. Kadangkadang didapati depersonalisasi atau “double personality”, misalnya penderita mengidentifikasikan dirinya dengan sebuah meja dan menganggap dirinya sudah tidak adalagi. Atau pada double personality seakan-akan terdapat kekuatan lain yang bertindak sendiri didalamnya atau yang menguasai dan menyuruh penderita melakukan sesuatu. Pada skizofrenia sering dilihat otisme : penderita kehilangan hubungan dengan dunia luar ia seakan-akan hidup dengan dunianya sendiri tidak menghiraukan apa yang terjadi di sekitarnya. Depersonalisasi, double personality dan otisme digolongkan sebagai gejala primer. Tetapi juga ada yang mengatakan bahwa otisme terjadi karena sangat terganggunya afek dan kemauan.

Tiga hal yang perlu diperhatikan dalam menilai simptom dan gejala klinis skizofrenia adalah:

1) Tidak ada simptom atau gejala klinis yang patognomonik untuk skizofrenia. Artinya tidak ada simptom yang khas atau hanya terdapat pada skizofrenia. Tiap simptom skizofrenia mungkin ditemukan pada gangguan psikiatrik atau gangguan syaraf lainnya. Karena itu diagnosis skizofrenia tidak dapat ditegakkan dari pemeriksaan status mental saat ini. Riwayat penyakit pasien merupakan hal yang esensial untuk menegakkan diagnosis skizofrenia.

2) Simptom dan gejala klinis pasien skizofrenia dapat berubah dari waktu ke waktu. Oleh karena itu pasien skizofrenia dapat berubah diagnosis subtipenya dari perawatan sebelumnya (yang lalu). Bahkan dalam satu kali perawatanpun diagnosis subtype mungkin berubah.

3) Harus diperhatikan taraf pendidikan, kemampuan intelektual dan latar belakang sosial budaya pasien. Sebab perilaku atau pola pikir masyarakat dari sosial budaya tertentu mungkin dipandang sebagai suatu hal yang aneh bagi budaya lain. Contohnya memakai koteka di Papua merupakan hal yang biasa namun akan dipandang aneh jika dilakukan di Jakarta. Selain itu hal yang tampaknya merupakan gangguan realitas mungkin akibat keterbatasan intelektual dan pendidikan pasien.

Gejala mulai timbul biasanya pada masa remaja atau dewasa awal sampai dengan umur pertengahan dengan melalui beberapa fase antara lain :

- 1) Fase Prodomal : Berlangsung antara 6 bulan sampai 1 tahun, Gangguan dapat berupa Self care, gangguan dalam akademik, gangguan dalam pekerjaan, gangguan fungsi sosial, gangguan pikiran dan persepsi.
- 2) Fase Aktif : Berlangsung kurang lebih 1 bulan : Gangguan dapat berupa gejala psikotik; Halusinasi, delusi, disorganisasi proses berfikir, gangguan bicara, gangguan perilaku, disertai kelainan neurokimiawi
- 3) Fase Residual Klien mengalami minimal 2 gejala; gangguan afek dan gangguan peran, serangan biasanya berulang.

### **Gejala Positif Skizofrenia**

Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada penderita Skizofrenia adalah sebagai berikut:

- 1) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus). Misalnya penderita mendengar suara-suara/bisikan di telinganya padahal sebenarnya tidak ada sumbernya.
- 3) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.

- 5) Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba bisa, serba mampu dan sejenisnya.
- 6) Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- 7) Menyimpan rasa permusuhan.

### **Gejala Negatif Skizofrenia**

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan adalah sebagai berikut:

- 1) Alam perasaan (affect) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran perasaan ini terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Menarik diri atau mengungsikan diri (with-drawn) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming).
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.
- 7) Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (avolition) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, setra tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu). Gejala-gejala negatif Skizofrenia sebagaimana diuraikan di atas seringkali tidak disadari atau kurang diperhatikan oleh pihak keluarga, karena dianggap “tidak mengganggu” sebagaimana halnya pada penderita Skizofrenia yang menunjukkan gejala-gejala positif. Oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa penderita untuk berobat. Dalam pengalaman praktek, gejala positif Skizofrenia baru muncul pada tahap akut. Sedangkan pada stadium kronis (menahun) gejala negatif Skizofrenia lebih menonjol. Tetapi tidak jarang baik gejala positif atau negatif muncul berburuan, tergantung pada stadium penyakitnya.

### **Terapi yang Dapat Dilakukan**

#### **1. Farmakoterapi**

Pada keadaan gawat darurat, seorang pasien yang teragitasi parah harus diberikan suatu obat antipsikotik secara intramuskular. Walaupun percobaan klinik yang dilakukan secara adekuat dengan sejumlah pasien belum ada, sebagian besar klinisi berpendapat bahwa obat antipsikotik adalah obat terpilih untuk gangguan delusional. Pasien gangguan delusional kemungkinan menolak medikasi karena mereka dapat

secara mudah menyatukan pemberian obat ke dalam system wahamnya. Dokter tidak boleh memaksakan medikasi segera setelah perawatan di rumah sakit, malahan, harus menggunakan beberapa hari untuk mendapatkan rapport dengan pasien. Dokter harus menjelaskan efek samping potensial kepada pasien, sehingga pasien kemudian tidak menganggap bahwa dokter berbohong. Riwayat pasien tentang respon medikasi adalah pedoman yang terbaik dalam memilih suatu obat. Seringkali, dokter harus mulai dengan dosis rendah — sebagai contoh, haloperidol (haldol) 2 mg — dan meningkatkan dosis secara perlahan-lahan. Jika pasien gagal berespon dengan obat pada dosis yang cukup dalam percobaan selama enam minggu, antipsikotik dari kelas lain harus dicoba. Beberapa peneliti telah menyatakan bahwa pimozide (Orap) mungkin efektif dalam gangguan delusional, khususnya pada pasien dengan waham somatik. Penyebab kegagalan obat yang tersering adalah ketidakpatuhan, dan kemungkinan tersebut harus diperhitungkan. Jika pasien tidak mendapatkan manfaat dari medikasi antipsikotik, obat harus dihentikan. Pada pasien yang berespon terhadap antipsikotik, beberapa data menyatakan bahwa dosis pemeliharaan adalah rendah. Walaupun pada dasarnya tidak ada data yang mengevaluasi penggunaan antidepresan, lithium (Eskalith), atau antikonvulsan — sebagai contohnya, carbamazepine (Tegretol) dan valproate (Depakene) — di dalam pengobatan gangguan delusional, percobaan dengan obat-obat tersebut mungkin diperlukan pada pasien yang tidak responsif terhadap obat antipsikotik. Percobaan dengan obat-obat tersebut harus dipertimbangkan jika seorang pasien memiliki ciri suatu gangguan mood atau suatu riwayat keluarga adanya gangguan mood.

## 2. Psikoterapi

Elemen penting dalam psikoterapi yang efektif adalah menegakkan suatu hubungan di mana pasien mulai mempercayai ahli terapi. Terapi individual tampaknya lebih efektif daripada terapi kelompok. Terapi suportif berorientasi-tilikan, kognitif, dan perilaku seringkali efektif. Pada awalnya, ahli terapi tidak boleh setuju atau menantang waham pasien. Walaupun ahli terapi harus menanyakan tentang waham untuk menegakkan luasnya, pertanyaan terus menerus tentang waham kemungkinan harus dihindari. Dokter dapat menstimulasi motivasi untuk mendapatkan bantuan dengan menekankan kemauan untuk membantu pasien mengatasi kecemasan atau iritabilitasnya, tanpa menyatakan bahwa waham yang diobati. Tetapi, ahli terapi tidak boleh secara aktif mendukung gagasan bahwa waham merupakan kenyataan. Kejujuran ahli terapi yang kokoh adalah penting. Ahli terapi harus tepat pada waktunya dan membuat perjanjian seteratur mungkin, tujuan yang akan dikembangkan adalah hubungan yang kuat dan saling mempercayai dengan pasien. Kepuasan yang berlebihan malahan dapat meningkatkan permusuhan dan kecurigaan pasien karena disadari bahwa tidak semua kebutuhan dapat dipenuhi. Ahli terapi

dapat menghindari kepuasan yang berlebihan dengan tidak memperpanjang periode perjanjian yang telah ditentukan, dengan tidak memberikan perjanjian ekstra kecuali mutlak diperlukan, dan tidak toleran terhadap bayaran. Ahli terapi tidak boleh membuat tanda-tanda yang meremehkan tentang waham atau gagasan pasien tetapi dapat secara simpatik menyatakan pada pasien bahwa keasyikan mereka dengan wahamnya akan menegangkan diri mereka sendiri dan mengganggu kehidupan yang konstruktif. Jika pasien mulai ragu-ragu dengan wahamnya, ahli terapi dapat meningkatkan tes realitas dengan meminta pasien memperjelas permasalahan mereka.

3. Faktor psikodinamika Pengalaman internal dari pasien delusional adalah bahwa mereka merupakan korban dunia yang menyiksa diri mereka. Proyeksi adalah mekanisme pertahanan yang utama, dan semua kebencian diproyeksikan kepada orang-orang atau institusi di lingkungan. Dengan mensubstitusi ancaman eksternal dengan ancaman internal, pasien delusional merasakan suatu pengendalian. Kebutuhan untuk mengendalikan setiap orang di sekitar mereka mencerminkan harga diri yang rendah pada inti paranoia. Pasien paranoid mengkompensasi perasaan kelemahan dan inferioritas dengan menganggap bahwa mereka adalah sangat penting sehingga badan pemerintah, orang penting, dan orang penting lain di dalam lingkungan semuanya sangat memperhatikan diri mereka dan mencoba menyiksanya. Klinisi yang berusaha mengobati pasien dengan gangguan delusional harus menghormati kebutuhan pasien akan pertahanan proyeksi. Ahli psikoterapi harus mau berperan sebagai penampung semua perasaan negatif yang diproyeksikan oleh pasien; tiap usaha untuk mengembalikan perasaan tersebut secara prematur akan menyebabkan pasien merasa diserang dan dipermalukan. Satu akibat wajar dari prinsip tersebut adalah bahwa waham tidak boleh ditantang saat bekerja secara psikoterapi dengan pasien delusional. Malahan, ahli terapi harus semata-mata meminta penjelasan lebih jauh tentang persepsi dan perasaan pasien. Pendekatan lain yang berguna dalam membangun ikatan terapeutik adalah bersikap empati dengan pengalaman internal pasien yang sedang dilanda penyiksaan. Mungkin membantu mengeluarkan komentar, "Anda pasti merasa lelah, mengingat apa yang telah anda lalui." Tanpa menyetujui setiap mispersepsi delusional, ahli terapi dapat menyadari bahwa, dari pandangan pasien, persepsi tersebut menciptakan penghilangan ketegangan yang baik. Tujuan akhir adalah membantu pasien memiliki keraguan tentang persepsinya. Saat pasien menjadi kurang kaku, perasaan kelemahan dan inferioritas yang menyertai depresi dapat timbul. Saat pasien membiarkan perasaan kelemahan memasuki terapi, suatu hubungan terapeutik yang positif telah ditegakkan, dan pekerjaan terapeutik yang konstruktif menjadi dimungkinkan.

#### 4. Terapi keluarga

Jika anggota keluarga hadir, klinisi dapat memutuskan untuk melibatkan mereka di dalam rencana pengobatan. Tanpa menjadi terlihat berpihak pada musuh, klinisi harus berusaha mendapatkan keluarga sebagai sekutu di dalam proses pengobatan. Sebagai akibatnya, baik pasien dan anggota keluarganya perlu mengerti bahwa konfidensialitas dokter-pasien akan dijaga oleh ahli terapi dan komunikasi dengan sanak saudara akan dibicarakan pada suatu saat dengan pasien. Keluarga akan mendapat manfaat dengan membantu ahli terapi dan dengan demikian membantu pasien. Hasil terapi yang baik tergantung pada kemampuan dokter psikiatrik untuk berespon terhadap ketidakpercayaan pasien terhadap orang lain dan konflik interpersonal, frustrasi, dan kegagalan yang dihasilkannya. Tanda terapi yang berhasil mungkin adalah suatu kepuasan penyesuaian sosial, bukannya menghilangkan waham pasien.

## **BAB X**

### **GANGGUAN MASA ANAK**

#### **1. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)**

Ada tiga tipe ADHD, yaitu :

(a) Inatensi, ciri-cirinya: gagal memerhatikan detail atau melakukan kecerobohan dalam tugas sekolah, kesulitan memertahankan perhatian di sekolah atau ketika bermain, tidak tampak memerhatikan apa yang sedang dikatakan orang lain, kesulitan mengatur pekerjaan & aktivitas lainnya , menghindari pekerjaan atau aktivitas yang membutuhkan perhatian terus menerus, gagal mengikuti instruksi atau menyelesaikan tugas, kehilangan peralatan kerja (misalnya, pensil, buku, tugas, mainan), perhatiannya mudah teralihkan, sering lupa melakukan aktivitas sehari-hari;

(b) Hiperaktivitas, ciri-cirinya, tangan atau kaki bergerak gelisah dan/atau tidak bisa diam di tempat duduknya, meninggalkan kursi dalam situasi belajar yang mengharuskan duduk dengan tenang, terus berlarian atau memanjat sesuatu, sulit bermain dengan tenang; dan

(c) Impulsivitas, ciri-cirinya: sering berteriak di dalam kelas, tidak bisa menunggu giliran dalam antrian, permainan, dan sebagainya. ADHD didiagnosis dua sampai sembilan kali lebih banyak pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan.

Gangguan ini biasanya didiagnosis pertama kali masa sekolah dasar. Anak-anak ini memiliki inteligensi rata-rata atau di atas rata-rata, tetapi kurang berprestasi di sekolah. Penyebab ADHD adanya kontribusi genetik juga faktor lingkungan, misalnya ibu yang merokok & stress emosional semasa kehamilan, konflik keluarga dan keterampilan pengasuhan yang buruk dalam menangani perilaku yang menyimpang. Penanganan ADHD menggunakan obat-obatan meliputi stimulan yang banyak digunakan yaitu Ritalin dan stimulant jangka panjang lainnya yang disebut Concerta, yaitu obat dosis sekali sehari. Selain obat-obatan, intervensi psikologis seperti program modifikasi perilaku untuk melatih perilaku lebih adaptif. Terapis kogniti-perilaku membantu anak-anak dengan ADHD untuk “berhenti dan berpikir” sebelum mengekspresikan impuls marah & bertindak secara agresif.

#### **2. ASD (Autism Spectrum Disorder)**

Kata Autisme berasal dari bahasa Yunani autos yang berarti self. Istilah ini pertama kali digunakan pada tahun 1906 oleh Psikiater Swiss Eugen Bleuler, untuk mnegacu pada gaya berpikir yang aneh dari penderita Skizofrenia. Cara berpikir autistik adalah

kecenderungan untuk memandang diri sendiri sebagai pusat alam semesta & percaya bahwa kejadian eksternal mengacu ke diri sendiri. Pada tahun 1943, Psikiater lainnya Leo Kanner menerapkan diagnosis autisme infantil awal (early infantile autism) kepada sekelompok anak yang terganggu, yang tampaknya tidak dapat berhubungan dengan orang lain, seolah-olah mereka hidup dalam dunianya sendiri. DSM 5 menempatkan autisme ke dalam diagnosis yang lebih luas yang meliputi berbagai macam gangguan terkait autisme yang tingkat keparahannya bervariasi. Prevalensi ASD yang dilaporkan terus mengalami peningkatan selama 20 tahun terakhir. Pada tahun 2013, peneliti dari pemerintah memperkirakan bahwa 1 dari 50 anak (2%) di Amerika Serikat - lebih dari 1 juta anak secara total - terserang beberapa bentuk gangguan spectrum autisme, meningkat dibandingkan 1 dari 86 yang dilaporkan pada tahun 2007. Ciri-ciri autisme yang paling menonjol adalah kesendirian anak. Ciri lainnya meliputi kekurangan yang signifikan dalam keterampilan sosial, bahasa, serta komunikasi dan perilaku ritualistik atau stereotip. Menggunakan kata-kata yang hanya dipahami artinya oleh mereka yang memiliki kedekatan dengan anak tersebut. Menggunakan kata ganti secara terbalik (menggunakan "kamu" atau "dia" bukan "saya"). Anak mengalami echolalia (mengulang kembali apa yang didengar dengan nada suara tinggi yang monoton). Komunikasi non verbal juga terganggu atau hilang. Contoh menghindari kontak mata dan tidak mau menunjukkan ekspresi wajah. Beberapa anak mungkin membenturkan kepala, menampar wajah, menggigit tangan dan bahu atau menjambak rambut mereka. Mereka dapat menjadi marah/tantrum atau panik secara tiba-tiba. Ciri lainnya adalah melakukan gerakan repetitif dan tanpa tujuan, misalnya memutar-mutar benda, bertepuk tangan, atau berayun maju dan mundur dengan lengan memeluk kaki. Keyakinan awal yang sekarang sudah ditinggalkan menyatakan bahwa sikap menyendiri anak autistik adalah sebagai reaksi terhadap orangtua yang dingin dan mengambil atau menjaga jarak - lemari es emosional - yang tidak memiliki kemampuan untuk menjalin hubungan yang hangat dengan anak mereka. Sedangkan peneliti mengatakan bahwa otak anak yang mengalami autisme tumbuh secara abnormal akibat kombinasi faktor genetik dan pengaruh lingkungan (yang masih belum diketahui), yang mungkin melibatkan paparan pada racun dan virus tertentu atau pengaruh prenatal. Program perilaku yang intensif yang menerapkan prinsip-prinsip pembelajaran di lingkungan anak dapat meningkatkan keterampilan belajar dan bahasa serta perilaku adaptif secara sosial pada anak autistik secara signifikan. Pendekatan ini disebut ABA (Applied Behavior Analysis). Penanganan biomedis sangat dibatasi pada penggunaan obat-obatan antipsikotik untuk mengendalikan perilaku disruptif, seperti kemarahan, agresi, perilaku melukai diri sendiri, dan perilaku stereotip anak-anak autistik.

### **3. Ketidakmampuan Belajar (Learning Disability)/LD**

DSM-5 menerapkan diagnosis tunggal atas gangguan pembelajaran spesifik untuk berbagai jenis gangguan pembelajaran yang melibatkan kekurangan yang signifikan dalam keterampilan membaca, menulis, aritmatika & matematika serta fungsi eksekutif. Kekurangan/defisit ini berdampak signifikan terhadap prestasi akademik. Ini biasanya muncul selama usia sekolah, tetapi mungkin tidak disadari sampai tuntutan akademis melebihi kemampuan individunya. Anak-anak ini memiliki prestasi akademik yang buruk padahal apabila diukur, taraf kecerdasannya tergolong cukup/rata-rata atau di atas rata-rata. Anak-anak yang mengalami LD bukan karena keterlambatan perkembangan intelektual (ID), kondisi neurologis, atau medis lainnya. Anak-anak yang mengalami gangguan belajar sering mengalami masalah psikologis lainnya, seperti rendahnya harga diri, serta memiliki risiko mengalami ADHD. Jenis-jenis gangguan belajar, yaitu: (a) gangguan membaca, yaitu anak-anak yang membaca dengan lambat serta kesulitan, mengubah, menghilangkan atau mengganti kata-kata ketika mereka membaca dengan suara keras. Mereka kesulitan dalam menguraikan huruf-huruf & kombinasi huruf serta kesulitan menerjemahkannya menjadi suara yang tepat. Mereka juga salah mengartikan huruf seperti jungkir-balik, misalnya bingung antara w dan m atau melihatnya secara terbalik (b dan d). Di kalangan guru, klinisi, peneliti, kondisi seperti ini masih disebut sebagai disleksia meskipun DSM-5 tidak menggunakan istilah disleksia; (b) gangguan menulis, ditandai oleh kesalahan mengeja, tata bahasa, atau tanda baca, gangguan kelancaran menulis, kesulitan menyusun kalimat atau paragraph yang jelas & teratur. Kesulitan menulis yang parah biasanya tampak pada usia 7 tahun (kelas dua SD) meskipun kasus yang lebih ringan mungkin tidak disadari sampai usia 10 tahun (kelas lima SD) atau setelahnya; (c) gangguan aritmetika & matematika, anak yang mengalami masalah dalam memahami fakta aritmatika dasar, seperti, mengerjakan penjumlahan atau pengurangan, melakukan perhitungan atau mempelajari tabel perkalian, atau menyelesaikan soal matematika. Masalah ini mungkin tampak sejak anak di kelas 1 SD (6 tahun) tetapi umumnya tidak disadari sampai anak duduk di kelas 2 atau 3 SD, dan (d) gangguan fungsi eksekutif yaitu anak yang mengalami gangguan serangkaian kemampuan mental yang lebih tinggi dalam melakukan tugas-tugas pengorganisasian, perencanaan, dan pengoordinasian yang dibutuhkan untuk mengelola tugas yang diaman oleh seseorang. Mereka mungkin mengabaikan tugas sekolah, tidak mengerjakan tugas pekerjaan rumah, atau tidak mempunyai rencana untuk menyelesaikan tugas tepat waktu.

#### **4. Ketidakmampuan Intelektual (Intellectual Disability)/ID**

ID sebelumnya disebut sebagai Retardasi Mental. Cirinya adalah individu dengan keterbatasan atau kekurangan yang signifikan dan rentang yang luas dalam perkembangan fungsi intelektual dan perilaku adaptif (kurangnya keterampilan konseptual, sosial, dan praktis dalam kehidupan sehari-hari). ID dimulai sebelum usia 18 tahun selama pertumbuhan anak dan berlanjut selama hidupnya. ID didiagnosis berdasarkan skor IQ yang rendah dan penurunan fungsi adaptif yang terjadi sebelum usia 18 tahun. Tabel berikut ini memperlihatkan tingkat ID.

Penyebab ID meliputi faktor biologis, psikososial, atau kombinasi keduanya. Penyebab biologis meliputi gangguan kromosom & genetik, infeksi menular, & penggunaan alkohol oleh ibu selama masa kehamilan. Penyebab psikososial meliputi paparan pada lingkungan rumah yang buruk yang ditandai dengan kurangnya aktivitas yang menstimulasi secara intelektual selama masa kanak-kanak. Penanganan tergantung pada tingkat keparahan & jenis retardasi. Dengan pelatihan yang tepat, anak-anak yang mengalami ID ringan dapat menyamai tingkat kompetensi anak kelas enam SD. Di sisi lain, anak-anak dengan ID parah atau berat membutuhkan perawatan dari institusi terkait atau ditempatkan pada fasilitas perawatan yang ada di masyarakat, seperti group home.

#### **5. Gangguan Komunikasi (Communication Disorders) Adalah kesulitan yang persisten dalam memahami atau menggunakan bahasa atau berbicara dengan jelas dan fasih.**

##### **A. Gangguan Bahasa (Language Disorder)**

Penurunan kemampuan menghasilkan atau memahami bahasa verbal. Mungkin ada gangguan spesifik, seperti perkembangan kosa kata yang lambat, kesalahan dalam tata bahasa, kesulitan mengingat kembali kata, dan masalah dalam membuat kalimat yang panjang dan kompleksitasnya sesuai dengan usia individu. Anak-anak yang mengalami kesulitan ini mungkin juga memiliki gangguan bunyi bahasa (artikulasi). Anak-anak dengan gangguan ini mungkin juga kesulitan dalam memahami kata atau kalimat.

#### **5. Gangguan Bicara**

Sebelumnya disebut gangguan fonologis, adalah kesulitan mengartikulasikan suara dalam berbicara tanpa adanya kerusakan pada mekanisme bicara oral atau gangguan neurologis. Anak-anak dengan gangguan ini mungkin menghilangkan, mengganti, atau salah mengucapkan bunyi tertentu, terutama ch, f, l, r, sh, dan th, yang biasanya dapat diucapkan dengan benar oleh kebanyakan anak ketika memasuki usia sekolah. Mereka mungkin terdengar seperti bayi berbicara. Anakanak dengan kasus lebih parah mengalami masalah dalam mengartikulasikan suara yang seharusnya sudah

dikuasai pada usia prasekolah: b, m, s, d,n, dan h. Terapi bicara seringkali membantu. Pada kasus yang lebih ringan dapat teratasi dengan sendirinya pada usia 8 tahun. Gagap (stuttering) sebagai jenis gangguan komunikasi yang disebut gangguan kefasihan childhood-onset (childhood-onset fluency disorder). Orang yang gagap mengalami kesulitan dalam berbicara secara lancar antara usia 2- 7 tahun. Gangguan ini ditandai dengan: (a) repetisi suara dan suku kata; (b) perpanjangan (prolongasi) suara-suara tertentu; (c) interjeksi atau penyisipan suara yang tidak tepat; (d) kata-kata yang terputus seperti adanya jeda di antara kata-kata yang diucapkan; (e) hambatan dalam berbicara; (f) sirkumlokusi (substitusi kata-kata alternatif untuk menghindari kata-kata yang bermasalah); (g) adanya tekanan fisik ketika mengucapkan kata-kata; dan (h) repetisi kata yang terdiri dari suku kata tunggal. Gagap sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Gagap yang menyerang anak laki-laki, lebih dari 80%, dapat teratasi tanpa penanganan apa pun biasanya sebelum usia 16 tahun. Penyebab gagap masih diteliti, namun faktor genetik berperan dalam memengaruhi kendali otot yang menghasilkan bicara. Gagap juga memiliki komponen emosional. Gagap seringkali dibarengi dengan kecemasan tentang berbicara atau menghindari pembicaraan yang timbul dari rasa malu.

#### **6. Gangguan Komunikasi Sosial (Pragmatis)**

Gangguan jenis baru dalam DSM-5. Terjadi pada anak-anak yang mengalami kesulitan berkomunikasi yang berkelanjutan dan parah secara verbal dan nonverbal dengan orang lain dalam konteks alaminya (di sekolah, di rumah, di tempat bermain). Anak-anak ini kesulitan melakukan percakapan dan mungkin diam saja ketika berada dalam kelompok anak-anak. Mereka sulit mempelajari dan menggunakan bahasa lisan serta tulisan. Kekurangan komunikasi ini menyulitkan mereka untuk berpartisipasi penuh dalam interaksi sosial dan berdampak buruk terhadap prestasi di sekolah. Penanganan gangguan ini dilakukan dengan terapi bicara dan bahasa.

#### **7. Gangguan Tingkah Laku (Conduct Disorder)/CD**

Anak-anak yang mengalami CD secara sengaja melakukan perilaku antisosial yang melanggar norma-norma sosial dan hak orang lain. Mereka sering bertindak agresif terhadap orang lain, mengancam atau membully anak lainnya ataupun memulai konfrontasi fisik. Mereka tidak memiliki perasaan dan tampaknya tidak

merasa bersalah atau menyesal atas kelakuan buruk mereka. Mereka dapat berbohong, mencuri, menipu atau merusak untuk mendapatkan yang mereka inginkan, merusak barang, membakar, menerobos masuk rumah orang lain, dan semakin dewasa melakukan tindakan kriminal yang serius, seperti, pemerkosaan, perampokan bersenjata, bahkan membunuh. Mereka mungkin menyontek di sekolah,

berbohong untuk menutupi perbuatannya. Mereka sering terlibat dalam penyalahgunaan obat dan aktivitas seksual sebelum menikah. Gangguan ini menyerang sekitar 12% pria dan 7% wanita. Pada anak pria CD bentuknya cenderung mencuri, berkelahi, vandalisme, atau masalah disiplin sekolah. Sedangkan pada anak perempuan lebih cenderung berbohong, membolos, kabur dari rumah, mengonsumsi narkoba, dan prostitusi. Usia rata-rata munculnya CD adalah 11,6 tahun, meskipun bisa saja pada usia yang lebih muda atau tua.

#### **8. Gangguan Sikap Menentang (Oppositional Defiant Disorder)/ODD**

Anak-anak dengan ODD cenderung terlalu negativistik atau menentang. Mereka melawan pihak yang memiliki otoritas dengan sering membantah orangtua dan guru serta sering menolak mengikuti perintah atau permintaan dari orang dewasa. Gangguan ini paling sering terjadi pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan sebelum usia 12 tahun. Diperkirakan menyerang mulai 1% sampai 11% anak-anak & remaja. Gangguan ini biasanya dimulai di lingkungan rumah tetapi dapat meluas ke lingkungan lainnya seperti sekolah. Penyebab ODD masih belum jelas, diduga sikap menentang merupakan ekspresi dari temperamen anak yang sulit. Hal lainnya adalah ada konflik antara anak dan orangtua yang tidak terselesaikan atau kontrol orangtua yang terlalu ketat. ODD sebagai fiksasi pada tahap anak perkembangan psikoseksual. Teoretikus pembelajaran memandang perilaku menentang muncul karena penggunaan strategi penguatan yang tidak tepat. Gangguan ini muncul pada pola asuh yang negatif. Penanganan gangguan ini yaitu dengan program pelatihan orangtua berbasis perilaku untuk membantu orangtua mengurangi perilaku agresif, disruptif, dan menentang dari anak-anak untuk meningkatkan perilaku adaptif mereka. Terapi kognitif-perilaku juga digunakan untuk melatih anak yang agresif. Anak-anak dilatih menggunakan *calming self-talk* untuk menghambat perilaku impulsif dan mengendalikan kemarahan.

#### **9. Gangguan Kecemasan akan Perpisahan (Separation Anxiety Disorder)**

Anak-anak didiagnosis ketika tingkat ketakutan atau kecemasan akan perpisahan dari pengasuh atau figure kelekatan itu persisten dan berlebihan atau tidak sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Anak usia 3 tahun seharusnya dapat mengikuti kegiatan prasekolah tanpa merasa mual dan muntah karena kecemasannya. Anak usia 6 tahun seharusnya dapat mengikuti pendidikan SD tanpa rasa ketakutan yang persisten bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada mereka atau orangtuanya. Anak-anak dengan gangguan kecemasan akan perpisahan cenderung terikat pada orangtuanya dan mengikuti ke manapun mereka berada di seputar rumahnya. Ciri lainnya adalah

mimpi buruk, sakit perut, mual dan muntah ketika mengantisipasi perpisahan (seperti pada hari-hari sekolah), memohon kepada

orangtua agar tidak pergi atau mengamuk saat orangtuanya hendak pergi. Anakanak ini mungkin menolak ke sekolah karena takut bahwa sesuatu akan terjadi pad aorangtuanya saat mereka pergi. Gangguan ini menyerang 4%-5% anak-anak dan merupakan gangguan kecemasan paling banyak pada anak di bawah usia 12 tahun. Masa lalu, gangguan kecemasan akan perpisahan disebut fobia sekolah. Perspektif psikoanalisis berpendapat bahwa kecemasan dan ketakutan menyimbolkan konflik yang tidak disadari. Teoretikus kognitif berfokus pada peran bias kognitif. Anak yang cemas menunjukkan distorsi kognitif yang ditemukan pada orang dewasa yang mengalami gangguan kecemasan, termasuk menginterpretasikan situasi sosial sebagai mengancam dan hal buruk akan terjadi. Sedangkan, teoretikus pembelajaran menyatakan bahwa kecemasan mungkin berasal dari rasa takut akan penolakan atau kegagalan yang terbawa pada berbagai situasi. Faktor genetik dapat berkontribusi terhadap gangguan kecemasan pada anak. Anak-anak dengan gangguan ini dapat diberikan teknik kognitif-perilaku, seperti dihadapkan pada stimuli yang menimbulkan rasa takut secara bertahap dan latihan relaksasi. Obat antidepressan juga ampuh dalam menangani anak & remaja dengan gangguan ini.

## **10. Gangguan Eliminasi**

### **A. Enuresis**

Enuresis berasal dari bahasa Yunani en- artinya di dalam, dan ouron artinya urin. Enuresis adalah kegagalan untuk mengontrol urinasi (buang air kecil) setelah seseorang mencapai usia normal untuk mampu mengontrol. Kriteria diagnosis: mengompol berulang kali di seprai atau celana (disengaja atau tidak disadari), mengompol setidaknya terjadi dua kali seminggu selama tiga bulan atau menyebabkan kesulitan atau penurunan fungsi yang signifikan, dan tidak ada dasar gangguan organik atau medis pada gangguan ini; gangguan ini juga bukan disebabkan oleh penggunaan satu obat atau medikasi. Gangguan ini lebih sering terjadi pada anak laki-laki. Diperkirakan 5-10% anak-anak memenuhi kriteria mengalami enuresis pada usia 5 tahun. Menurut perspektif psikodinamika, enuresis menunjukkan ekspresi permusuhan terhadap orangtua karena memaksanya menggunakan toilet. Gangguan ini merupakan respon regresi terhadap kelahiran saudara kandung atau adanya perubahan hidup. Teoretikus pembelajaran mengemukakan bahwa enuresis paling sering terjadi pada anak-anak yang orangtuanya berusaha melatih sejak usia dini. Enuresis primer bentuk gangguan paling umum yang ditandai dengan mengompol pada malam hari yang bersifat

persisten yang belum pernah membentuk kontrol urinasi pada malam hari, hal ini dipengaruhi genetik. Enuresis sekunder tampak tidak dipengaruhi secara genetik dan terjadi pada anak-anak yang memiliki masalah mengompol setelah mampu mengontrol urinasi. Penanganan enuresis biasanya hilang dengan sendirinya setelah anak-anak menjadi dewasa. Metode perilaku terbukti membantu ketika enuresis menyebabkan stres berat. Metode alarm urin, yaitu variasi pada teknik yang diperkenalkan oleh psikolog O. Hobart Mowrer pada tahun 1930-an. Obat-obatan psikiatrik juga dapat membantu.

## B. Enkopresis

Enkopresis berasal dari bahasa Yunani en- dan kopros artinya feses. Enkopresis berarti kurangnya kontrol terhadap keinginan buang air besar bukan disebabkan masalah organik. Anak harus memiliki usia kronologis setidaknya 4 tahun atau pada anak yang mengalami gangguan mental, setidaknya usia mentalnya minimal 4 tahun. Sekitar 1% anak usia 5 tahun mengalami gangguan ini. Enkopresis lebih sering terjadi pada anak laki-laki. Buang Air Besar (BAB) di celana lebih sering terjadi pada siang hari ketimbang malam hari. jadi akan sangat memalukan bagi anak. BAB di celana (soiling) sering terjadi setelah pemberian hukuman sangat berat. Penanganan dengan teknik perilaku sangat membantu dalam menangani enkopresis. Penanganan biasanya melibatkan orangtua yang memberikan penghargaan atas keberhasilan upaya pengendalian diri yang berhasil dan menggunakan hukuman ringan untuk kejadian yang terus berlanjut. Misalnya mengingatkan secara lembut agar lebih memerhatikan rasa ingin BAB dan meminta anak untuk membersihkan celana dalamnya sendiri.

## BAB XI

### PENYALAHGUNAAN DAN KETERGANTUNGAN ZAT

#### 1. Pengertian

Penggunaan zat psikoaktif yang memengaruhi keadaan mental seseorang merupakan hal yang normal. Dalam hal ini misalnya memulai hari kita dengan mengkonsumsi kafein yang terkandung di dalam kopi atau teh. Setiap zat ini memengaruhi keadaan mental kita, membuat kita menjadi lebih waspada (setelah mengonsumsi kafein), atau membuat kita lebih santai (setelah minum minuman beralkohol).

Namun penggunaan beberapa zat psikoaktif seperti kokain, mariyuana dan heroin merupakan hal yang abnormal karena hal tersebut ilegal dan menyimpang dari standar sosial. Klasifikasi gangguan penggunaan zat dalam sistem DSM tidak didasarkan pada apakah obat tersebut legal atau ilegal, tetapi lebih pada bagaimana penggunaan obat tersebut mengganggu fungsi fisiologis dan psikologis seseorang.

Penyalahgunaan obat dapat menjadikan ketergantungan yakni kecenderungan menggunakan obat secara terus menerus atau yang disebut dependensi, yang terbagi ke dalam dua tipe:

- 1) Ketergantungan fisiologis : perubahan fisiologis sebagai akibat penggunaan obat psikoaktif yang teratur dalam cara tertentu, yang membuat daya tahan dan sindrom penarikan diri terbentuk. Misalnya : insomnia, atau kalau tidak minum obat tidak bisa tidur
- 2) ketergantungan kejiwaan : pola penggunaan kompulsif yang dihubungkan dengan lepas kontrol terhadap penggunaan suatu obat.

DSM IV menggunakan istilah penyalahgunaan zat dan ketergantungan zat untuk menggolongkan orang-orang yang penggunaan zatnya merusak fungsi mereka. Ketergantungan fisiologis berarti tubuh seseorang telah berubah sedemikian rupa sebagai hasil dari penggunaan obat-obatan psikoaktif secara teratur sehingga tubuh menjadi tergantung pada pasokan zat yang stabil. Tanda-tanda utama dari ketergantungan fisiologis mencakup perkembangan toleransi atau sindrom abstinensi. Ketergantungan psikologis mencakup penggunaan obat-obatan secara kompulsif untuk memenuhi kebutuhan psikologis. DSM-5 mengklasifikasikan gangguan terkait zat ke dalam dua tipe utama yaitu : Gangguan akibat penggunaan zat dan gangguan penggunaan zat

**a. Gangguan akibat penggunaan zat (substance-induced disorder)**

Merupakan pola perilaku abnormal yang disebabkan oleh penggunaan zat psikoaktif. Dua jenis utama dari gangguan ini adalah intoksikasi dan gejala putus zat. Zat yang berbeda memiliki efek yang berbeda pula, sehingga beberapa dari gangguan ini mungkin bisa disebabkan oleh satu, beberapa atau hampir oleh semua zat.

- Intoksikasi zat (substance intoxication), merupakan gangguan akibat penggunaan zat melibatkan pola episode intoksikasi yang berulang. Gangguan ini disebabkan oleh penggunaan obat tertentu. Ciri dari intoksikasi tergantung pada jenis obat yang dikonsumsi, dosis dan reaktivitas biologis pengguna. Tanda-tanda intoksikasi misalnya kebingungan, marah-marah, gangguan penilaian, kurang perhatian dan terganggunya kemampuan motorik dan spasial.
- Gejala putus zat (substance withdrawal), adalah gangguan akibat penggunaan zat yang melibatkan sekelompok gejala yang muncul ketika seseorang tiba-tiba berhenti menggunakan zat tertentu setelah periode penggunaan yang lama dan dosis yang tinggi dari suatu zat. Penggunaan zat secara berulang dapat mengubah reaksi fisiologis tubuh, mengakibatkan berkembangnya efek fisiologis seperti toleransi dan secara jelas disebut sebagai sindrom putus zat (withdrawal syndrome)
- Toleransi (tolerance) Adalah kondisi pembiasaan fisik terhadap suatu obat, yang disebabkan oleh penggunaan yang sering sehingga dosis yang lebih tinggi diperlukan untuk mencapai efek yang sama. Gejala putus zat dapat bervariasi tergantung pada jenis obat tertentu. Gejala putus alkohol dapat berupa berkeringat atau denyut nadi sangat cepat, tremor pada tangan dan mungkin juga kejang. Dalam beberapa pengguna berat alkohol yang kronis, penghentian konsumsi alkohol menyebabkan kondisi delirium tremens atau DTs. DTs melibatkan hiperaktivitas saraf otonom yang intens serta delirium atau keadaan kebingungan mental yang ditandai dengan bicara yang tidak koheren, disorientasi dan kegelisahan ekstrem.

Penggunaan zat tertentu secara rutin atau berkepanjangan dapat menyebabkan sindrom putus zat (withdrawal syndrome) yaitu sekelompok simptom psikologis dan fisik yang muncul setelah penghentian penggunaan zat secara tiba-tiba zat-zat psikoaktif yang dapat menyebabkan sindrom putus zat meliputi alkohol opioid obat-obatan opioid, seperti kokain dan amfetamin obat-obatan penenang dan pemicu tidur daging (hypnotic), ganja dan tembakau. Karena penghentian konsumsi secara mendadak dari zat halusinogen seperti LSD dan phencyclidine (PCP) dan inhalan

(seperti lem atau aerosol) tidak menghasilkan efek putus zat yang signifikan secara klinis, zat-zat ini tidak diakui sebagai pencetus gejala sindrom putus zat (APA,2013).

#### **b. Gangguan penggunaan zat (substance use disorders)**

Gangguan penggunaan zat adalah pola penggunaan zat-zat psikoaktif secara maladaptif yang menyebabkan terganggunya fungsi atau munculnya tekanan personal yang signifikan. Diagnosis gangguan penggunaan zat membutuhkan dua atau lebih ciri atau symptom yang lebih spesifik selama 1 tahun sebelumnya. Ciri-ciri tertentu bervariasi tergantung pada jenis obat. Contohnya gangguan penggunaan alkohol ditandai dengan serangkaian ciri yang meliputi ciri-ciri berikut ini meskipun tidak semua ciri ini perlu untuk muncul:

- menghabiskan waktu mencari atau menggunakan alkohol atau berusaha pulih dari konsumsi alkohol secara berlebihan
- kesulitan mengurangi atau mengendalikan penggunaan alkohol meskipun ia ingin melakukannya
- mengkonsumsi alkohol melampaui jumlah yang ingin dikonsumsi
- kesulitan memenuhi peran yang diharapkan sebagai mahasiswa, karyawan, atau anggota keluarga Karena penggunaan alkohol
- terus mengonsumsi alkohol meskipun menyebabkan masalah sosial, interpersonal, psikologis atau medis.
- mengembangkan toleransi atau sindrom putus zat terkait penggunaan alkohol
- menggunakan alkohol dalam situasi yang membahayakan keselamatan diri atau orang lain berulang kali minum dan mengemudi
- memiliki dorongan atau keinginan yang kuat dan terus-menerus untuk mengonsumsi alkohol
- tidak mampu melakukan aktivitas yang bisa dilakukan karena penggunaan alkohol

#### **c. Kecanduan non kimia dan bentuk perilaku kompulsif lain**

DSM-5 mengenalkan kategori diagnosis baru, yaitu gangguan penggunaan zat dan adiksi, yang meliputi gangguan penggunaan zat dan gangguan perjudian (sebelumnya disebut judi patologis) yang dianggap sebagai bentuk non kimia dari adiksi. Judi patologis atau kompulsif sebelumnya diklasifikasikan dalam DSM-5 ke dalam kategori diagnosis yang disebut gangguan kontrol impuls, yang juga meliputi masalah perilaku lainnya yang juga ditandai dengan sulit mengendalikan atau menahan perilaku impulsif seperti kleptomania (menculik kompulsif) dan pyromania (menyebabkan kebakaran secara kompulsif).

Perubahan klasifikasi diagnosis berasal dari pemahaman bahwa pola perilaku kompulsif atau adiksi memiliki ciri yang sama dengan masalah terkait obat-obatan. Judi kompulsif, belanja kompulsif, dan bahkan penggunaan internet kompulsif memiliki beberapa karakteristik yang sama dengan adiksi atau ketergantungan obat-obatan seperti terganggunya kontrol atas perilaku dan perkembangan simtom putus zat seperti kecemasan dan depresi jika penggunaan zat-zat ini dihentikan secara tiba-tiba.

### **Obat-obatan yang disalahgunakan**

Obat-obatan yang disalahgunakan secara umum diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok utama yaitu: Depresan ( seperti alkohol dan opioid), Stimulan (seperti amfetamin) dan kokain dan Halusinogen.

- **Depresan**

Adalah obat-obatan yang memperlambat atau membatasi aktivitas sistem saraf pusat. Depresan mengurangi perasaan tertekan dan cemas, memperlambat gerakan ganggu proses kognitif. Dalam dosis tinggi depresan dapat menghentikan fungsi vital dan menyebabkan kematian. Depresan yang paling banyak digunakan adalah alkohol. Berikut adalah beberapa jenis tipe utama depresan:

- **Alkohol**

Alkohol adalah zat yang paling banyak disalahgunakan di Amerika Serikat dan dunia. alkohol mungkin tidak dianggap sebagai obat-obatan karena alkohol sangat umum ditemukan atau mungkin karena alkohol dikonsumsi dengan cara diminum dan bukan dihirup atau disuntikkan. Akan tetapi minuman beralkohol seperti anggur bir dan minuman keras mengandung obat depresan yang disebut etil alkohol atau etanol. Alkohol diklasifikasikan sebagai depresan karena alkohol memiliki efek biokimia yang serupa dengan obat-obatan pada kelas obat-obatan anti kecemasan mang ringan, benzodiazepin, yang termasuk obat-obatan yang sangat umum ditemukan diazepam dan klordiazepoksida. Orang awam menyebut orang yang kecanduan alkohol sebagai alkoholisme atau ketergantungan alkohol. Sejumlah faktor resiko dari alkoholisme meliputi: gender, Gangguan kepribadian antisosial, riwayat keluarga dan faktor Sosiodemografis.

- **Barbiturat**

Barbiturat seperti amobarbital, pentobarbital, barbital dan teko barbital merupakan depresan atau obat penenang. Obat-obatan ini memiliki beberapa manfaat medis, termasuk meredakan kecemasan dan ketegangan,

meredakan rasa sakit dan mengobati epilepsi serta tekanan darah tinggi. Penggunaan barbiturat dengan cepat membuat penggunaanya ketergantungan secara psikologis dan fisiologis dalam bentuk toleransi dan perkembangan sindrom putus zat.

– Opioid

Opioid diklasifikasikan sebagai narkotika yaitu obat yang sangat membuat kecanduan yang dapat meredakan rasa sakit dan membantu tidur. Opioid meliputi opium yang ada secara alami (morfin, heroin, codein) berasal dari tanaman opium dan obat sintesis (demerol, vicodin) yang memiliki efek seperti opiat. Opioid menghasilkan dorongan perasaan bahagia yang hebat yang merupakan alasan utama dari kepopulerannya sebagai obat terlarang. Opioid juga menurunkan kesadaran dari masalah personal seseorang yang menarik seseorang yang tengah mencari jalan keluar mental dari stres untuk menggunakannya. Efek pemicu kesenangan yang dimilikinya dihasilkan dari kemampuan mereka untuk menstimulasi sirkuit kebahagiaan didalam jaringan otak yang sama dengan jaringan yang bertanggung jawab atas kesenangan seksual atau perasaan senang dari makanan-makanan yang lezat di otak secara langsung.

– Morfin

Morfin turunan opium yang kuat digunakan secara bebas untuk menghilangkan rasa sakit akibat luka. Ketergantungan fisiologis terhadap morfin dikenal sebagai “penyakit tentara”. Ketergantungan morfin tidak terlalu mendapatkan stigma buruk sehingga morfin ditetapkan sebagai zat Terlarang.

– Heroin

Heroin adalah jenis opium yang paling banyak digunakan depresan kuat yang dapat menghasilkan euphoria yang teramat sangat. Pengguna heroin menyatakan bahwa menggunakan heroin sangatlah menyenangkan bahkan dapat menghapuskan pikiran tentang makanan maupun seks. Heroin biasanya disuntikkan langsung ke bawah kulit atau ke nadi. Langsung terasa luapan kesenangan akan bertahan selama 5 hingga 15 menit dan rasa puas, euforia tetap bahagia bertahan selama 3 hingga 5 jam. Dalam kondisi ini semua bilangan positif tampak terpuaskan. Semua perasaan negatif seperti rasa bersalah ketegangan dan kecemasan menghilang. Penggunaan jangka panjang dapat mengembangkan adiksi. Banyak orang yang tergantung dengan heroin mendukung kebiasaan mereka dengan menjadi Bandar, anak-anak prostitusi atau menjual barang curian

- Stimulan

Stimulan merupakan zat psikoaktif yang dapat meningkatkan aktivitas sistem saraf pusat yang meningkatkan kewaspadaan dan dapat menghasilkan perasaan senang atau bahkan euforia yang berlebihan efeknya bervariasi tergantung pada jenis obat tertentu berikut adalah beberapa jenis stimulan :

- Amfetamin

Amfetamin tergolong ke dalam stimulan buatan. Nama jalanan untuk stimulan ini adalah speed, upper, bennies (di Indonesia shabu-shabu). Amphetamin digunakan dalam dosis tinggi untuk mendapatkan efek euforia yang teramat sangat. Amfetamin biasanya diminum dalam bentuk pil atau dihisap dalam bentuk yang relatif murni yang disebut air atau crystal meth.

- Ekstasi

Atasi atau MDMA merupakan designer drug, zat kimia tiruan yang serupa dengan struktur kimia amfetamin. MDMA menyebabkan euforia ringan dan halusinasi. Ekstasi dapat menghasilkan efek psikologis yang merugikan termasuk depresi kecemasan insomnia dan bahkan paranoid dan psychosis. Obat ini dapat mengakibatkan kerusakan otak yang mengganggu kinerja kognitif pada tugas-tugas yang melibatkan atensi pembelajaran dan memori.

- Kokain

Mungkin mengejutkan bagi anda ketika mengetahui bahwa formula asli coca-cola mengandung ekstrak kokain. Pada tahun 1906 perusahaan tersebut menghapus kokain dari formulanya.

Kokain telah lama dipercaya tidak menurunkan kesadaran fisik namun obat ini menghasilkan efek toleransi dan sindrom putus zat yang teridentifikasi yang ditandai dengan mood yang menurun dan gangguan tidur serta gangguan nafsu makan. Kokain biasanya dihirup dalam bentuk bubuk atau dihisap dalam bentuk crack yaitu bentuk kokain yang dikeraskan yang kandungan kokain alamiah diberitakan lebih dari 75%.

- Nikotin

Kebiasaan merokok bukan hanya kebiasaan yang buruk hal itu juga merupakan adiksi fisik terhadap suatu obat stimulan yaitu nikotin yang ditemukan dalam produk-produk tembakau termasuk rokok, cerutu dan tembakau tanpa asap. Nikotin diantar ke tubuh melalui penggunaan produk tembakau. Sebagai stimulan nikotin meningkatkan kewaspadaan tetapi nikotin juga dapat menyebabkan flu, kulit berkeriat mual dan muntah, pusing dan pingsan serta diare.

Kebiasaan menggunakan tembakau menyebabkan ketergantungan fisiologi terhadap obat tersebut. Ketergantungan Nikotin diasosiasikan dengan toleransi (peningkatan asupan tembakau hingga 1 atau 2 bungkus sehari sebelum menurun)

### **Penanganan Gangguan Penggunaan Zat**

Terdapat banyak sekali pendekatan non-profesional, biologis dan psikologis untuk menangani masalah penyalahgunaan dan ketergantungan zat. Namun, penanganan sering kali menjadi usaha yang sangat membuat frustrasi. Ketika orang yang ketergantungan obat-obatan telah siap untuk lepas dari obat yang digunakannya, proses dalam membantu mereka melewati sindrom putus zat adalah langkah penting yang paling utama. Berikut adalah beberapa pendekatan untuk menangani penyalahgunaan zat

#### **a) Pendekatan Biologis**

Untuk orang-orang dengan ketergantungan zat kimia, penanganan biologis biasanya dimulai dengan detoksifikasi untuk membantu mereka melewati sindrom putus zat dari zat adiktif. Berikut adalah beberapa pendekatan biologis untuk menangani penyalahgunaan zat

- Detoksifikasi, penanganan ini lebih aman dilakukan di rumah sakit. Penggunaan obat-obatan anti kecemasan seperti benzodiazepin Librium dan Valium, dapat membantu menghalau simtom putus zat parah seperti kejang dan delirium tremens
- Disulfiram, Obat disulfiram menekan konsumsi alkohol karena kombinasi keduanya dapat menghasilkan respons yang sangat tidak menyenangkan seperti mual, sakit kepala, palpitasi jantung dan muntah.
- Antidepresan, obat ini dapat membantu mengurangi rasa ingin mengonsumsi kokain setelah putus zat
- Terapi pengganti nikotin, penggunaan pengganti nikotin dalam bentuk permen karet yang diresepkan (Nocorette), stiker transdermal (kulit) dan semprotan hidung dapat membantu perokok menghindari simtom putus zat yang tidak menyenangkan dan keinginan merokok.
- Program pemantapan metadon, metadon sendiri adalah opiat sintesis yang menekan keinginan akan heroin dan membantu menekan simtom-simtom tidak menyenangkan yang menyerupai putus zat.
- Naltrekson, adalah obat yang membantu menghalau perasaan “melayang” atau kesenangan yang dihasilkan alkohol, opioid seperti heroin dan amfetamin.

## b) Pendekatan Psikodinamika

Psikodinamika memandang masalah alkohol dan obat-obatan sebagai simptom konflik yang berakar dari pengalaman masa kecil. Terapis mencoba menyelesaikan konflik yang mendasarinya dengan asumsi, perilaku merusak diri sendiri akan berhenti ketika klien mencari bentuk gratifikasi yang lebih matang.

## c) Pendekatan Perilaku

- Strategi self kontrol membantu penyalahguna mengembangkan kemampuan yang dapat mereka gunakan untuk mengubah perilaku merusak mereka. Terapis perilaku fokus pada 3 komponen ABC dari penyalahgunaan zat :
  - Isyarat pendahulu (antecedant) atau stimulus (A) yang mendalui atau memicu penyalahgunaan
  - Perilaku merusak (behavior) (B) itu sendiri
  - Konsekuensi (consequence) (C) yang mempertahankan atau mencegah penyalahgunaan
- Program Manajemen Kontingensi, Program ini menanamkan penguat-penguat (penghargaan) tidak terduga ketika melakukan perilaku yang diharapkan misalnya mendapatkan hasil tes urin negatif narkoba.
- Pengondisian Aversi, dalam pengondisian aversi stimulus menyakitkan atau aversi dipasangkan dengan penyalahgunaan zat atau stimulus terkait penyalahgunaan untuk membuat respons emosional negatif terhadap stimulus terkait obat-obatan.
- Pelatihan keterampilan Sosial, pelatihan ini membantu orang-orang mengembangkan respons interpersonal yang efektif dalam berbagai situasi sosial yang rentan terhadap penyalahgunaan zat.
- Minum dengan terkendali, menurut model penyakit alkoholisme, satu kali minum saja dapat membuat orang dengan alkoholisme kehilangan kendali dan mulai minum dengan tak terkendali. Namun beberapa ahli berpendapat bahwa banyak orang dengan penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol yang dapat mengembangkan teknik self-control, yang memungkinkan mereka minum dengan terkendali, yaitu minum satu atau dua kali tanpa merasa kehilangan kendali.

## **BAB XII**

### **GANGGUAN MAKAN**

#### **1. Pengertian**

Gangguan makan atau yang disebut perilaku makan yang menyimpang merupakan gangguan makan yang dilakukan individu yang memiliki dampak pada kesehatan fisik atau fungsi sosial ataupun keduanya (Fairburn dalam Human Nutrition and Dietetics, 2000). Gangguan makan dapat mengakibatkan komplikasi medis dan dapat sulit diobati ketika gangguan tersebut disertai dengan adanya komorbiditas dengan gangguan-gangguan lain dalam psikologi, seperti adanya gangguan mood, gangguan dan penyalahgunaan zat. Gangguan makan merupakan salah satu masalah yang paling umum dialami oleh wanita muda saat ini, baik remaja maupun dewasa muda. Namun, beberapa kasus menemukan bahwa perkembangan timbulnya gangguan makan sebenarnya dapat dimulai pada masa bayi atau anak usia dini dengan gangguan makan yang sesuai dengan klasifikasi gangguan ataupun kondisi makan yang terus menerus pada individu tersebut. Gangguan makan yang akan dijelaskan pada modul ini adalah gangguan makan yang umumnya dialami oleh individu. DSM-5 (APA, 2013) membagi tiga kategori gangguan makan: anorexia nervosa, bulimia nervosa, dan binge-eating disorder / gangguan makan berlebihan. Wilmshurst (2017) menjelaskan bahwa gangguan makan secara umum dapat diawali dengan adanya :

- 1) Kontrol Berat Badan Permalasahan dalam perilaku kontrol terhadap berat badan yang dilakukan individu, beberapa perilaku individu tidak menyebabkan adanya gangguan makan, namun beberapa perilaku individu dapat mengarah pada kriteria gangguan makan karena adanya pengendalian terhadap berat badan yang berlebihan. Sebagai contoh seorang atlet dalam olah raga atau public figure yang ingin tampil sempurna memiliki kecenderungan untuk melakukan kontrol yang berlebihan terhadap berat badannya sehingga memiliki kecenderungan mengalami gangguan makan.
- 2) Ketidakpuasan terhadap Citra Tubuh Citra terhadap tubuh salah satu yang dapat memengaruhi adanya gangguan makan. Dalam 10 tahun terakhir diketahui bahwa ketidakpuasan citra tubuh yang dialami oleh perempuan pada usia sekolah menengah meningkat. Hal tersebut menyebabkan 60% remaja menjalani diet. Sementara, 38% individu melaporkan bahwa ia merasa kelebihan berat badan. Namun pada kenyataannya hanya 10% yang benar-benar memenuhi kriteria kelebihan berat badan.
- 3) Diagnosis Gangguan Makan yang didiagnosis pertama kali ketika Bayi atau Anak Usia Dini Dalam DSM-5 (2013) diketahui adanya gangguan makan

yang terjadi pada usia dini yaitu pica (memakan zat-zat tidak bergizi atau aneh seperti cat, tali, tanah liat, serangga, dsb), proses makan yang tidak sesuai yang dilakukan berulang seperti makanan dapat dimuntahkan, dikunyah kembali ditelan atau dimuntahkan kembali. Gangguan ini paling sering dijumpai di antara individu yang memiliki disabilitas intelektual. Selain itu, avoidant / restrictive food intake disorder dicirikan dengan penolakan makanan atau kurangnya minat makan yang mungkin berhubungan dengan tekstur makanan. Gangguan makanan yang menyebabkan gangguan signifikan pada fungsi psikososial dapat terjadi dimulai pada anak usia dini dan dapat berlanjut hingga individu dewasa.

Gangguan makan yang dijelaskan pada DSM-5 (2013) adalah sebagai berikut :

#### **A. Anorexia Nervosa**

Anoreksia Nervosa merupakan gangguan makan yang mencakup adanya gangguan psikologis, penolakan terhadap kegiatan makan dan penolakan untuk mempertahankan berat badan kurang dari normal. Hal tersebut berkaitan dengan adanya kesalahan dalam mempersepsikan citra tubuhnya dan berbagai macam tekanan sosial yang biasanya berkaitan dengan masa pubertas.

Gangguan makan yang disebut anoreksia nervosa dicirikan sebagai berikut :

- 1) Individu melakukan pembatasan energi atau asupan makanan dari kebutuhan sehari-hari, secara signifikan diikuti dengan adanya penurunan berat badan yang kurang dilihat dari segi usia, jenis kelamin, lintasan perkembangan, dan kesehatan fisik. Berat badan yang rendah secara signifikan didefinisikan sebagai berat yang kurang dari normal minimal atau untuk anak-anak dan remaja, kurang dari berat minimal yang diharapkan.
- 2) Meningkatnya ketakutan terhadap kenaikan berat badan atau ketakutan menjadi gemuk, perilaku yang terus menerus mengganggu tentang adanya kenaikan berat badan, meskipun pada berat yang secara signifikan rendah.
- 3) Gangguan dalam cara menilai berat badan dan bentuk tubuh, yang terpengaruh dari evaluasi diri yang salah terhadap berat badan dan bentuk tubuh atau adanya penyangkalan tentang kondisi berat badan rendah/kurus yang ada pada dirinya saat ini.

DSM 5 (2013) membagi anoreksia nervosa dalam dua tipe :

1. *Restricting Type* Selama tiga bulan terakhir periode anoreksia nervosa, penderita tidak secara reguler melakukan binge-eating atau perilaku purging

(seperti : muntah secara sengaja, penyalahgunaan obat-obat pencahar, diuretik, atau enema).

2. *Binge-eating/Purging Type* Selama tiga bulan terakhir periode anoreksia nervosa, penderita secara reguler melakukan binge-eating atau perilaku purging (seperti : muntah secara sengaja, penyalahgunaan obat-obat pencahar, diuretik, atau enema).

Wilmshurst (2017) menjelaskan bahwa gangguan anoreksia nervosa dapat diatasi dengan cara:

1. Mengembalikan penurunan berat badan yang drastis berada ke penurunan berat badan dengan kategori normal secara bertahap.
2. Terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif dilakukan untuk membantu individu agar mampu mengidentifikasi pikiran, keyakinan yang keliru dan perilaku yang tidak sehat, tidak sesuai, negatif dan digantikan atau ditinggalkan ulang dengan adanya pikiran, keyakinan yang benar, positif dalam mempersepsikan tubuhnya.
3. Pemulihan jangka panjang. Pemulihan jangka panjang dilakukan dengan cara:
  - Mengembalikan kesadaran terhadap perilaku makan, kondisi tubuh, dan sebagainya.
  - Pendidikan atau pengetahuan tentang adanya pola makan yang sesuai, kebutuhan gizi, nutrisi, dan sebagainya.
  - Terapi Keluarga. Bentuk terapi keluarga dilakukan dilakukan untuk memperkuat sistem di dalam keluarga agar dapat mendukung anggota keluarga yang memiliki gangguan makan anoreksia nervosa.

## **B. Bulimia Nervosa**

Bulimia nervosa dimulai dengan adanya perasaan tegang atau tidak nyaman yang disebabkan karena konsumsi makanan dalam jumlah besar. Perasaan makan berlebihan atau dalam jumlah besar yang dialami oleh individu termasuk rasa bersalah, depresi, dan kebutuhan mengembalikan perasaan aman akibat tidak mampu mengontrol dorongan makannya sehingga melakukan perilaku purging seperti muntah secara sengaja, penggunaan obat pencahar atau melakukan perilaku non-purging seperti olahraga berlebihan atau puasa.

Bulimia Nervosa dicirikan sebagai berikut :

1. Episode berulang perilaku makan yang tidak terkendali. Episode tersebut ditandai oleh kedua hal berikut : - Makan dalam periode waktu yang terpisah (misal setiap 2 jam), jumlah makanan yang dimakan pasti lebih besar dari

yang kebanyakan orang makan dalam periode waktu yang sama dan dalam kondisi yang sama. - Perasaan kurang dapat mengendalikan makan selama episode tersebut (misal perasaan bahwa seseorang tidak dapat berhenti makan atau mengendalikan apa atau berapa banyak makanan yang perlu dimakan).

2. Perilaku kompensasi yang tidak sesuai yang dilakukan berulang kali dengan tujuan mencegah kenaikan berat badan. Contoh : muntah yang disengaja, penyalahgunaan obat pencahar, diuretik, atau obat lain; puasa; atau olahraga berlebihan.
3. Binge-eating dan perilaku kompensasi yang tidak sesuai, keduanya dilakukan setidaknya dua kali seminggu dalam tiga bulan.
4. Evaluasi diri sangat dipengaruhi oleh bentuk tubuh dan berat badan.
5. Gangguan tersebut tidak terjadi secara eksklusif selama episode anoreksia nervosa.

Wilmshurst (2017) menjelaskan bahwa penanganan terhadap Bulimia Nervosa meliputi :

- Obat antidepresan. Obat antidepresan digunakan agar dapat mengurangi gejala bulimia nervosa. Namun penggunaannya akan lebih efektif jika disertai dengan tindakan psikoterapi.
- Terapi Perilaku Kognitif. Terapi perilaku kognitif dilakukan untuk membantu individu agar mampu mengidentifikasi keyakinan yang keliru dan perilaku yang tidak sehat, tidak sesuai, negatif dan digantikan dengan keyakinan yang lebih sehat, sesuai, dan positif.
- Terapi Keluarga. Terapi keluarga dilakukan untuk membantu individu agar mendapatkan dukungan atau bantuan dari keluarga sebagai sebuah sistem untuk dapat melakukan kendali atau kontrol terhadap perilaku makannya sehingga bulimia nervosa yang dialami individu dapat teratasi.

### **C. Binge-Eating Disorder (BED)**

Binge-eating disorder (BED) merupakan gangguan makan yang ditandai dengan perilaku individu yang secara reguler makan dengan jumlah atau porsi besar dan merasa bahwa episode makan tersebut tidak dapat dikontrol. Binge-eating disorder dicirikan sebagai berikut :

1. Adanya episode binge-eating yang berulang kali. Episode tersebut mengikuti dua karakteristik berikut ini : - Makan, pada periode waktu yang terpisah (misal setiap 2 jam), dengan porsi makan yang lebih banyak daripada porsi atau jumlah makan orang kebanyakan dalam periode dan situasi yang sama. -

Adanya perasaan tidak dapat mengontrol porsi makan selama episode tersebut (misal merasa tidak dapat berhenti makan atau tidak dapat mengontrol apa dan seberapa banyak makanan yang dimakannya).

2. Episode binge-eating tersebut berhubungan dengan tiga atau lebih hal-hal berikut: - Makan lebih cepat dari biasanya. - Makan hingga merasa sangat kenyang. - Makan dalam porsi besar ketika tidak merasa lapar. - Makan sendirian karena merasa malu dengan porsi makan yang dikonsumsi. - Merasa jijik/muak dengan diri sendiri, depresi, atau merasa bersalah setelah makan dengan porsi besar.
3. Mengalami tekanan yang jelas mengenai perilaku binge-eating tersebut.
4. Terjadi sedikitnya dua hari dalam seminggu selama periode 6 bulan.
5. Tidak terdapat perilaku kompensasi seperti purging, puasa, latihan fisik berlebih dan episode ini tidak terjadi secara eksklusif selama periode anoreksia atau bulimia nervosa.

Individu yang mengalami gangguan makan binge-eating berisiko memiliki kelebihan berat badan atau obesitas. Hal tersebut disebabkan karena perilaku makan individu yang berlebihan dan tidak terkontrol dan dilakukan secara reguler tanpa disertai episode purging, olah raga berlebihan, ataupun puasa sehingga akan terjadi adanya penumpukan lemak pada tubuh. Penanganan binge-eating disorder pada umumnya hampir sama dengan penanganan yang diberikan pada gangguan makan anoreksia nervosa dan bulimia nervosa, yaitu seperti terapi kognitif perilaku, terapi keluarga, dan sebagainya. Pendekatan psikodinamika juga dapat digunakan pada ketiga gangguan makan tersebut. Tujuannya untuk melihat adanya motif-motif yang tidak disadari oleh individu dan analisis pengalaman masa lalu individu. Namun, pada binge-eating perlu dilakukan adanya terapi penurunan berat badan. Penurunan berat badan dapat meningkatkan harga diri dan citra tubuh individu tersebut serta dapat mengubah gaya hidup atau kebiasaan individu yang mengalami gangguan makan tersebut.

## BAB XIII

### GANGGUAN PADA USIA LANJUT

#### 1. Pengertian

Setelah orang memasuki masa lansia umumnya mulai dihindangi adanya kondisi fisik yang bersifat patologis berganda (multiple pathology), misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin apuh, dsb. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Hal ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologik maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain.

Dalam kehidupan lansia agar dapat tetap menjaga kondisi fisik yang sehat, maka perlu menyelaraskan kebutuhan-kebutuhan fisik dengan kondisi psikologik maupun sosial, sehingga mau tidak mau harus ada usaha untuk mengurangi kegiatan yang bersifat memforsir fisiknya. Seorang lansia harus mampu mengatur cara hidupnya dengan baik, misalnya makan, tidur, istirahat dan bekerja secara seimbang.

Faktor psikologis yang menyertai lansia antara lain :

- 1) Rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia
- 2) Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya
- 3) Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupannya
- 4) Pasangan hidup telah meninggal
- 5) Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau masalah kesehatan jiwa lainnya misalnya cemas, depresi, pikun dsb.

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan.

Dengan adanya penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Selain itu perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan Pada umumnya perubahan ini diawali ketika masa pensiun. Meskipun tujuan ideal pensiun adalah agar para lansia dapat menikmati hari tua atau jaminan hari tua, namun dalam kenyataannya sering diartikan

sebaliknya, karena pensiun sering diartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan, jabatan, peran, kegiatan, status dan harga diri. Dalam kenyataan ada menerima, ada yang takut kehilangan, ada yang merasa senang memiliki jaminan hari tua dan ada juga yang seolah-olah acuh terhadap pensiun (pasrah).

Pada materi ini akan dijelaskan pula beberapa jenis gangguan pada masa lansia yang meliputi : gangguan dimensia, delirium, depresi pada lansia, anxietas pada lansia, gangguan delusional/ paranoid pada lansia, skizofrenia pada lansia, hipokondriasis pada lansia, seksualitas dan penuaan pada lansia.

## **2. Jenis-Jenis Gangguan Pada Usia Lanjut**

Jenis-jenis gangguan pada Lanjut usia adalah sebagai berikut :

### **1) Dimensia**

Biasa disebut oleh orang awam sebagai kepikunan merupakan istilah deskriptif umum bagi kemunduran kemampuan intelektual hingga ke titik yg melemahkan fungsi sosial dan pekerjaan. Penyebab dari dimensia adalah penurunan fungsi otak, penyakit alzheimer.

Bentuk penanganan secara medis atau obat-obatan dan penanganan psikologis pada penyakit Alzheimer bagi pasien dan keluarganya

### **2) Delirium**

Delirium umumnya digambarkan sebagai kondisi kaburnya kesadaran. Pasien, kadang secara cukup mendadak, mengalami kesulitan besar untuk berkonsentrasi dan memusatkan perhatian serta tidak mampu mempertahankan alur pemikiran yang runut dan terarah

Penyebab : intoksikasi zat dan putus obat, ketidakseimbangan antara metabolisme dan nutrisi dan stres karena perubahan lingkungan sekeliling orang yang bersangkutan.

Penanganan : obat-obatan, memberikan pendidikan kepada keluarga penderita delirium utk mengenali simtom-simtom delirium bahwa gangguan tersebut dapat dipulihkan

### **3) Depresi pada Masa Lansia**

Pada usia lanjut seringkali mengalami depresi. Menurut WHO, lansia adalah golongan kedua setelah remaja yang paling rentan dengan masalah depresi dan

bunuh diri. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor resiko antara lain mencakup hidup menjanda atau menduda, tingkat pendidikan rendah, status keberfungsian melemah (masalah penglihatan serius, kesulitan dalam berjalan) dan konsumsi alkohol yang berlebihan.

Karakteristik depresi orang lanjut usia : rasa khawatir, cemas, rasa tidak berguna, sedih pesimis, tidak dapat tidur, dan sulit mengerjakan segala sesuatu -> merupakan simptom-simptom depresi pada lansia maupun dewasa yang lebih muda.

Pada lansia rasa bersalah tidak banyak dialami tetapi lebih kepada banyak terjadi keluhan somatik. Kurang memiliki pemikiran bunuh diri dibanding pasien depresi yang lebih muda.

Depresi pada lansia lebih kecil kemungkinan terjadi hendaya dalam fungsi sosialnya dan okupasional sebagai akibat dari depresi yang dialami. Karena kemungkinan mereka masih bekerja lebih kecil dibanding orang dewasa yang lebih muda. Beberapa peneliti menggambarkan subtype depresi lebih sering disebut dengan sindrom pengurangan. Sindrom ini terutama ditandai oleh hilangnya kesenangan, vitalitas, dan nafsu makan serta keputusasaan dan simptom-simtom somatik, tidak terdapat atau kurang terlihat adanya perasaan menyalahkan diri.

#### 4) Gangguan anxietas pada lansia

Gangguan anxietas lebih banyak terjadi pada lansia dibanding depresi. Simtom-simtom anxietas tidak berbeda pada orang lansia atau dewasa yg lebih muda.

Penyebab kecemasan/anxietas adalah seringkali dihubungkan dengan penyakit medis, dan dapat merupakan reaksi atas kekhawatiran orang lansia menderita sakit dan semakin melemah, termasuk juga ketakutan akan kematian.

#### 5) Gangguan Delusional / Paranoid pada Lansia

Penyebab gangguan delusional : dihubungkan dengan gangguan sensori, khususnya kerusakan pendengaran. Ex: Lansia yang mengalami ketulian dapat meyakini bahwa orang lain membicarakan dengan berbisik agar ia tidak mendengar apa yang dikatakan mereka.

#### 6) Skizofrenia Pada Lansia

Skizofrenia pada lansia ditunjukkan dengan simptom-simtom seperti delusi, hendaya kognitif, halusinasi, dan simptom-simtom negatif seperti adek datar.

Skizofrenia yang pertama kali terjadi pada lansia sering kali disebut dengan parafrenia (Howard, 1993). Simtom-simtomnya berbeda dengan skizofrenia yang timbul pada usia muda. Parafrenia mencakup halusinasi dan delusi paranoid yang lebih banyak. Pada pasien cenderung orang yang tidak menikah, hidup dalam kesendirian, hanya sedikit memiliki kerabat yang masih hidup, mengalami kerusakan pendengaran, memiliki riwayat skizofrenia dalam keluarga, dan berasal dari kelas sosial ekonomi rendah

#### 7) Hipokondriasis pada lansia

Para lansia dapat mengalami berbagai macam masalah fisik, di antaranya sakit pada kaki dan punggung, pencernaan yang buruk, sembelit, sesak napas, dan kedinginan yang amat sangat.

#### 8) Gangguan Tidur

masalah tidur pada lansia sering terjaga pada malam hari, serungkali terbangun pada dini hari, sulit untuk tertidur, dan rasa lelah yang amat sangat di siang hari. Keluhan tersebut sejalan dengan berbagai perubahan fisiologis yang terjadi secara normal ketika orang memasuki usia tua. Lansia memiliki jumlah jam tidur yg lebih singkat atau sama dengan orang dewasa yg lebih muda, namun waktu tidur mereka lebih sering terputus secara spontan, selain itu mereka membutuhkan waktu lebih lama untuk dapat kembali tidur setelah terbangun.

#### 9) Seksualitas dan Penuaan pada lansia

Beberapa riset menunjukkan bahwa tidak terjadi penurunan yg signifikan hasrat seksual pada lansia. Baik lansia laki-laki maupun perempuan masih dapat menikmati kebutuhan seksual mereka. Mungkin terjadi perubahan-perubahan pada fisiknya sehingga mungkin terjadi disfungsi seksual namun tidak semua individu sama.

### **INTERVENSI PSIKOLOGIS PADA LANSIA**

Terapi dapat membantu lansia yang memiliki masalah-masalah seiring bertambahnya umur. Masalah-masalah seperti kesulitan mengendalikan emosi, kesulitan mencari kebahagiaan dan makna hidup, serta kesulitan menemukan support system dapat dibantu dengan terapi psikologi lansia. Terapi juga dapat membantu lansia menghadapi ketakutan akan kematian dan menghadapi duka karena kematian keluarga, teman, dan orang terdekat lainnya. Terapi keluarga maupun terapi individual juga dapat membantu anggota keluarga yang merawat lansia, sehingga mereka dapat membantu lansia dengan masalah-masalah emosi dan masalah

komunikasi yang sangat sering terjadi pada lansia yang sudah pikun. Kepikunan sebenarnya adalah diagnosis medis, bukan psikologis, tetapi terapi dapat membantu menangani gejala-gejala yang timbul dari kepikunan itu sendiri. Adapun jenis terapi yang diberikan kepada lansia adalah sebagai berikut :

- Psikoterapi
- Farmakologi
- Perawatan berbasis komunitas.
- Pelayanan yang bekerja sama antar disiplin untuk memperpanjang usia lansia dan menuju lansia bahagia.

Cognitive-behavioral therapy (CBT) telah banyak digunakan sebagai metode terapi psikologi lansia. CBT sangat potensial untuk lansia yang kemampuan kognitifnya masih berfungsi dengan baik. Psikoterapi CBT pada lansia berfokus utamanya pada pemahaman akan cara-cara yang sehat untuk menghadapi duka kehilangan orang terdekat dan transisi menuju kehidupan selanjutnya. CBT juga berguna untuk lansia yang mengalami depresi yang diikuti dengan pikiran-pikiran negatif. CBT juga berguna untuk mengatasi gangguan kecemasan utamanya generalized anxiety disorder (GAD), gangguan panik, dan berbagai macam gangguan pola tidur. Psikoterapi memiliki banyak efek, tetapi tidak menghasilkan efek samping sebagaimana efek samping yang dihasilkan oleh obat. Selain itu, apabila psikoterapi berjalan lancar dan cukup efektif, maka gejala-gejala yang sebelumnya diatasi dengan obat, dapat teratasi tanpa obat. Misal, apabila ada lansia yang mengonsumsi obat agar dapat tidur, tidak menutup kemungkinan, psikoterapi dapat membantu mengembalikan pola tidur yang sehat pada lansia, sehingga lansia tidak perlu mengonsumsi obat lagi. Banyak aspek yang perlu diperhatikan dan banyak hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan mental pada lansia. Mempromosikan gaya hidup aktif dan penuaan yang sehat dapat meningkatkan kesehatan mental pada lansia. Keamanan dan support sosial, promosi tentang kesehatan fisik dan mental, serta program-program masyarakat dapat membantu lansia untuk hidup lebih sehat. Perawatan dan dukungan oleh keluarga dan profesional baiknya ditawarkan, bukan dipaksakan pada lansia. Karena pada dasarnya, kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari, baik untuk kesehatan fisik dan psikologis lansia.

## **BAB XIV**

### **KAJIAN TERAPI DAN ISU DALAM INTERVENSI PSIKOLOGIS**

#### **1. Kajian Terapi Psikoanalisis**

Secara historis merupakan sistem psikoterapi pertama. Psikoanalisis adalah suatu teori kepribadian, sistem filsafat dan metode psikoterapi. Psikoanalisis klasik adalah upaya terapeutik utk menghapus represi yang telah mencegah ego untuk membantu individu tumbuh menjadi orang dewasa yg sehat. Freud menggunakan transferensi sikap dan perasaan tersebut yang kemudian dianggapnya, sebagai aspek yg tak terhindarkan dalam psikoanalisis sbg cara utk menjelaskan kepada pasien bahwa banyak kekhawatiran yang mereka rasakan bersumber dari masa kanak-kanak. Dalam psikoanalisis, transferensi dianggap penting untuk dapat sembuh secara total. Tranferensi merupakan suatu harapan bahwa konflik penting di masa kanak-kanak yang direpres semakin mendekati ke permukaan. Modifikasi psikonalisis klasik utk lebih efisien disebut sebagai terapis psikodinamika. Banyak konsep-konsep Freud yang kontroversial. Oedipus complex misalnya, banyak ditantang karena tidak mungkin dibuktikan memakai kaidah eksperimen ilmiah, tetapi konsep itu terbukti dapat membantu mengobati gangguan neurotik banyak penderita.

Evaluasi psikoanalisis klasik : Hasil dari terapi ini adalah meningkatnya represi yaitu membuat sesuatu yang tidak disadari menjadi disadari. Dengan apa cara ini ditunjukkan selain dari profesional juga bisa dilakukan dari hasil tes proyektif seperti Tes Rorschach, TAT atau dari klien sendiri.

#### **2. Kajian terapi berpusat pada klien (Client Centered Therapy)**

Pendekatan nondirektif yang dikembangkan pada tahun 1940-an. Berlandaskan pada pandangan subjektif atas pengalaman manusia. Biasanya disebut sebagai psikoterapi humanistik, terapi berpusat pada klien dari Rogers didasari premis dasar bahwa orang-orang hanya dapat dipahami melalui fenomenologi mereka sendiri, pengalaman langsung yang mereka miliki tentang diri mereka dan dunia. Terapi Client centered menaruh kepercayaan dan tanggung jawab yang lebih besar kepada klien dalam menangani permasalahan.

Proses terapinya adalah klien menjadi agen perubahan pada dirinya sendiri. Teknik utamanya adalah dengan menjadi pendengar yang baik, teknik ini tidak mudah karena terapis dituntut dapat memberi kebebasan pada klien untuk mengekspresikan diri dan emosinya yang akan dapat mengurangi ketegangan. Akhirnya klien akan berproses menjadi pribadi yang berfungsi secara penuh.

Dalam terapi ini hubungan terapis-klien sangat penting. Kualitas – kualitas terapis yang mencakup kesejatan, kehangatan, empati yang akurat, respek, sikap permisif, dan kemampuan mengomunikasikan sikap – sikap tersebut kepada klien.

Evaluasi terapi berpusat pada klien : Sebagian besar reset mengenai hasil dari terapi Roger menunjukkan hasil yg tidak konsisten.

### **3. Kajian Terapi Gestalt**

Sebagian besar merupakan terapi eksperimental yang menekankan kesadaran dan integrasi, yang muncul sebagai reaksi melawan terapi analitik, serta mengintegrasikan fungsi jiwa dan badan. Secara umum dianggap sebagai terapi eksistensial. Fritz Perls dan terapi gestaltinya, berpendapat seperti Rogers bahwa terdapat kebaikan dalam diri setiap manusia dan bahwa terapi harus bertujuan untuk membuat mereka mampu menyadari kebutuhan dan keinginan dasar mereka dan mempercayai insting mereka. Namun Rogerian tidak mengembangkan teknik-teknik khusus sedangkan terapi Gestalt penuh dengan teknik - teknik yg merupakan teknik yg paling imajinatif dan kreatif. Contohnya : teknik kursi kosong.

Pada terapi gestalt, terapis tidak membuat penafsiran bagi klien, tetapi membantu klien dalam mengembangkan cara – cara membuat penafsiran sendiri. Klien diharapkan mengenali dan menangani urusan yang tidak selesai yang menghambat fungsi dirinya sekarang.

Evaluasi terapi gestalt : Masih sedikit reset yang mengkritisi ttg terapi gestalt. Grrenberg dan Rice (1981) melaporkan bahwa teknik kursi kosong dapat meningkatkan kesadaran dan ekspresi emosional. Dan teknik tersebut lebih baik daripada teknik penyelesaian masalah dalam membantu seseorang mengambil keputusan.

### **4. Kajian terapi kognitif dan behavioral**

Suatu model terapi yang sangat didaktik, berorientasi pada kognitif tindakan, serta menekankan peran pemikiran dan sistem kepercayaan sebagai akar masalah – masalah pribadi. CBT merupakan bentuk psikoterapi yang sangat memperhatikan aspek peran dalam berpikir, merasa, dan bertindak.

Asumsi ini terapi kognitif adalah cara orang dalam memahami dunianya merupakan satu penentu utama, jika bukan penentu utama maka yang bekerja adalah perasaan dan perilaku mereka. CBT pertama kali memfokuskan pada REBT (Rational Emotif & Behavior Therapy) dari Albert Ellis. Dasarnya adalah masalah emosional terutama

disebabkan oleh asumsi dan tuntutan yang seringkali tidak dapat diungkapkan secara verbal.

Evaluasi CBT: CBT banyak digunakan dan hasil reset banyak kasus depresi dan kecemasan sangat cocok dengan teknik ini.

## **5. Kajian terapi pasangan dan keluarga**

Terapi pasangan adalah sebuah jenis terapi yang bertujuan untuk membantu komunikasi dan mejembatani perubahan dalam hubungan yang intim antar pasangan. Terapi ini khususnya ditujukan bagi orang – orang yang sedang menjalin hubungan.

Dengan demikian, konselor yang menawarkan bentuk terapi ini harus mempunyai pelatihan yang relevan untuk membantu mereka bekerja dengan kedinamisan dari pasangan tersebut. Terapi keluarga banyak digunakan jika ada permasalahan yang berkaitan dengan pasangan atau keluarga. Terapi keluarga adalah pendekatan yang bekerja dengan keluarga dan kerabat dekat seseorang. Ahli terapi akan mengamati perubahan dalam interaksi antara setiap orang dalam keluarga dan hubungan masing – masing. Tujuan dari terapi ini adalah untuk mengatasi masalah yang timbul antara anggota keluarga untuk saling membantu dan merasakan empati terhadap satu sama lain.

Evaluasi kajian terapi pasangan dan keluarga : Dari hasil reset secara keseluruhan terapi pasangan membawa dampak yaitu dapat memberikan efek yang bermanfaat bagi masalah yang berhubungan dengan pasangan atau keluarga. Hasil penelitian juga membuktikan bahwa peranan keluarga dalam pemulihan gangguan jiwa sangatlah penting. Tanpa dukungan keluarga, kecil kemungkinan seseorang bisa pulih dari gangguan jiwa. Selain itu, adanya anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa juga bisa menyita perhatian dan kadang memerlukan dukungan biaya juga. Bila penderita menjadi khronis, maka kadang keluarga bisa mengalami kelelahan atau frustrasi dalam menangani penderita gangguan jiwa. Oleh karena itu, di Inggris, setiap keluarga dengan penderita gangguan jiwa dianjurkan untuk mengikuti terapi keluarga atau psikoedukasi keluarga.

## **Eklektisme dan Integrasi Teoritis dalam Psikoterapi**

Dalam eklektisme yang umum yang tercermin dalam pendekatan multimodal dan psikoterapi deskriptif, terapis bekerja dalam kerangka teoritis tertentu, contoh CBT kemudian dilanjutkan dengan teknik kursi kosong, dsb. Argumen tentang eklektisme : kepribadian manusia dapat bekerja berdasarkan interaksi yang kompleks dari berbagai proses yang tampaknya terpisah yang bertindak bersama-sama meskipun

masing-masing berbeda-beda dan berada dalam lingkupnya sendiri. Oleh karena itu dalam waktu yg bersamaan individu dapat mengalami masalah karena konflik yg ditekan, respon yg dikondisikan, cira diri yg tidak sesuai, kognisi yg tdk rasional, dan bahwa masing-masing disfungsi bekerja dalam sistem aksi psikik yg semi mandiri yg terbuka bagi bagi berbagai intervensi yg cukup berbeda. Yg masing2 cocok dengan “sistem yg diterapkan.