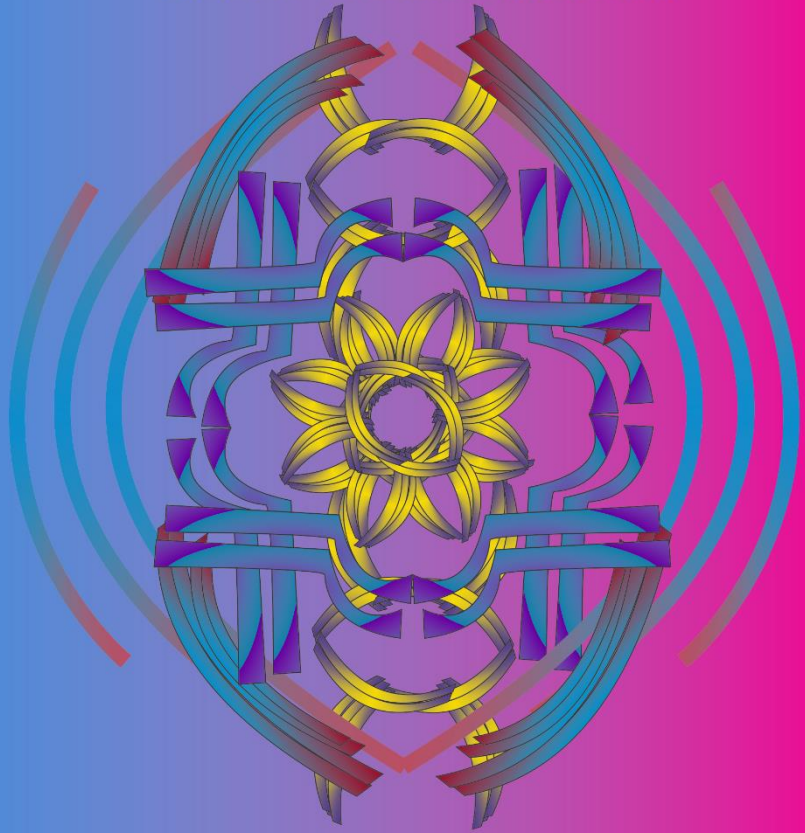


Psikologi Kesehatan

Kasus - Kasus Maritim



Windah Riskasari M.Psi, Psikolog

Psikologi Kesehatan
Kasus-kasus maritim

Disusun oleh : Windah Riskasari, M.Psi.,Psikolog

Editor : Jerry Indra

Desain cover : Rionaldo Y

Copyright© Januari 2020

Elmarkazi Press

ISBN 978-623-6584-19-4

Dilarang keras menguti, menjiplak atau memfotocopy sebagian atau seluruh isi buku ini serta memperjual belikannya tanpa ijin tertulis

KATA PENGANTAR

Rasa syukur yang dalam kami sampaikan kehadiran Tuhan Yang Maha Pemurah, karena berkat kemurahanNya buku ini dapat terselesaikan sesuai yang diharapkan. Dalam buku ini akan membahas mengenai psikologi kesehatan masyarakat pesisir, beserta kasus-kasus dengan metoda dari berbagai aliran psikologi.

Buku ini adalah buku monograf yang dibuat dalam rangka untuk pengembangan ilmu tentang teori-teori dari psikologi kesehatan, sehingga nantinya dapat bermanfaat bagi semua. Buku ini tidak berseri dan merupakan buku terbitan tunggal, yang membahas satu bidang ilmu saja. Adapun kasus-kasus yang dibahas merupakan serangkaian dari pembelajaran untuk pembaca secara umum, maupun penulis khususnya. Adanya buku ini diharapkan mampu menggali potensi-potensi yang ada pada diri individu untuk terus mencintai bidang-bidang psikologi kesehatan, khususnya kasus psikologi kesehatan kemaritiman.

Demikian buku ini dapat dibuat dengan rasa syukur dan bahagia, semoga dapat bermanfaat bagi semua, banyak kekurangan dalam buku ini kami mohon maaf. Adapun kritik ataupun saran kami harapkan agar nantinya dapat lebih bermanfaat dikemudian hari. Amin.

Surabaya, Juli
2020

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Kata pengantar.....	i
Daftar isi.....	ii
Bab I	
Pendahuluan.....	1
Sejarah Psikologi Kesehatan	
Pengertian Psikologi kesehatan.....	5
Fungsi Psikologi kesehatan.....	7
Hub. psikologi kesehatan dgn bid kesehatan lain....	8
Bab II	
Konsep dasar Psikologi kesehatan.....	9
A. Konsep dasar psikologi dan perilaku.....	10
B. Pengembangan kajian psikologi	14
C. Berdasarkan tujuannya.....	19
Bab III	
Neuropsikologi dan Psikofarmakologi	
A. Neuropsikologi	
I. Sejarah Neuropsikologi dan definisi neuropsikologi.....	20
II. Pendekatan dan Interpretasi Hubungan Otak dan Perilaku.....	23
III. <i>Gangguan-Gangguan Neuropsikologi</i>	24
IV. Teknik Asessmen Neuropsikologi.....	29

B. Psikofarmakologi	
I. Definisi Psikofarmakologi.....	30
II. Penyakit Jiwa, Neurotransmisi, dan Penggunaan Obat Psikotropik-Narkotik.....	31
III. Gejala Sasaran (Target Simptoms) dalam Pengobatan Gangguan Jiwa.....	37
IV. Efek Samping Obat Psikotropika.....	38
V. Pengelompokan Obat Psikotropika.....	39
Bab IV	
Kasus-kasus kemaritiman masyarakat pesisir	
a. Kasus anak.....	40
Analisa kasus.....	41
b. Kasus remaja.....	42
Analisa kasus.....	43
c. Kasus Dewasa.....	44
Analisa kasus.....	45

BAB I

PENDAHULUAN

1. Sejarah Psikologi Kesehatan

Sejarah Psikologi Kesehatan

Istilah Psikologi Kesehatan, sering dikaitkan dengan Pengobatan Keprilakuan (*Behavioral Medicine*) yang istilah pengobatan atau *medicine*-nya member kesan di luar psikologi. Pendapat itu masuk akal, tetapi juga perlu diketahui, bahwa pokok pembahasan ini memang mempunyai kaitandan bahkan dimulai dari sisi fisik atau dunia kedokteran. Oleh APA Psikologi Kesehatan telah diakui sebagai salah satu bidang dalam Psikologi Klinis pada tahun 1978. Permasalahannya adalah bahwa terdapat berbagai gangguan kesehatan fisik yang ternyata disebabkan oleh kebiasaan dan perilaku umumnya yang salah dari banyak orang ketika melakukan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya. Untuk sebagian, terdapat empat bidang kehidupan yang terkenal dengan istilah 4F, yakni *food* (makanan), *fashion* (pakaian), *fun* (kesenangan, rekreasi), *fund* (mencari uang).

Kegiatan-kegiatan tersebut jelas mengandung unsur-unsur utama yang bersifat fisik, tetapi juga jelas tidak lepas dari latar belakang psikologis. Kondisi ini tampak mengulangi timbulnya Psikologi Abnormal dan khususnya Psikologi Klinis, yang lahir

terutama didorong oleh kebutuhan kedokteran (khususnya psikiatri) akan keterangan psikologis untuk keadaan pasien psikiatris yang dihadapinya, yang tidak ada dalam disiplin kedokteran.

Selanjutnya, penyebab-penyebab gangguan fisik itu mempunyai kaitan erat dengan pola perilaku atau dikenal dengan gaya hidup (*life style*). Banyak negara berkembang yang masyarakatnya mengikuti gaya hidup masyarakat yang telah maju, seperti Amerika Serikat, termasuk Indonesia, dengan berbagai alasan, antara lain komunikasi yang berjalan searah dari negara maju ke negara berkembang, mengalami situasi yang makin mendekati kondisi negara tersebut. Juga dalam bentuk rendah diri, dengan kompensasi meniru tanpa kritik yang cukup tajam, apa yang sedang berlaku di negara yang telah maju itu. Pengusaha makan dan minum membangun usaha *franchise*. Hal ini sejalan dengan dugaan para ahli yang menyatakan bahwa pada abad ke-21, adalah abad informasi atau perkembangan teknologi komunikasi. Hanya dalam hal ini ada yang perlu diamati, bahwa sejalan dengan prinsip entropi dalam fisika, maka informasi dari negara maju – terutama gagasan-gagasan kehidupannya – lebih banyak deras mengalir ke negara yang masih dan belum berkembang. Sebaliknya kemampuan masyarakat dari negara yang masih atau belum berkembang untuk bersikap kritis terhadap apa yang masuk dari masyarakat

lebih maju, tidak cukup kuat. Jadi tidak mustahil bahwa efek negatif dari gaya hidup akan lebih besar dirasakan oleh negara berkembang melalui berbagai tayangan media dan, apalagi kalau pada kenyataannya kemampuan ekonomi masyarakat berkembang untuk menangani akibat negatif tersebut jauh di bawah masyarakat yang telah maju.

Menurut Rice, lahirnya Psikologi Kesehatan didasari oleh adanya dua perspektif yang bersangkutan dengan kesehatan dan sakit, yakni tradisi biomedis dan perspektif psikologis. Pada tahun 1940-an persenyawaan ini dikenal dengan nama “Kedokteran Psikosomatis”. Pada awalnya muatan psikosomatika ini sepenuhnya merupakan urusan psikiatri dan kedokteran. Namun sisi psikologinya makin lama makin besar berpengaruh terutama setelah penelitian Holmes dan Rahe, 1967. Keterangan Lazarus mengenai besarnya pengaruh stress dalam kejadian kehidupan terhadap kesehatan, dan masalah tipe kepribadian A yang bercirikan hostilitas, kompetitif, dan dorongan waktu. Hal lain yang mendorong timbulnya masalah ini adalah berkembangnya biopsikososial (Engel, 1977) yang mengemukakan peranan faktor-faktor psikologis dan sosial terhadap kesehatan dan penyakit.

Saat ini Psikologi Kesehatan telah memasuki tahap kedua temanya, yakni bagaimana orang yang sudah mengetahui pola dan gaya hidup yang berpengaruh buruk pada kesehatan, dapat

benar-benar menjauhi kebiasaan itu dalam perilaku nyata sehari-hari. Ini masalah kemauan, motivasi, dan niat. Jadi, tugas psikolog saat ini adalah membangun kemauan untuk melakukan gaya hidup sehat, bukan lagi memberikan keterangan untuk dipahami masyarakat. (dalam Sutardjo, 2009).

2. Pengertian Dasar dan Definisi

Behavioral Medicine adalah integrasi dari ilmu perilaku dengan praktik dan ilmu kedokteran (Miller, dalam Phares 1992). Sedangkan menurut Matarazzo (dalam Phares, 1992), definisi *Behavioral Medicine* adalah suatu lapangan multidisiplin penelitian ilmiah, pendidikan, dan praktik, yang berkaitan dengan kesehatan, penyakit dan disfungsi faali yang terkait.(dalam Suprapti, 2003).

Psikologi Kesehatan merupakan bidang spesialisitas dalam psikologi yang lebih spesifik mengacu pada peranan utama psikologi sebagai ilmu dan profesi dalam pengobatan berperilaku. Menurut Smet, 1994, Psikologi Kesehatan ini merupakan kepedulian para pakar psikologi yang peduli akan kesehatan yang sifatnya holistik mencakup aspek fisik, mental, dan sosial. Di masa kini, bisa jadi pula perlu secara khusus tetapi tentative dimasukkan aspek spiritual. Kegiatannya meliputi praktis, riset, industrial, fisiologis, dan lain-lain.

Definisi psikologi kesehatan dikemukakan Brannon dan Feist (2004), yang menyatakan bahwa: *Psikologi Kesehatan meliputi sumbangan psikologi bagi pengembangan kesehatan, prevensi dan penanganan penyakit, identifikasi faktor risiko kesehatan, pengembangan sistem pemeliharaan kesehatan, dan penajaman pendapat masyarakat menghargai kesehatan.*

Dengan pengertian tersebut, maka permasalahannya menjadi lebih luas seperti hubungan antara stress, gaya hidup dan perilaku, kepribadian, dukungan sosial, dan kesehatan.

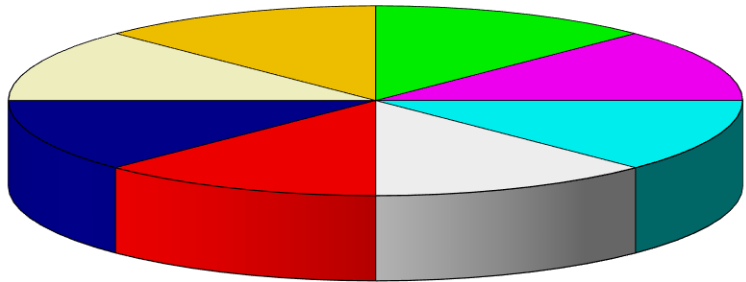
I. Pengertian Psikologi Kesehatan

Ilmu yang mempelajari faktor-faktor sosial, perilaku, kognitif dan emosional yang mempengaruhi : Pemeliharaan kesehatan, Kejadian sakit dan penyakit, Perjalanan penyakit, Respon pasien dan keluarga terhadap sakit dan penyakit, Evaluasi dan Tindakan preventif

Definisi Psikologi Kesehatan menurut WHO (1948) :

A complete state of physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.”

“Kondisi menyeluruh dari fisik, mental, sosial, dan kesejahteraan, bukan hanya sekedar tidak sakit dan tidak cacat



Ilmuwan yang melakukan penelitian psikologi kesehatan,
 Promosi kesehatan– intervensi sosial (seperti kebijakan

pemerintah, masyarakat) atau tingkat individu untuk mempromosikan kesehatan dan mencegah sakit dan penyakit.

Psikolog klinis pada bidang kesehatan menginterfensi tingkat individu untuk menangani masalah kesehatan, penyembuhan penyakit dan meminimalisir penyakit.

II. Fungsi Psikologi Kesehatan

Fungsi dari Psikologi Kesehatan

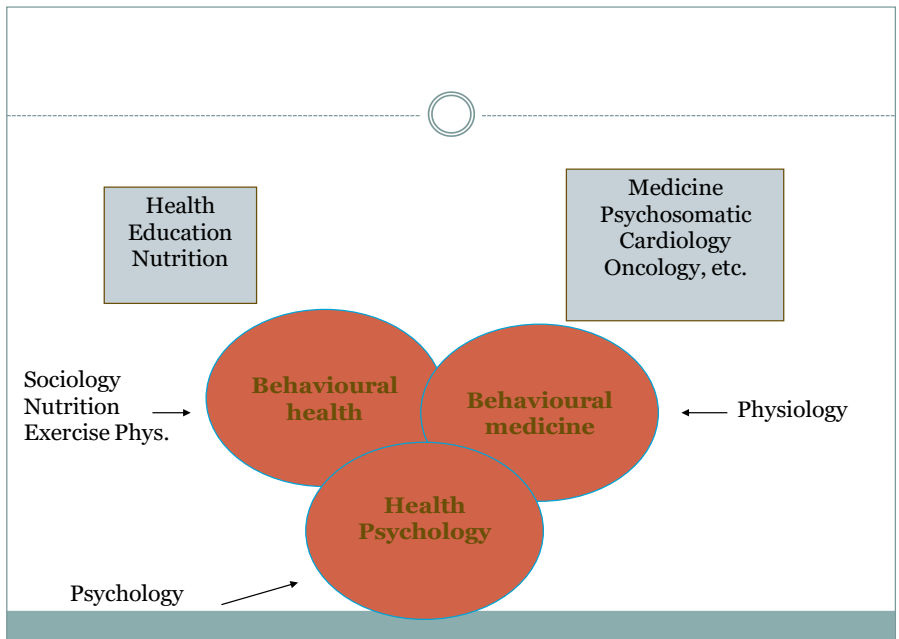
1. Penelitian faktor-faktor psikologi kesehatan
2. Promosi kesehatan– intervensi sosial (seperti kebijakan pemerintah, masyarakat) atau tingkat individu untuk mempromosikan kesehatan dan mencegah sakit dan penyakit.
3. Psikologi Kesehatan Klinis:
 - Menginterfensi tingkat individu untuk menangani masalah sakit
 - Penyembuhan penyakit yang lambat
 - Mengurangi sakit lebih lanjut / kecacatan.

Psikologi kesehatan bertujuan untuk :

- Memahami, menjelaskan, mengembangkan dan menguji teori
- Mengevaluasi peran dari perilaku sebagai penyebab penyakit, misalnya : Penyakit jantung terkait dengan perilaku merokok

- Memprediksi perilaku tidak sehat, misalnya :
Merokok dan konsumsi alkohol terkait dengan belief, Makan makanan rendah karbohidrat namun tinggi lemak
- Menerapkan teori dalam praktek, perilaku yang menyebabkan sakit bisa membawa seseorang dalam kondisi tidak sehat. Mencegah sakit, mengintervensi perilaku selama sakit yang memungkinkan untuk terhindar dari keberlanjutan sakitnya, misalnya dengan berolahraga mampu mencegah seseorang dari sakit.

III. Hubungan Psikologi Kesehatan dengan bidang Kesehatan yang lain



3. Konsep dasar Psikologi Kesehatan

Psikologi kesehatan merupakan cabang psikologi klinis yang mempelajari kondisi psikologis individu terhadap kesehatan, mengapa seseorang menjadi sakit, dan bagaimana respon seseorang apabila dalam kondisi sakit. Latar belakang munculnya psikologi kesehatan ini diawali oleh kemunculan penyakit psikologis dan fisik yang berkaitan dengan gaya hidup, dan faktor pembawaan. Peran pengembangan perawatan

kesehatan melibatkan bidang kesehatan, psikologi dan sosial baik dalam kondisi sakit, dan tidak sakit, serta pentingnya menunjukkan intervensi psikologis untuk memperbaiki kesehatan masyarakat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat adalah: demografi, sosialisasi awal (model sosial), nilai-nilai keyakinan, lingkungan sosial, faktor emosional, tujuan personal (hidup), penerimaan gejala, akses sistem perawatan kesehatan dan faktor kognitif. Perilaku sehat dan sakit ini dapat dipelajari melalui berbagai perspektif, yaitu: Perspektif Biologis (fokus pada medis), perspektif Psikologis (fokus pada mental), perspektif Sosial

BAB II

KONSEP DASAR PSIKOLOGI KESEHATAN

A. Konsep Dasar Psikologi dan Perilaku

1. Konsep Dasar Psikologi Para ahli memberikan definisi psikologi secara beragam, antara satu dengan yang lain. Berikut adalah pendefinisian psikologi yang diberikan oleh para ahli:

- Ernest Hilgert (1957) dalam bukunya *introduction to psychology* menjelaskan *Psychology may be defined as the*

science that studies the behavior of men and other animal
(Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia dan hewan lainnya)

- George A. Miller (1974) dalam bukunya *Psychology and Communication: Psychology is the science that attempts to describe, predict and control mental and behavioral events*
(Psikologi adalah ilmu yang berusaha menguraikan, meramalkan, dan mengendalikan peristiwa mental dan tingkah laku).

- Clifford T. Morgan (1961) dalam bukunya *introduction to Psychology: Psychology is the science of human and animal behavior* (Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia dan hewan)

- Robert S. Woodworth dan Marquis DG (1957) dalam bukunya *Psychology: Psychology is the scientific studies of individual activities relation to the inveronment* (Psikologi adalah suatu ilmu pengetahuan yang mempelajari aktivitas atau tingkah laku individu dalam hubungannya dengan alam sekitarnya)

Dari beberapa pendefinisian diatas, dapat diketahui bahwa terjadi keberagaman para ahli dalam memberikan pemahaman tentang psikologi. Namun, tampak para ahli menyepakati bahwa psikologi tidak hanya mengkaji perilaku manusia, tetapi juga perilaku selain manusia. Sebagaimana dinyatakan oleh Robert S. Woodworth dan Marquis DG yang menyatakan bahwa Psikologi adalah suatu ilmu pengetahuan

yang mempelajari aktivitas atau tingkah laku individu dalam hubungannya dengan alam sekitarnya, yang berarti bahwa psikologi tidak hanya berorientasi pada perilaku manusia. Lebih dari itu psikologi mengarahkan perhatiannya hubungan manusia dengan lingkungan sekitarnya, yang dapat berupa binatang maupun lainnya. Sebagai sebuah ilmu, psikologi harus memiliki karakteristik ilmu artinya dalam mempelajari dan membahas ilmunya, psikologi harus memenuhi Kriteria berikut:

1. Dapat menjawab pertanyaan 5W 1H artinya dapat menjelaskan tentang apa itu psikologi, mengapa perlu ada psikologi, kapan ada psikologi, dimana dan oleh siapa serta bagaimana dengan psikologi itu.
2. Pertanyaan terhadap 5W dan 1H itu dapat dijawab secara rinci sebagai berikut:

a. What (apa) psikologi itu? Psikologi adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari perilaku manusia dalam interaksinya dengan lingkungan

b. Why (Mengapa) perlu psikologi? Pada masa sebelum Masehi (427 SM) psikologi masih berinduk pada filsafat sebagaimana ilmu-ilmu lain yang ada pada waktu itu.

c. When (kapan) psikologi itu ada? Pada tahun 1875-1876, psikologi mulai dapat dieksperimentasikan di laboratorium, maka sejak saat itulah psikologi menyebut dirinya sebagai ilmu pengetahuan dan orang pertama yang berbicara tentang psikologi

adalah Wilhelm Wundt, pendiri laboratorium di kota Leipzig Jerman barat.

d. Where (dimana) tempat lahirnya psikologi? Tentunya tempat lahirnya psikologi adalah di Leipzig Jerman, karena di tempat itulah psikologi mulai bisa dieksperimenkan dan dianggap sebagai ilmu pengetahuan.

e. Who (siapa) yang dinyatakan sebagai bapak psikologi? Dalam hal ini, yang dianggap sebagai bapak psikologi adalah Wilhelm Wundt yang juga dikenal sebagai bapak psikologi eksperimen.

f. How (bagaimana) psikologi itu dikembangkan. Psikologi yang secara umum dapat dipahami sebagai ilmu yang mempelajari perilaku manusia dalam interaksinya dengan lingkungan, pada perjalanan berikutnya dapat terspesifikasi menjadi kajian-kajian yang lebih khusus, misalnya psikologi perkembangan, psikologi klinis, psikologi kepribadian, psikologi abnormal, psikologi kesehatan, dan lain sebagainya.

Psikologi sebagai suatu ilmu pengetahuan, selayaknya memiliki acuan yaitu :

1. Memiliki obyek material dan obyek formal. Obyek material adalah sesuatu yang dipelajari, dibahas dan diteliti, sedangkan obyek formal adalah cara memandang yang dilakukan oleh sebuah ilmu untuk memahami obyek materialnya. Dalam hal ini

obyek material dari psikologi adalah manusia dan obyek formalnya tingkah laku manusia.

2. Memiliki metode ilmiah yaitu suatu cara kerja yang mengikuti prosedur ilmiah untuk memperoleh data atau informasi yang diperlukan oleh ilmu pengetahuan
3. Memiliki ciri-ciri sebagai berikut:
 - a. Obyektif, artinya dapat memberikan data atau informasi yang benar sesuai dengan keadaan obyek yang sesungguhnya.
 - b. Adekuat, artinya memadai, sesuai dengan masalah dan tujuannya.
 - c. Reliabel, artinya dapat dipercaya untuk memberikan informasi yang tepat.
 - d. Valid, artinya sesuai dengan kenyataan dan dapat dipertanggung jawabkan.
 - e. Sistematis, artinya memberikan informasi yang tersusun dengan baik, sehingga memudahkan dalam penarikan kesimpulan.
 - f. Akurat, artinya memberikan data dengan teliti.

B. Pengembangan Kajian Psikologi

Pengembangan kajian psikologi, dapat dilakukan melalui beberapa metode, yakni metode eksperimental dan metode non

eksperimental yang meliputi metode observasi, metode studi kasus, metode survey dan metode korelasional.

Konsep Dasar perilaku manusia berbeda antara individu satu dengan individu lainnya. Perilaku merupakan suatu fungsi dari interaksi antara seseorang individu dengan lingkungannya. Perbedaan perilaku manusia itu disebabkan karena perbedaan kemampuan, kebutuhan, cara berpikir untuk menentukan pilihan perilaku, pengalaman, dan reaksi afektifnya berbeda antara satu dengan yang lainnya.

Adapun beberapa pendekatan yang sering dipergunakan untuk memahami perilaku manusia adalah;

a. Pendekatan kognitif,

- Berdasarkan penekanannya : Pendekatan kognitif menekankan mental internal seperti berpikir dan menimbang. Penafsiran individu tentang lingkungan dipertimbangkan lebih penting dari lingkungan itu sendiri.
- Berdasarkan Penyebab Timbulnya Perilaku: Pendekatan kognitif, perilaku dikatakan timbul dari ketidakseimbangan atau ketidaksesuaian pada struktur kognitif, yang dapat dihasilkan dari persepsi tentang lingkungan.
- Berdasarkan Proses: Pendekatan kognitif menyatakan bahwa kognisi (pengetahuan dan

pengalaman) adalah proses mental, yang saling menyempurnakan dengan struktur kognisi yang ada. Dan akibat ketidak sesuaian / *inconsistency* dalam struktur menghasilkan perilaku yang dapat mengurangi ketidak sesuaian tersebut.

- Berdasarkan kepentingan Masa lalu dalam menentukan Perilaku: Pendekatan kognitif tidak memperhitungkan masa lalu / *ahistoric*. Pengalaman masa lalu hanya menentukan pada struktur kognitif, dan perilaku adalah suatu fungsi dari pernyataan masa sekarang dari sistem kognitif seseorang, tanpa memperhatikan proses masuknya dalam sistem.
- Berdasarkan Tingkat dari Kesadaran: Dalam pendekatan kognitif memang ada aneka ragam tingkatan kesadaran, tetapi dalam kegiatan mental yang sadar seperti mengetahui, berpikir dan memahami, dipertimbangkan sangat penting.
- Berdasarkan Data: Dalam pendekatan kognitif, data atas sikap, nilai, pengertian dan pengharapan pada dasarnya dikumpulkan lewat survey dan kuesioner.

b. Pendekatan behavioristik

- Berdasarkan penekanannya: Pendekatan behavioristik menekankan pada peranan lingkungan dalam perilaku manusia. Lingkungan dipandang sebagai suatu sumber stimuli yang dapat menghasilkan dan memperkuat respon perilaku.
- Berdasarkan Penyebab Timbulnya Perilaku: Pendekatan behavioristik menyatakan bahwa perilaku itu ditentukan oleh stimuli lingkungan baik sebelum terjadinya perilaku maupun sebagai hasil dari perilaku.
- Berdasarkan Proses: Pendekatan behavioristik, lingkungan yang beraksi dalam diri individu mengundang respon yang ditentukan oleh sejarah. Sifat dari reaksi lingkungan pada respon tersebut menentukan kecenderungan perilaku masa mendatang.
- Berdasarkan kepentingan Masa lalu dalam menentukan Perilaku: Teori behavioristik bersifat historis. Suatu respon seseorang pada suatu stimulus tertentu adalah menjadi suatu fungsi dari sejarah lingkungannya.
- Berdasarkan Tingkat dari Kesadaran: Dalam teori behavioristik, tidak ada perbedaan antara sadar

dan tidak. Biasanya aktifitas mental dipertimbangkan menjadi bentuk lain dari perilaku dan tidak dihubungkan dengan kasus kekuasaan apapun. Aktifitas mental seperti berpikir dan berperasaan dapat saja diikuti dengan perilaku yang terbuka, tetapi bukan berarti bahwa berpikir dan berperasaan dapat menyebabkan terjadinya perilaku terbuka.

- Berdasarkan Data: Pendekatan reinforcement mengukur stimuli lingkungan dan respon materi atau fisik yang dapat diamati, lewat observasi langsung atau dengan pertolongan sarana teknologi.

c. Pendekatan psikoanalitik.

- Berdasarkan penekanannya: Pendekatan psikoanalitis menekankan peranan sistem personalitas di dalam menentukan sesuatu perilaku. Lingkungan dipertimbangkan sepanjang hanya sebagai ego yang berinteraksi dengannya untuk memuaskan keinginan.
- Berdasarkan Penyebab Timbulnya Perilaku: Menurut pendekatan psikoanalitis, perilaku itu

ditimbulkan oleh tegangan / *tensions* yang dihasilkan oleh tidak tercapainya keinginan.

- Berdasarkan Proses: Dalam pendekatan psikoanalitis, keinginan dan harapan dihasilkan dalam Id kemudian diproses oleh Ego dibawah pengamatan Superego.
- Berdasarkan kepentingan Masa lalu dalam menentukan Perilaku: Menurut pendekatan psikoanalitis, masa lalu seseorang dapat menjadikan suatu penentu yang relatif penting bagi perilakunya. Kekuatan yang relatif dari Id, Ego dan Super ego ditentukan oleh interaksi dan pengembangannya dimasa lalu.
- Berdasarkan Tingkat dari Kesadaran: Pendekatan psikoanalitis hampir sebagian besar aktifitas mental adalah tidak sadar. Aktifitas tidak sadar dari Id dan Superego secara luas menentukan perilaku.
- Berdasarkan Data: Pendekatan psikoanalitis menggunakan data ekspresi dari keinginan, harapan, dan bukti penekanan dan bloking dari keinginan tersebut lewat analisa mimpi, asosiasi bebas, teknik proyektif, dan hipnotis.

C. Berdasarkan tujuannya

Berdasarkan tujuannya, psikologi dibedakan atas :

1. Psikologi Teoritis: Psikologi dipelajari dengan tujuan untuk mengembangkan ilmu.
2. Psikologi Praktis: Psikologi dipelajari dengan tujuan untuk kebutuhan praktis, khususnya problem solving.

Berdasarkan obyek yang dipelajarinya, dibedakan atas:

a. Psikologi Umum Psikologi umum bertujuan menyelidiki dan mempelajari kegiatan-kegiatan atau aktivitas-aktivitas psikis manusia yang tercermin dalam tingkah laku pada umumnya, khususnya pada manusia dewasa yang normal dan berkultur (tidak terisolasi).

b. Psikologi Khusus bertujuan menyelidiki dan mempelajari segi-segi kekhususan dari aktivitas– aktivitas psikis manusia.

BAB III NEUROPSIKOLOGI & PSIKOFARMAKOLOGI

A. NEUROPSIKOLOGI

I. Sejarah dan Definisi Neuropsikologi

Neuropsikologi tidak dianggap sebagai hal baru dalam psikologi dan Psikologi. Kira-kira tahun 3000 SM dan khususnya 1700 SM, hubungan antara fungsi otak dan perilaku telah

dibicarakan para ahli, meskipun suasananya banyak bernuansa filsafat. Selain itu, apa yang disebut dengan neuropsikologi pun pada dasarnya adalah studi mengenai hubungan antara fungsi otak (syaraf) itu dengan perilaku yang meliputi pemahaman, asesmen, dan penanganan perilaku (*maladjustive*) yang secara langsung berhubungan dengan fungsi otak.

Asesmen neuropsikologis merupakan metode noninvasif dalam menguraikan fungsi otak yang didasarkan pada kinerja pasien berdasarkan tes baku yang telah memperhatikan indikator yang akurat dan sensitif menyangkut hubungan otak-perilaku (Golden et. al., 1992). Seorang ahli neuropsikologi bertugas mengemukakan lateralisasi, lokalisasi, dan progres luka serebral. Evaluasi neuropsikologis juga menyediakan informasi yang berguna mengenai dampak keterbatasan pasien terhadap penyesuaian edukasional, sosial, atau pekerjaan. Karena banyak pasien neurologis, seperti penyakit degenerative, peristiwa kardiovaskuler, atau sklerosis ganda, sangat bervariasi dalam perkembangan gangguan maupun kesembuhannya. Cara yang paling berarti untuk mengases pasien mengenai keadaannya adalah dengan mengases perilakunya secara obyektif melalui prosedur-prosedur asesmen neuropsikologis. (dalam Sutardjo, 2009).

Neuropsikologi adalah suatu ilmu yang mempelajari hubungan antara otak dan perilaku, disfungsi otak dan perilaku,

dan melakukan assesmen dan treatment untuk perilaku dengan fungsi otak yang terganggu. Sedangkan asesmen neuropsikologis adalah sebuah metode untuk menggambarkan fungsi otak berdasarkan pada performance pasien melalui test-test yang distandarisasi, yang telah terbukti memiliki indicator akurat mengenai hubungan otak perilaku.

Dalam lima tahun terakhir, neuropsikologi berkembang pesat. Ini terlihat dari jumlah anggota asosiasi Neuropsikologi, program pelatihan, makalah-makalah yang dipublikasikan, dan posisi-posisi tugas berkaitan dengan Neuropsikologi di Amerika Serikat yang meningkat (*Phares 1992*).

Sebagai ilmu, Neuropsikologi dianggap sebagai salah satu bagian dari Biopsikologi. Bidang lain yang termasuk dalam biopsikologi antara lain; psikologi faal, psikofisiologi, dan psikologi perbandingan. Neuropsikolog adalah *interface* neurologi dan neurosains, yang dipacu oleh kemajuan yang sangat pesat dalam penelitian biokimia, ilmu faal, histologi susunan syaraf pusat. Neuropsikolog atau neurology berasumsi bahwa perilaku manusia, kepribadiannya, proses psikopatologi dan strategi kognitif diantara (*mediated*) oleh otak (*Carlson 1992*). Neuropsikologi klinis yang bertujuan mendeteksi dan mendiagnosis proses neuropatologi, dan menjembatani *gap* antara dengan ilmu-ilmu perilaku. Neuropsikologi klinis melakukan evaluasi kekuatan dan

kelemahan aspek kognitif, aspek psikologis, serta menentukan hubungannya dengan fungsi otak.

Para ahli neuropsikologi memiliki fungsi dalam sejumlah peran yang berbeda. Peran-peran para neurology adalah membantu menegakkan peraturan dalam melakukan diagnosis tertentu, membuat prediksi mengenai prognosis maupun penyembuhannya, neurology memiliki peran utama dalam memberikan intervensi dan rehabilitasi.

Pasien dengan kerusakan otak kiri biasanya lumayan bagus dalam menggambar bagian dari gambar, tapi mereka tampaknya salah menempatkan bagian yang berhubungan itu. Pasien dengan kerusakan otak kanan, biasanya bagus dalam menggambar semua bentuk, tapi lebih sedikit detailnya. Pemrosesan informasi nonverbal melibatkan sinyal yang sangat kompleks yang terlibat dalam komunikasi sosial dan emosional.

Kesulitan dari penderita kerusakan otak kanan adalah, menilai situasi secara tepat, dalam berhubungan dengan orang lain, dan dalam menerima isyarat dari orang lain oleh suatu masalah—mereka biasanya tidak sadar akan kekurangan mereka. Ketidakmampuan untuk memahami besar dan parahnya kesulitan seseorang disebut *anosognosia*.

Anteseden/Penyebab Gangguan Otak Organik

Ada 6 variabel yang dapat merupakan anteseden dari gangguan fungsi otak, yaitu :

1. *Trauma*, ada 3 istilah untuk trauma pada otak, yaitu gegar otak (*concussion*), pendarahan otak (*contusion*), dan robek otak (*laceration*).
2. *Vascular accident*, terjadinya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak.
3. *Tumor*, gejala yang tampil terkadang terkesan ringan (sakit kepala, gangguan penglihatan) tetapi akibatnya fatal.
4. *Penyakit degeneratif*, penyakit yang menyebabkan terjadinya kemunduran, misalnya dementia jenis Alzheimer.
5. Defisiensi nutrisi (kurang gizi).
6. Keracunan, yang dapat menyebabkan seseorang mengigau (*delirium*). (dalam Suprapti, 2003)

II. Pendekatan dan Interpretasi Hubungan Otak dan Perilaku

Ada dua pendekatan untuk menginterpretasi hubungan gejala gangguan perilaku dengan kerusakan otak, yaitu :

- (1) Pendekatan lokalisasi, menyatakan bahwa kerusakan pada bagian otak tertentu menimbulkan gangguan pada fungsi tertentu pula. Pendekatan ini tidak sejalan dengan prinsip *equipotential* bahwa semua bagian otak ikut terlibat dalam suatu kerusakan, bukan hanya sebagian.
- (2) Pendekatan lateralisasi, menyatakan bahwa ada perbedaan yang mendasar antara fungsi otak kiri dan kanan. Pandangan

ini menimbulkan pertanyaan tentang orang-orang *left-handed* dan *right-handed*. (Suprapti, 2003).

III. Gangguan-Gangguan Neuropsikologi

1. Depresi

Neuropsikologi telah tertarik pada depresi sejak Gainotti (1972) mendokumentasikan dalam gaya sistematis bahwa jenis-jenis kerusakan otak yang berbeda menghasilkan reaksi emosional yang berbeda pula. Pasien yang mengalami kerusakan pada otak kanan sering menunjukkan reaksi yang cenderung ceria, tidak tepat, reaksi yang tidak pasti akan kerusakan mereka, perubahan dalam status, dan hospitalisasi. Gainotti menyebut itu sebagai reaksi “*Euphoric atau Indifference*”. (reaksi ini sering diikti oleh anosognosia, yaitu ketidaksiapan akan kekurangan). Sebaliknya, pasien yang mengalami kerusakan otak kiri sering menunjukkan apa yang Gianotti sebut sebagai reaksi “*Catastrophic*”, dimana karakter reaksi ini ditandai oleh simptom dari depresi seperti selalu berlinang air mata dan penderitaan.

Akhir-akhir ini, studi dari Robinson dan kawan-kawan telah memastikan bahwa di suatu tempat diantara sepertiga dan duapertiga pasien menjadi depresi saat mengalami kerusakan pada otak kiri (Starkstein & Robinson

1988). Riset ini juga menunjukkan bahwa kemungkinan seseorang bisa mengembangkan depresi berkorelasi tinggi dengan luka pada otak bagian depan. Jika luka lebih dekat dengan bagian depan-kiri otak, depresinya lebih parah. Saat orang depresi dibandingkan dengan orang yang tidak, hemisfer kiri dari orang yang non-depresi itu tidak seaktif hemisfer kanannya.

2. Schizophrenia

Ahli Neuropsikologi juga mempelajari tentang pemfungsian otak dalam Schizophrenia. Penelitian para ahli menggunakan metode *Tachistoscopic* menunjukkan bahwa pemicu dari disorder ini disebabkan oleh over aktivasi dari hemisfer kiri (Gur, 1978). Studi ini menunjukkan bahwa area prefrontal kiri pada penderita schizophrenia (Schizophrenics) itu tidak normal karena area itu tidak diaktifkan dalam performa pada tes seperti *Wisconsin Card Sort Test*. Hasil ini kompatibel dengan beberapa observasi mengenai simptomatologi tentang schizophrenia. Pertama-tama, banyak Schizophrenia menunjukkan apa yang disebut dengan simptom negatif. Simptom negatif ini meliputi sikap yang datar, kurangnya inisiatif, kekurangan energi, absen dari kehidupan sosial, dan kurangnya spontanitas. Simptom yang sama ini dihadapi pada pasien-pasien tertentu dengan luka pada area prefrontal. Kedua, gangguan dalam reasoning

linear, pemikiran logis, dan bahasa terlihat dengan jelas dalam schizofhrenia dan konsisten dengan sejenis kerusakan pada area khusus dari hemisfer kiri.

Bagaimanapun juga kita harus hati-hati dalam menarik kesimpulan. Area prefrontal tergabung dengan rumit pada banyak bagian dari otak, dan kerusakan dan disfungsi di area lain bisa membuat area prefrontal menjadi tidak berfungsi. Lebih jauh lagi, studi biasanya dilakukan pada sampel kecil, sejak schizophrenia relatif langka pada populasi umum, pasien-pasiennya sulit di tes, dan tehnologinya sangat rumit dan mahal. Meski begitu, banyak peneliti percaya bahwa schizophrenia berhubungan dengan kerusakan atau disfungsi dari area prefrontal dari hemisfer kiri (Rubin et al., 1991).

3. Keterbatasan Belajar

Beberapa studi telah mengindikasikan bahwa *Dyslexia* (ketidak-mampuan membaca) berkaitan dengan disfungsi dari hemisfer kiri. Studi *Tachistoscopic* dan pengukuran Behavioral lainnya telah menemukan bahwa anak-anak dengan masalah membaca lebih menunjukkan keuntungan yang direduksi untuk hemisfer kiri berhubungan dengan hemisfer kanan (Obzurt, 1988). Anak-anak ini cenderung bergantung pada hemisfer kiri daripada kanan

dalam proses belajar membaca. *Dyslexia* berkorelasi dengan kekurangan dalam kemampuan berbahasa.

Beberapa studi telah melaporkan hasil dari otopsi otak pada orang yang memang mengalami *dyslexia*. Studi-studi ini telah menemukan bahwa struktur dari hemisfer kiri pada penderita *dyslexia* itu berbeda dengan orang-orang kebanyakan. Dalam kasus lain para peneliti telah menemukan bukti dari sel yang “salah tempat” yang disebut dengan “*Ectopias*”, pada hemisfer kiri. *Ectopias* tersebut terjadi pada saat perkembangan dari otak, saat sel bermigrasi ke tempat yang seharusnya dalam Cortex. Kesalahempatan ini bisa menimbulkan penundaan dalam perkembangan dan kekurangan dalam pemfungsian dari hemisfer kiri.

Ahli neuropsikologi klinis, anak-anak sering bisa membantu mengetahui kekurangan dalam hemisfer kiri pada anak-anak dengan kesulitan membaca. Mereka sering membantu program perbaikan untuk anak-anak tersebut dan berkonsultasi dengan guru dan para orangtua bagaimana bisa mendapatkan informasi akademik yang tepat.

4. Keterbatasan Non Verbal

Tipe berbeda dari keterbatasan belajar melibatkan kekurangan dalam kemampuan visuospasial dan visuomotor sebagaimana juga kemampuan-kemampuan lain yang

bergantung pada hemisfer kanan. Sindrom ini pertama kali dijelaskan oleh Myklebust (1975), tapi akhir-akhir ini riset neuropsikologi lebih mengutamakan dalam penggambaran gangguan ini dan mengkomunikasikan sebesar apa signifikansinya pada para guru dan profesional lain. Diagnosa yang lalu dan perlakuan pada anak-anak yang mempunyai keterbatasan belajar nonverbal harusnya membantu mencegah beberapa dari masalah psikologis ini.

Dalam bukunya pada keterbatasan belajar nonverbal, Rourke (1989) berpendapat bahwa kekurangan hemisfer kiri pada awal masa anak-anak bisa berpengaruh besar pada perkembangan normal. Defisit tersebut menghalangi anak-anak untuk menggali lingkungan di sekitarnya, belajar konsekuensi dari tindakan, dan meraih pengalaman esensial dalam *skill* visulomotor. Wendy Heller dan kawan-kawan (Heller, Hopkins, & Cox, 1991) telah mempelajari bayi yang mengalami pendarahan dalam otak yang disebabkan oleh perkembangan yang lambat pada sistem vaskular. Mereka menemukan bahwa bayi yang hemisfer kanannya sudah rusak tidak lebih menampakkan ekspresi wajahnya dan menunjukkan hubungan timbal balik yang lebih sedikit dalam interaksi mereka dengan ibu daripada bayi yang menderita kerusakan hemisfer kiri pada otak dan bayi yang sehat. Sejak interaksi ibu-bayi memprediksi kualitas dari

kedekatan pada umur yang sedikit lebih tua, dan sejak kualitas kedekatan itu memprediksi “*Social Adjustment*” pada masa anak-anak, hasil ini menyatakan bahwa dalam tambahan pada keterbatasan motorik dan kognitif, abnormalitas dini dalam hubungan sosial menempatkan anak-anak yang menderita keterbatasan dalam belajar nonverbal pada resiko untuk kesulitan emosional pada hidupnya kelak.

IV. Teknik Asessmen Neuropsikologi

Seorang ahli neuropsikologi biasanya mengikuti satu atau dua pendekatan untuk mengases seorang pasien yang dicurigai terserang kerusakan otak. Pendekatan pertama adalah untuk mengatur sesuatu yang menentukan sebelumnya, menetapkan ukuran seperangkat tes yang bergabung menjadi sebuah *Battery*. Tes *Battery* berisi seragam teknik asessmen untuk semua pasien. Pendekatan kedua adalah metode pembedaan, yang mana beberapa tes terus-menerus diberikan pada semua pasien tapi sisa tes diseleksi dengan kebutuhan khusus terutama pasien dengan ingatan. Pendekatan pembedaan menyesuaikan pilihan tes untuk pertanyaan diagnostik spesifik sebaik untuk mengetahui tentang pasien dari awal.

Ada pendapat yang berbeda mengenai pelaksanaan tes neuropsikologi, yaitu dalam metode (dengan baterai standar atau

baterai khusus sesuai klien), administrasi (satu alat tes atau lebih) dan interpretasi (kualitatif atau kuantitatif). Sehubungan dengan hal administrasi, contoh tes tunggal untuk assesmen neuropsikologi adalah *Wechsler Memory Scale* (WMS) untuk mengukur ingatan, *Wechsler Bellevue Subtes Hold* dan *Don't Hold* untuk mengukur ada tidaknya kemunduran itelegensi, *Bender-Gestalt* untuk dugaan kerusakan otak. Baterai neuropsikologi yang sering dipakai adalah *Luria-Nebraska* dan *Halstead-Reitan Neuropsychological Deficit Scale* (Wolfson, 1993). (dalam Suprapti, 2003).

B. PSIKOFARMAKOLOGI

I. Definisi Psikofarmakologi

Psikofarmakologi adalah suatu cabang ilmu atau ilmu pengetahuan yang mempelajari obat-obatan yang secara khusus berpengaruh terhadap fungsi-fungsi mental dan perilaku (disebut juga obat psikoaktif). (dalam Suparno, 2008).

Psikofarmakologi mempelajari efek obat pada perilaku manusia dan bagaimana efek ini terjadi melalui perubahan aktivitas neural (saraf). Psikofarmakologi mempelajari obat-obat khusus yang dinamakan psikotropik-obat yang efeknya pada otak, yang memiliki dampak terapeutik langsung pada proses mental (Maramis, 1994).

II. Penyakit Jiwa, Neurotransmisi, dan Penggunaan Obat Psikotropik-Narkotik

Menurut Olson (1993) penyakit jiwa adalah penyakit neurotransmisi atau penyaluan listrik-kimiawi-listrik antarneuron. Olson membedakanya ke dalam dua kelompok berdasarkan peristiwa yang menyebabkannya, antara lain :

1. Karena terlalu banyak neurotransmisi yang dapat disebabkan oleh neuron yang terlalu mudah terangsang (*Hyperexcitable*) serta terlalu banyaknya molekul Neurotransmitter pada reseptor pascasinaps (*Postsynaptic Receptor*).
2. Terlalu sedikit neurotransmisi karena terlalu sedikitnya NT yang di ikat oleh reseptor pascasinaps (*Postsynaptic Receptor*).

Obat Psikotropika adalah obat yang bekerja secara selektif pada susunan saraf pusat dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku. Biasanya digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik. Sedangkan obat narkotika adalah obat yang bekerja secara selektif pada susunan saraf pusat dan mempunyai efek utama terhadap penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri. Biasanya digunakan untuk analgesik (anti rasa sakit), Antitusif (mengurangi batuk), Antipasmodik (mengurangi rasa mulas atau mual) dan pramedikasi anestesi dalam praktik kedokteran (Maslim R, 1999).

Obat psikotropik (psikotropika, psikofarmaka) merupakan obat yang bekerja secara selektif pada Susunan Saraf Pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku (*Mind and Behavior altering drugs*), digunakan untuk terapi gangguan Psikiatrik (*Psychotherapeutic Medication*).

Obat narkotik (narkotika) merupakan obat yang bekerja secara selektif pada Susunan Saraf Pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, dan mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri (*altered reaction to the painful stimulus*), digunakan untuk analgesik, antitusif, antispasmodik, dan premedikasi anestesi dalam praktek kedokteran.

Obat psikotropik dan narkotik termasuk salah satu zat psikoaktif. Namun demikian harus dibedakan pula dengan zat adiktif, yaitu zat yang dapat menimbulkan sindrom ketergantungan. Tidak semua zat psikoaktif adalah zat adiktif. Di dalam PPDGJ-III terdapat pula kategori diagnosis F-55 “Penyalahgunaan zat yang tidak disebabkan ketergantungan”, misalnya obat antidepresi dan neuroleptika. Secara legal, seperti pada “*United Nation Convention of Psychotropic substances 1971*” digunakan istilah zat psikotropik (*psychotropic substances*) yang bermakna sama dengan zat psikoaktif.

Dampak Penyalahgunaan Obat Psikotropik. Obat psikotropik, sebagai salah satu zat psikoaktif, bila digunakan

secara salah (*missue*) atau disalahgunakan (*abuse*) berisiko menyebabkan timbulnya gangguan jiwa yang menurut PPDGJ-III termasuk kategori diagnosis F-10, F-19 “ Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif ”. Gangguan mental dan perilaku tersebut dapat bermanifestasi dalam bentuk sebagai berikut (dalam Suparno, 2008) :

- a. Intoksikasi Akut (tanpa atau dengan Komplikasi)
 1. Berkaitan dengan dosis zat yang digunakan (efek yang berbeda pada dosis yang berbeda).
 2. Gejala intoksikasi tidak selalu mencerminkan efek primer dari zat (dapat terjadi efek paradoksal).
- b. Penggunaan yang Merugikan (*Harmful use*)
 1. Pola penggunaan zat psikoaktif yang merusak kesehatan (dapat berupa fisik dan atau mental).
 2. Belum menunjukkan adanya sindrom ketergantungan.
 3. Sudah ada hendaya psikososial sebagai dampaknya.
- c. Sindrom Ketergantungan (*Dependences Syndrome*)
 1. Adanya keinginan yang amat kuat (dorongan kompulsif) untuk menggunakan zat psikoaktif secara terus menerus dengan tujuan memperoleh efek psikoaktif dari zat tersebut.
 2. Terdapat kesulitan untuk menguasai perilaku menggunakan zat, baik mengenai mulainya,

menghentikannya, ataupun membatasi jumlahnya (*Loss of Control*).

3. Penghentian atau pengurangan penggunaan zat menimbulkan keadaan putus zat, dengan perubahan fisiologis tubuh yang sangat tidak menyenangkan, sehingga memaksa orang tersebut menggunakan zat tersebut lagi atau yang sejenis untuk menghilangkan gejala putus zat tersebut.
 4. Terjadi peningkatan dosis zat psikoaktif yang diperlukan untuk memperoleh efek yang sama (gejala toleransi).
 5. Terus menggunakan zat meskipun individu menyadari adanya akibat yang merugikan kesehatannya.
- d. Keadaan Putus Zat (*Withdrawal state*)
1. Gejala-gejala fisik dan mental yang terjadi pada penghentian pemberian zat sesudah suatu penggunaan zat yang terus menerus dan dalam jangka waktu panjang dan / atau dosis tinggi.
 2. Bentuk dan keparahan gejala tersebut tergantung pada jenis dan dosis zat yang digunakan sebelumnya.
 3. Gejala putus zat tersebut mereda dengan meneruskan penggunaan zat.
 4. Salah satu indikator dari sindrom ketergantungan.
- e. Gangguan Psikotik (*Psychotic Disorder*)

1. Sekelompok gejala-gejala psikotik yang terjadi selama atau sesegera sesudah penggunaan zat psikoaktif.
 2. Ditandai oleh halusinasi, kekeliruan identifikasi, waham dan/atau “ *Ideas of Reference*” (gagasan yang menyangkut diri sendiri sebagai acuan) yang seringkali bersifat kecurigaan atau kejaran, gangguan psikomotor (*excitement* atau *stupor*) dan efek yang abnormal yang terentang antara ketakutan yang mencekam sampai ke kegembiraan yang berlebihan.
 3. Pada umumnya keadaan kesadaran jernih.
 4. Variasi pola gejala dipengaruhi oleh jenis zat yang digunakan dan kepribadian pengguna zat.
- f. Sindrom Amnesik (*Amnesic Syndrome*)
1. Terjadi hendaya/gangguan daya ingat jangka pendek (*recent memory*) yang menonjol, kadang-kadang terdapat gangguan daya ingat jangka panjang (*remote memory*), sedangkan daya ingat segera (*immediate recall*) masih baik. Fungsi kognitif lainnya biasanya relatif masih baik.
 2. Adanya gangguan sensasi waktu (menyusun kembali urutan kronologis, meninjau kejadian berulang kali menjadi satu peristiwa, dll).
 3. Keadaan kesadaran jernih.

4. Perubahan kepribadian, yang sering disertai keadaan apatis dan hilangnya inisiatif, serta kecenderungan mengabaikan keadaan.

Dalam bidang terapi, orientasi terarah pada gejala sasaran (*target syndrome oriented*). Penggunaan klinis obat psikotropik ditujukan untuk meredam (*suppression*) gejala sasaran tertentu dan pemilihan jenis obat disesuaikan dengan tampilan gejala sasaran yang ingin ditanggulangi.

Tabel 1. Jenis Obat dan Gejala Sasaran

Jenis Obat	Gejala Sasaran
Anti – Psikosis	Psikosis
Anti – Depresi	Depresi
Anti – Mania	Mania
Anti – Anxietas	Anxietas
Anti – Insomnia	Insomnia
Anti – Obsesif kompulsif	Obsesif kompulsif
Anti – Panic	Panik

III. Gejala Sasaran (Target Symptoms) dalam Pengobatan Gangguan Jiwa

Obat psikotropika tidak menyembuhkan suatu penyakit/gangguan, tetapi mengurangi atau menghilangkan gejala sasaran. Berikut adalah beberapa gejala sasaran untuk beberapa gangguan jiwa.

1. *Gangguan depresi*, gejala sasarannya adalah :

- a. Simtom neurovegetatif (tidur, nafsu makan, dan lain-lain),
 - b. Simtom psikomotor (ekspresi wajah, tangan, tubuh, secara keseluruhan),
 - c. Perubahan suasana hati (dari depresi menjadi *irritable*),
 - d. Perubahan konsentrasi, atensi, dan memori,
 - e. Pikiran depresi, rasa bersalah, ruminasi (terus menerus mengingat hal-hal tak enak dari masa lalu), kognisi yang terdistorsi,
 - f. Simtom psikotik.
2. *Gangguan mania*, gejala sasaran adalah :
 - a. *Kegiatan psikomotor yang tinggi yang harus dikurangi*,
 - b. *Pressure of speech*, yaitu bicara cepat, mengalir dan penuh semangat, yang sulit dihentikan,
 - c. *Kurang tidur*.
 3. *Gangguan psikosis*, gejala sasaran berhubungan dengan gejala/simtom arousal, afek, aktivitas psikomotor, pikiran, dan penyesuaian social.
 4. *Gangguan cemas*, gejala sasaran adalah pengalaman subjektif yang ditandai oleh keresahan/kekhawatiran juga ketegangan motorik, hiperaktivitas autonomik dan kewaspadaan. (dalam Suprapti, 2003).

IV. Efek Samping Obat Psikotropika

Efek samping obat psikotropika bermacam-macam, antara lain :

1. Terjadinya hipotensi ortostatik, yakni tekanan darah turun ketika seseorang dalam posisi berdiri.
2. Gejala neurologik, seperti tremor (gemetar), parkinsonisme (gejala penyakit parkinson, yakni langkah kecil-kecil, posisi badan kaku), dyskinesia (gangguan pengendalian gerakan) antara lain gerakan mata, lidah.
3. Gangguan autonomik, vegetatif atau hormonal, seperti mengantuk, lelah, mulut kering, *tachycardia* (detak jantung menjadi cepat), sukar kencing, konstipasi (sukar buang air besar), gangguan menstruasi, perasaan mabuk, penurunan potensi seks.
4. Gejala psikiatrik, misalnya menjadi hipomanik (gembira berlebihan).
5. Alergi, berat badan naik, dan ikterus (badan menjadi kuning) (Maramis, 1994).
(dalam Suprpti, 2003: hlm. 97)

V. Pengelompokan Obat Psikotropika

Maramis mengelompokkan obat psikotropik dalam 4 kelompok :

1. Penenang (*tranquilizer*) mempunyai efek anti cemas, anti tegang, dan anti agitasi.

2. Neuroleptik (melumpuhkan saraf), dulu dinamakan *major tranquilizer*. Memiliki efek antischizo-phrenia, anti-psikosa, dan juga anti cemas, anti tegang, dan anti agitasi.
3. Anti-depresan yang terdiri dari dua kelompok, kelompok pertama adalah *timoleptika* yang berguna menurunkan depresi dan menimbulkan efek anti-cemas, anti-tegang dan anti-agitasi. Kelompok kedua adalah *thimeretika* yang berguna mengurangi depresi dan mengaktivasi dan menghilangkan hambatan.
4. Psikomimetika (meniru psikosis) efek yang ditimbulkan adalah gejala psikotik yang reversibel. (dalam Suprapti, 2003).

BAB IV

KASUS-KASUS KEMARITIMAN MASYARAKAT PESISIR

a. Kasus anak

Subyek : R (14 Bulan)
Kasus : Gizi Buruk dan gagal jantung
Tempat : Pesisir daerah Pasuruan

Seorang anak bernama R berusia 14 Bulan menderita gizi buruk & gagal jantung, ibunya telah meninggal dunia pada tgl 15 February 2019 menderita kanker paru-paru & kanker hati saat

opname di RSUD Soedarsono Kota Pasuruan Jawa Timur, sedangkan Ayah dari anak tersebut juga menderita kanker paru-paru. Ayah Rasya seorang pecandu rokok sampai saat ini dan berhenti merokok setelah di opname. Seorang Petugas dinas kesehatan menemukan satu keluarga tersebut dalam keadaan tak sadarkan diri di rumah, saat di temukan di sekitar tubuh bayi Rasya ada beberapa semut yang berada di badannya, kedua orang tuanya juga tidak sadarkan diri, Petugas kesehatan tersebut langsung membawa satu keluarga ke rumah sakit supaya mendapatkan penanganan yang memadai dengan bantuan dana dari masyarakat & pemerintah kota Pasuruan.

Analisa kasus:

Pendekatan Behavioristik, yang berdasar pada :

- Penekanannya: Pendekatan behavioristik menekankan pada peranan lingkungan dalam perilaku manusia, dari sisi psikologi kesehatan bahwa lingkungan yang sehat pada rumah yang ditinggali kurang memadai, sehingga untuk hidup dan tinggal menjadi kurang baik. Perilaku sehat yang ditampilkan oleh kepala keluarga dengan perilaku merokok, yang tidak sesuai dengan aturan. Rumah yang menjadi tempat tinggal dibuat menjadi tempat rokok bebas

- Penyebab timbulnya perilaku: kurangnya pengetahuan untuk hidup sehat, yang mana perilaku tersebut berdampak pada R anak berumur 14 bulan
- Proses: perilaku tampak pada perokok dan memiliki penyakit paru-paru akan berproses terus menurun, terutama pada istri dan anak terkontaminasi diseluruh anggota keluarga, yang tanpa pengobatan
- Kepentingan masa lalu: perilaku masa lalu yang terbawa sampai saat ini, ditambah dengan perilaku yang tidak rutin berobat kerumah sakit memperparah proses penyakit.
- Tingkat kesadaran: perilaku hidup sehat dan ilmu pengetahuan yang minim membuat anak menjadi korban penyakit dari orang tua, yang menjadikan anak terdiagnosis menderita gizi buruk
- Data: observasi dan wawancara pada penderita, yaitu kepala keluarga dan anak pasien penderita gizi buruk

b. Kasus remaja

Subyek : BA (14 Thn)
Kasus : Kenakalan Remaja yang di akibatkan karena penerapan pola asuh yang kurang tepat dan pergaulan yang negatif
Tempat : Pesisir Tuban

Seorang remaja berusia 14 tahun yang saat ini di kelas 3 SMP sering tidak masuk saat sekolah, ketika bersama teman-temannya dia sering merokok, minum minuman keras. Ketika kakek Neneknya menasehatinya dia selalu membangkang dan tidak mengikuti perintah orang tua maupun kakek neneknya. Remaja tersebut dari kecil di asuh oleh kakek neneknya, ketika Remaja tersebut meminta sesuatu seperti HP, Laptop, Motor dll kakeknya selalu menuruti keinginannya. Penerapan pola asuh yang kurang tepat dan pergaulan yang salah sehingga menyebabkan perilaku remaja tersebut menjadi negatif.

Analisa kasus:

Pendekatan kognitif, yang berdasarkan pada:

- Penekanannya: Pendekatan kognitif menekankan mental internal seperti berpikir dan menimbang. Pada kasus diatas remaja berdasar peta kognitif telah mendapatkan pembelajaran, bahwa ketika menginginkan sesuatu pasti akan terpenuhi
- Penyebab timbulnya perilaku : respon lingkungan yang mendukung perilaku BA secara terus menerus
- Proses : berawal dari pola asuh submisif, orang tua sebagai figure otoritas dan kakek nenek figure mendukung yang tidak pernah mengatakan “ tidak ” pada

BA, hal ini secara kognitif membentuk pola yang terus menerus sampai remaja.

- Kepentingan masa lalu : peta kognitif dari pola asuh tersebut akan membentuk perilaku merokok, minuman keras. Ketidak berdayaan adanya figure otoritas menjadi semakin menurun.
- Tingkat dari kesadaran: figure otoritas terkuat dirumah semestinya berperan pada pembentukan perilaku, sehingga pemikiran untuk slalu dipenuhi kebutuhannya pada diri BA menurun
- Data: observasi dan deep interview pada figure otoritas dan figure pendukung, serta peran BA sebagai siswa remaja

c. Kasus dewasa

Subyek : NH (64 Thn) dan TA (60 Thn)
Kasus : Perselisihan keluarga
Tempat : Tuban

Putra dari NH telah menikah dengan putri dari TA yang mengidap penyakit batu ginjal, lambung dan infeksi saluran kencing. Semua biaya pengobatan medis dari opname sampai operasi pengangkatan batu ginjal sampai berobat jalan di tanggung oleh keluarga NH.

Awal terjadinya terjadi perselisihan antara NH dan TA yaitu ketika TA menganggap bahwa kesembuhan anaknya karena berobat pada dukun paranormal dan tidak mempercayai pengobatan medis, ketika itu NH tidak dapat menerima pendapat dari TA karena merasa bantuan materi & non materi, tenaga biaya pengobatan yang di berikan NH kepada putri dari TA tidak di hargai. Selama menantunya berobat & biaya operasi pengangkatan batu ginjal seluruhnya di tanggung oleh keluarga NH bukan dari keluarga TA selaku orang tua kandung dari menantunya. Selama dua tahun NH dan TA tidak saling berbicara. Kemudian TA meminta maaf kepada NH sekeluarga dan hubungan keluarga menjadi harmonis kembali.

Analisa kasus:

Pendekatan Psikoanalisa + behavior, yang berdasarkan pada:

- Penekanannya: permasalahan rumah tangga anak, yang dicampuri oleh orang tua, sehingga perilaku yang ditampilkan menjadi kurang baik
- Penyebab timbulnya perilaku: perilaku kurang peka terhadap sikap baik orang tua terhadap anak menantu yang memberi pertolongan, baik moril dan spiritual, sehingga membuat perselisihan rumah tangga anak
- Proses : kondisi kesehatan yang kurang baik oleh putri, membuat keluarga suami empati dan memberi

pertolongan hingga sembuh, proses untuk menjadi sembuh berjalan lama, sehingga perilaku berubah untuk melakukan pengobatan alternatif.

- Kepentingan masa lalu dalam menentukan perilaku: pola hidup yang kurang begitu baik, yang dijalani individu yang rentan terkena suatu penyakit. Riwayat kesehatan yang kurang terjaga sehingga perlu diadakan tindakan khusus untuk putri. Namun perilaku yang terbentuk berbeda, setelah proses pengobatan yang dijalani
- Tingkat dari kesadaran: pola hidup sehat dengan konsumsi makanan sehat agar terbentuk kesehatan diri, sehingga tidak berfikir negatif terhadap hasil dari proses pengobatan. Konflik yang timbul dengan perasaan bersalah menjadi kurang harmonis dalam kehidupan rumah tangga
- Data: observasi dan wawancara pada penderita sakit yaitu putri, beserta suami, komunikasi yang efektif agar tidak terjadi kesalahan berpendapat pada pasangan dan keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- James F. McKenzie, dkk, 2007. Kesehatan Masyarakat suatu pengantar, (Jakarta: EGC)
- Maslim Rusdi, 1999. PPDGJ III. Jakarta: FK. Unika Atmajaya
- Maramis WF. 1994. Kedokteran jiwa. Surabaya: Airlangga university press
- Mary Jane Schneider, Introduction to Public Health, 2006, Jones Bartlett Publishers
- Mbiti, G (2002) Presentasi dalam International Traumatic Stress Studies, Baltimolre: Oasis.
- Niven, Neil, 2000. Psikologi Kesehatan (Jakarta:EGC)
- Riskasari indah (2017) Studi deskriptif mengenai Pengetahuan kesehatan reproduksi terhadap *Sexuality need* pada istri-istri Pelaut: Implikasi Penelitian. Jurnal Poseidon
- Sarafino, E. P., 1998. Health Psychology. Biopsychosocial Interventions. Third Edition. USA: John Wiley & Sons.
- Soetarjo, W., 2009. Psikologi klinis. Bandung: Refika Aditama
- Taylor, S.E., 2009. Health Psychology. Seventh Edition. USA: McGraw-Hill.

INDEKS

A

American Psychology Association 1,

Abnormal 1

Alergi 38

Abuse 33

B

Biopsikologi 3, 21

Behavior medicine 1, 4

Behavioristik 16, 17, 41

Battery 30

Biopsikososial 3,

C

Castatropic 26

D

Depresi 24, 36,

Disleksia 27

Depresi 126, 146

E

Euphoric 24

F

Fenomenologi 131

Food, fasion, fun 1

H

Hostilitas 3

I

Intervensi 6, 7

Interface 21,

K

Kognitif 14, 15,

L

Life stlye 2

N

Neuropsikologi 20, 21, 29

Narkotika 32

M

Motivasi 4

Mania 37

P

Persperktif 9,

Psikoanalitik 16, 18,

Psikofarmakologi 20, 30, 31

Psikotropika 39,

Psychology 10, 11, 12, 14

S

Shizoprenia 26

Skill 28

Social adjustment 29

Stress 5,

T

Tention 18

Treatmen 123, 132, 226



0823-7733-8990

www.elmarkazi.com

www.elmarkazistore.com



@penerbitelmarkazi



