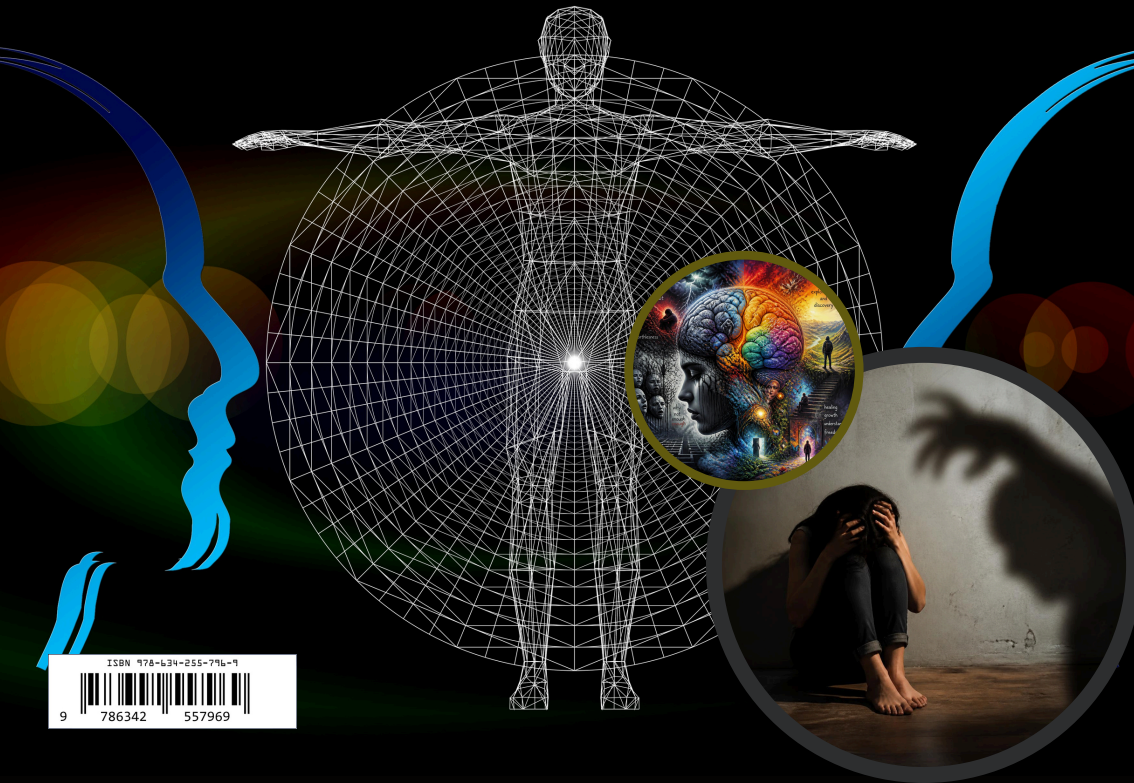


Tim Penulis :

- Fina Afriany
- Dian Mustika Maya
- Natalia Sulistyo Veerman
- Yoessy Etna Werdini
- Citra Dewi

PEMAHAMAN PSIKOLOGI ABNORMAL: TEORI, DIAGNOSIS, DAN GANGGUAN



ISBN 978-634-255-714-1



9

786342

557969

PEMAHAMAN PSIKOLOGI ABNORMAL: TEORI, DIAGNOSIS, DAN GANGGUAN

**Fina Afriany
Dian Mustika Maya
Natalia Sulisty Veerman
Yoessy Etna Werdini
Citra Dewi**



GET PRESS INDONESIA

PEMAHAMAN PSIKOLOGI ABNORMAL: TEORI, DIAGNOSIS, DAN GANGGUAN

Penulis :

Fina Afriany
Dian Mustika Maya
Natalia Sulisty Veerman
Yoessy Etna Werdini
Citra Dewi

ISBN : 978-634-255-796-9

Editor : DR. D.Sc. Drs. Sunarno SastroAtmodjo, AP., B.II.Sc., B.Sc.,
S.E., S.H., S.T., S.AP., S.IP., S.Pd., S.Sos., S.IKom., M.M., M.Si., C.CW.,
C.JKP., C.Ed.

Penyunting : Tri Putri Wahyuni., S.Pd

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Oktober 2026

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Pemahaman Psikologi Abnormal: Teori, Diagnosis, Dan Gangguan ini.

Buku Ini Membahas : Konsep Dasar Psikologi Abnormal, Paradigma dan Metode Diagnosis Psikopatologi, Gangguan Somatoform dan Gangguan Disosiatif, Gangguan Kecemasan dan Gangguan Makan, Gangguan Seksual, Identitas Gender, dan Penyalahgunaan Zat.

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

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

Padang, Agustus 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP DASAR PSIKOLOGI ABNORMAL	1
1.1 Pengertian dan definisi.....	2
1.2 Perspektif dalam psikologi abnormal.	3
1.3 Pendekatan dalam konsep dasar psikologi abnormal	4
1.4 Penyebab perilaku abnormal	13
DAFTAR PUSTAKA	14
BAB 2 PARADIGMA DAN METODE DIAGNOSIS PSIKOPATOLOGI	15
2.1 Anamnesis.....	16
2.1.1 Aspek Penilaian	17
2.1.2 Tujuan Pemeriksaan	17
2.1.3 Riwayat Penyakit.....	17
2.1.4 Riwayat Penyakit sebelumnya	18
2.1.5 Riwayat konsumsi alkohol dan obat terlarang	18
2.1.6 Gangguan medis secara keseluruhan	18
2.1.7 Riwayat perkembangan, psikososial, dan sosiokultural klien	19
2.1.8 Riwayat Pekerjaan	19
2.1.9 Riwayat Hukum	20
2.1.10 Kondisi Keluarga	20
2.1.11 Pemeriksaan berhubungan dengan gejala spesifik.....	20
2.2 Diagnosis	20
2.2.1 <i>The International Classification of Diseases</i> (ICD)	21
2.2.2 Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)	21
2.2.3 <i>Diagnostic & Statistical Manual of Mental</i> <i>Disorder</i> (DSM-5 TR).....	22
2.3 Penutup	25
DAFTAR PUSTAKA	27

BAB 3 GANGGUAN SOMATOFORM DAN GANGGUAN DISASOSIATIF	29
3.1 Konsep Dasar Gangguan Somatoform	32
3.1.1 Definisi Historis dan Perspektif DSM V	32
3.1.2 Perubahan istilah: Dari Somatoform ke <i>Somatic Symptom & Related Disorders</i>	33
3.1.3 Peran faktor psikologis dalam gejala fisik.	33
3.2 Klasifikasi dan Jenis Gangguan Somatoform	34
3.3 Faktor Gangguan Somatoform	38
3.3.1 Faktor Biologis: Sensitivitas Interoseptif	38
3.3.2 Faktor Psikologis: Kecemasan dan Trauma	38
3.3.3 Faktor Kognitif: Catastrophizing	39
3.3.4 Faktor Sosial dan Budaya	39
3.3.5 Integrasi Perspektif	40
3.4 Konsep Dasar Disosiasi	40
3.4.1 Definisi Disosiasi	40
3.4.2 Spektrum Normal hingga Patologis	41
3.4.3 Disosiasi sebagai Mekanisme Pertahanan	41
3.4.4 Penutup Konseptual	42
3.5 Klasifikasi dan Jenis Gangguan Disosiasi	42
3.6 Etiologi Klinis Gangguan Disosiasi	45
3.7 Penanganan Gangguan Somatoform Dan Gangguan Disosiasi	49
DAFTAR PUSTAKA	53
BAB 4 GANGGUAN KECEMASAN DAN GANGGUAN MAKAN	59
4.1 Gangguan Kecemasan (<i>Anxiety Disorder</i>)	60
4.2 Gangguan Makan	63
4.3 Keterkaitan Gangguan Kecemasan Dan Gangguan Makan	67
4.3.1 Teori Kepekaan terhadap Kecemasan (<i>Anxiety Sensitivity</i>)	67
4.3.2 Teori Lintas Diagnosis (<i>Transdiagnostic Theory</i>)	68
4.3.3 Konseptualisasi Berdasarkan Kerangka Gangguan Kecemasan	69
4.3.4 Model Hubungan Dua Arah (<i>Bidirectional Relationship</i>)	70

4.4 Mekanisme Psikologis: Infleksibilitas Sebagai Jembatan Antara Gangguan Kecemasan Dan Gangguan Makan	71
4.5 Implikasi Dan Dampak : Mengapa Diagnosis Ganda Penting ?.....	74
4.6 Kesimpulan.....	76
DAFTAR PUSTAKA	78
BAB 5 GANGGUAN SEKSUAL, IDENTITAS GENDER DAN PENYALAHGUNAAN ZAT	83
5.1 Pengertian Gangguan Seksual.....	84
5.2 Jenis-Jenis Gangguan Seksual	85
5.3 Penyebab Gangguan Seksual	86
5.4 Penanganan Gangguan Seksual	86
5.5 Identitas Gender	87
5.5.1 Pengertian Identitas Gender	87
5.5.2 Gangguan Indentitas Gender	87
5.6 Penyalahgunaan Zat.....	87
5.6.1 Pengertian Gangguan Penyalahgunaan Zat	87
5.6.2 Penyebab Penyalahgunaan Zat	88
5.6.3 Tahapan Penyalahgunaan Zat	89
5.6.4 Klasifikasi Zat	89
5.6.5 Dampak Penyalahgunaan Zat	93
5.6.6 Terapi Penyalahgunaan Zat.....	93
DAFTAR PUSTAKA	95
BIODATA PENULIS	

BAB 1

KONSEP DASAR PSIKOLOGI

ABNORMAL

Seorang individu yang normal memiliki kemampuan untuk beradaptasi, sehat secara fisik dan mental, serta memiliki kondisi yang baik, berfungsi secara optimal sesuai dengan norma yang ada dimasyarakat. Sedangkan sebaliknya dikatakan abnormal yaitu adanya penyimpangan dari norma, aneh, tidak mampu untuk beradaptasi, adanya gangguan dan kelainan. Walaupun batas antara normal atau abnormal sering kali tipis dan menjadi perdebatan mengenai arti sebenarnya atau defisini standar dan siapa yang berhak menentukan berdasarkan kriteria normal dan abnormal tersebut.

Normal atau abnormal dapat dipengaruhi oleh budaya contohnya suatu perilaku dianggap biasa di suatu daerah akan tetapi menjadi tidak biasa untuk daerah lainnya. Selain itu juga pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang terkadang tampak tidak sesuai dengan apa yang dianggap normal sehingga hal tersebut dapat mengganggu seseorang untuk berfungsi normal dalam kehidupan sehari-harinya.

Maka perilaku-perilaku yang jarang terjadi walaupun tidak semua perilaku yang jarang terjadi itu merupakan hal yang negatif, yang juga dapat menyebabkan kesulitan atau ketidaknyaman membagi dirinya sendiri maupun orang lain, yang mengganggu kehidupan sehari-harinya baik dalam kehidupan pribadi, keluarga, pekerjaan dan melanggar norma-norma yang ada baik norma, sosial, masyarakat dan agama dapat menjadi abnormalitas.

Menjadi fokus utama dalam abnormal adalah perilaku yang berasal dari pola pikiran dan perasaan sangat berat dan mengganggu yang mengindikasikan masalah kesehatan mental. Penelitian yang dilakukan oleh Gea. A. A (2013) menemukan bahwa perilaku abnormal digolongkan sebagai suatu penyakit

yang memiliki kadar ringan hingga berat yang dapat ditemukan dari banyak orang. Walaupun banyaknya perbedaan dalam penentuan kriteria oleh beberapa ahli, ada beberapa kriteria umum yang dapat digunakan untuk memahami perilaku yang dapat digolongkan menyimpang dari perilaku normal pada umumnya dan telah dapat diklasifikasikan secara khusus berdasarkan gejala-gejala tertentu serta berbagai macam faktor penyebab dan penanganannya penting untuk di terus dipelajari dan dikembangkan untuk dapat membantu bagi individu yang membutuhkan. Menurut teori

1.1 Pengertian dan defenisi

Pengertian dari psikologi abnormal adalah cabang psikologi yang mengacu pada studi mengenai perilaku yang tidak biasa, tidak adaptif, atau menyebabkan penderitaan bagi individu dan lingkungan sekitarnya. Ilmu ini berfokus pada pemahaman tentang berbagai gangguan mental serta cara diagnosis dan penanganannya.

Sedangkan definisi “abnormal” dapat bervariasi tergantung pada budaya, norma sosial, dan perspektif individu. Definisi dari beberapa tokoh psikologi abnormal merupakan suatu ilmu yang mempelajari penyebab dan perkembangan gangguan psikologi atau psikopatologi. (Slamet & Markam, 2003). Juga dapat didefinisikan sebagai pikiran, perasaan, perilaku yang dapat menyebabkan distress pada individu sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari secara pribadi, yang dapat membahayakan diri sendiri beserta orang lain. (Rosenberg & Kosslyn, 2011). Psikologi abnormal mempelajari perilaku, emosi, dan pola pikir yang menyimpang dari norma sosial atau menyebabkan gangguan dalam kehidupan individu. Dengan memahami psikologi abnormal, kita dapat membantu individu yang mengalami gangguan mental agar dapat menjalani kehidupan yang lebih baik. Gangguan mental yang termasuk dalam psikologi abnormal meliputi gangguan kecemasan, depresi, skizofrenia, gangguan kepribadian, dan banyak lainnya.

Dalam beberapa tahun terakhir psikologi abnormal mulai digantikan dengan beberapa istilah yang lebih empatik seperti

“gangguan psikologis” atau “kondisi kesehatan mental” untuk mengurangi stigma negative pada masyarakat dan lebih mudah diterima dan dipahami.

1.2 Perspektif dalam psikologi abnormal.

Ada beberapa perspektif utama dalam psikologi abnormal. Kelima perspektif ini meliputi:

1. Perspektif Medis: penyebab biologis yang mendasari gangguan psikologis sebagai sesuatu yang mirip dengan penyakit dari faktor genetika, kimia otak, dan neurobiology sehingga pengobatan dan prosedur medis digunakan sebagai intervensi untuk mengatasi masalah biologis yang mendasarinya.
2. Perspektif Psikodinamik: akar penyebab gangguan psikologis adalah konflik bawah sadar dan pengalaman masa kanak-kanak sehingga jika konflik tidak terselesaikan akan dapat menyebabkan tekanan psikologis dan perilaku abnormal. Dengan membawa konflik bawah sadar dan menyelesaikannya melalui teknik-teknik seperti asosiasi bebas dan interpretasi merupakan terapi yang dapat digunakan.
3. Perspektif Perilaku: melalui interaksi dengan lingkungan perilaku itu diamati dan dipelajari, karena pembelajaran yang tidak adaptif dapat menyebabkan munculnya perilaku abnormal. Penggunaan terapi perilaku dan modifikasi perilaku serta teknik terapi lainnya dapat digunakan dalam penanganannya.
4. Perspektif Kognitif: Perkembangan gangguan psikologis dipengaruhi oleh pola pikir yang menyimpang, sehingga bagaimana cara individu menafsirkan situasi dan peristiwa dapat memunculkan emosi dan perilaku yang negative. Untuk mengatasinya penggunaan terapi kognitif untuk mengidentifikasi dan memodifikasi sehingga pola pikir menjadi lebih sehat dan kesejahteraan secara emosional.
5. Perspektif Sosio-Budaya: perkembangan dan ekspresi gangguan psikologis dipengaruhi oleh faktor budaya, masyarakat, dan lingkungan karena di berbagai budaya

norma, nilai, dan harapan sosial bervariasi, maka pengobatan dan pemulihannya dari sistem dukungan sosial dan budaya juga.

Beberapa perspektif ini digunakan untuk memahami dan mendekati psikologi abnormal, karena dapat berupa gabungan dari beberapa elemen dari berbagai perspektif yang ada.

1.3 Pendekatan dalam konsep dasar psikologi abnormal

Dalam psikologi klinis terdapat 4 pendekatan dalam memahami konsep dasar dari abnormalitas yaitu *Deviance* (Penyimpangan), *Distress* (Penderitaan), *Dysfunction* (Disfungsi) dan *Dysfunction* (Disfungsi).

1. *Deviance* (Penyimpangan)

Penyimpangan yang terjadi sering kali menghambat individu dalam kehidupan sehari-hari untuk dapat berfungsi dengan baik atau maladaptive. Penyimpangan yang terjadi meliputi pikiran, emosi dan perilaku yang tidak umum, tidak sesuai dengan norma, melanggar aturan budaya sosial, tidak berfungsi dengan baik atau individu menjadi terganggu dan menderita secara signifikan atau terus menerus dengan jangka waktu tertentu yang dapat sangat mengganggu serta individu tidak mampu beradaptasi.

Tiga jenis penyimpangan secara umum seperti:

a. Gangguan mental

Masalah kesehatan mental banyak terjadi pada masa akhir kanak-kanak atau remaja awal sehingga satu dari empat orang di dunia dapat mengalami gangguan mental dalam kehidupan mereka menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) karena, pada masa tersebut merupakan masa transisi kehidupan yang sangat penting dan besar yang menjadi masa bermasalah. Sehingga resiko untuk terjadinya masalah kesehatan mental seperti depresi serta tindakan bunuh diri menjadi penyebab kematian (Endriyani et al., 2022).

Individu dengan gangguan mental memiliki kondisi kesehatan yang akan berpengaruh pada kemampuan berfikir, perasaan serta perilakunya, yang dapat berada pada kategori bervariasi dari ringan sampai berat yang dapat mengganggu fungsinya dalam kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan data terbaru Kementerian Kesehatan RI (2023) mengungkap:

- 1) 20% penduduk Indonesia (54 juta orang) mengalami gangguan mental emosional
- 2) 9,8% remaja pernah berpikir untuk bunuh diri
- 3) Hanya 8% penderita yang mendapatkan penanganan profesional
- 4) 2.000+ kasus bunuh diri tercatat setiap tahunnya

Penyebab krisis kesehatan mental di Indonesia disebabkan oleh beberapa hal seperti:

- 1) Faktor Sosial-Ekonomi
 - a) Kemiskinan dan masalah finansial
 - b) Tingginya tingkat pengangguran
 - c) Kelebihan beban kerja atau burn out.
 - d) Gaya hidup yang tidak realistis dan tidak sesuai
- 2) Faktor Budaya
 - a) Stigma negatif masyarakat terhadap masalah mental
 - b) Masih kurangnya edukasi dan kesadaran tentang pentingnya kesehatan jiwa
 - c) Masalah psikologis yang dianggap tabu dan memalukan.
- 3) Faktor Lingkungan
 - a) Keluarga yang tidak harmonis
 - b) Perilaku negative dari masyarakat sekitar
 - c) Maraknya tindakan bullying dan kekerasan di lingkungan sekolah pekerjaan bahkan keluarga
 - d) Minimnya ruang publik yang ramah dan aman bagi masyarakat.
- 4) Faktor Teknologi
 - a) Kecanduan terhadap media sosial

- b) Maraknya cyberbullying
- c) Penggunaan teknologi secara negatif

Gangguan mental kondisi medis yang membutuhkan perhatian dan perawatan bukanlah kelemahan pribadi atau sesuatu yang bisa diabaikan (Radiani, 2019). Penanganan gangguan mental memerlukan pendekatan yang holistic dan layanan kesehatan mental yang berkualitas perlu ditingkatkan (Vitoasmara. K dkk, 2024). Diagnosis gangguan mental, dibagi menjadi 7 jenis, sebagai berikut (Gumilar et al., 2017):

- a) Depresi
Adanya perasaan sedih yang berkepanjangan, kehilangan minat, dan perubahan nafsu makan serta tidur.
 - b) Gangguan Kecemasan
Kecemasan termasuk gangguan panik, gangguan kecemasan sosial, dan gangguan kecemasan umum.
 - c) Skizofrenia
Skizofrenia ditandai dengan delusi, halusinasi, dan gangguan berpikir.
 - d) Gangguan Bipolar
Gangguan bipolar ini biasanya ditandai dengan perubahan suasana hati ekstrem dari mania ke depresi.
 - e) Gangguan Makan
Asupan makanan yang dapat mengalami gangguan seperti anoreksia nervosa, bulimia nervosa, dan gangguan makan berlebihan.
 - f) Gangguan Obsesif-Kompulsif (OCD)
Ditandai dengan pikiran obsesif dan perilaku kompulsif.
 - g) Gangguan Stres Pasca-Trauma (PTSD)
Muncul setelah mengalami peristiwa traumatis.
- Faktor Penyebab Gangguan Mental menurut (Pratiwi & Rusinani, 2022) ialah sebagai berikut:

- a) Keturunan atau genetic.
- b) Adanya ketidakseimbangan kimia di otak, infeksi, atau kerusakan otak atau faktor biologis.
- c) Lingkungan
- d) Psikologis

b. Perilaku Menyimpang Sosial/Hukum

Perilaku menyimpang dapat dilatar belakangi hal yang berbeda yang tidak disengaja dan yang disengaja. Perilaku menyimpang yang tidak disengaja dapat terjadi dikarenakan pelaku kurang memahami aturan atau norma yang ada, sedangkan perilaku menyimpang yang disengaja sebaliknya. Pada situasi tertentu setiap manusia memiliki dorongan untuk melakukan pelanggaran akan tetapi bukan berarti menjadi penyimpangan, orang dapat dikatakan normal jika dapat mengendalikan diri dari dorongan-dorongan untuk menyimpang Becker (dalam Soerjono Soekanto, 1988,26).

Kategori perilaku menyimpang

- 1) Perilaku Menyimpang Sosial/Hukum:** Apabila individu tidak berhasil dalam melakukan belajar sosialnya dan hasil interaksi dari transaksi yang tidak benar antara seseorang dengan lingkungan sosialnya maka perilaku akan diidentifikasi sebagai masalah sosial (**Suriyani, 2013**). Perilaku yang sering kali dianggap tidak sesuai melanggar norma sosial (informal) dan hukum formal yang berlaku dan mengganggu ketertiban sosial.
- 2) Perspektif Psikologi Kriminal:** perbedaan individual dan adanya pengalaman dapat melatar belakangi perilaku kriminalitas dan perilaku jahat yang dipengaruhi oleh tipe dari pelaku dan frustrasi, kondisi kejiwaan. Pada teori kriminalitas menjelaskan beberapa tempat di kota mempunyai karakteristik tertentu berada dari kondisi serta komposisi penduduk yang tidak stabil, wilayah kota yang miskin, dampak kondisi perumahan di bawah

standar, *overcrowding* dan derajat kesehatan rendah. (Eitzen, 1986 : 400).

- 3) **Kesehatan Mental:** Kondisi Kesehatan mental, ketidakseimbangan jiwa, tekanan (stress), dan ketidakmampuan menyesuaikan diri dapat mempengaruhi dan menjadi penyebab perilaku menyimpang sering berkaitan

Faktor penyebab perilaku menyimpang:

- 1) **Faktor Lingkungan:** lingkungan memiliki peran yang sangat besar terhadap perkembangan perilaku manusia (misalnya, pola asuh kasar/kurang perhatian).
- 2) **Teori *Labeling* (Edwin M. Lemert):** Julukan negatif dan stigmata dari lingkungan sekitar dapat membuat seseorang melakukan penyimpangan.
- 3) **Teori *Differential Association*:** Melalui interaksi dengan orang lain yang memiliki perilaku menyimpang seseorang dapat mempelajari dan terpengaruh dan berperilaku menyimpang juga (misalnya dalam kelompok tawuran).
- 4) **Teori Ketegangan (Merton):** individu menempuh jalan ilegal untuk mencapai tujuan sosial (kekayaan/sukses)

c. Gangguan kepribadian

Kepribadian adalah cara berfikir, merasa dan berperilaku yang berbeda pada setiap orang. Cara orang berfikir mengenai diri mereka sendiri seperti percaya diri atau sebaliknya, bagaimana mereka berhubungan dengan orang lain seperti pemalu atau ramah, penafsiran terhadap peristiwa yang terjadi dan reaksi emosi yang muncul. Gangguan kepribadian di Indonesia, diantaranya adalah *borderline* (1,4%), *antisosial*, dan *narsistik*, gangguan mental emosional 20% dari penduduk (54 juta orang) pada 2023. Umumnya ditandai perilaku tidak stabil, impulsif, dan kelainan emosi, gangguan ini dipicu pola asuh, trauma, dan faktor lingkungan. Berdasarkan studi, prevalensi gangguan

kepribadian secara umum mencapai 9,1% pada populasi dewasa.

Selain itu, data menunjukkan 20% penduduk Indonesia berpotensi mengalami gangguan jiwa/mental. Gangguan kepribadian dapat disebabkan oleh interaksi kompleks dari pengaruh biologis, keluarga, dan sosial. Gangguan kepribadian termasuk menjadi penyakit kronis, dengan ciri khas berlangsung dalam jangka waktu panjang yang muncul pada masa remaja atau awal masa dewasa. Adanya kemungkinan untuk bertahan atau dapat menjadi stabil dikemudian hari. Gangguan kepribadian mempengaruhi kemampuan seseorang untuk dapat menghadapi kehidupan, hubungan, dan perasaan emosionalnya.

Tipe –tipe Gangguan Kepribadian

- **Klaster A (Aneh/Eksentrik):**
Paranoid, skizoid, dan skizotipal.
- **Klaster B (Dramatis, Emosional, Tidak Menentu):**
Antisosial, ambang (borderline), histrionik, dan narsistik.
- **Klaster C (Cemas/Takut):**
Menghindar (avoidant), dependen, dan obsesif-kompulsif

Gangguan kepribadian merupakan gangguan yang bersifat kompleks. Seseorang dengan gangguan kepribadian tercermin dalam berbagai aspek kehidupan sosial serta kepribadiannya. Gangguan kepribadian memiliki gejala dari beberapa tipe sehingga treatment akan disesuaikan (Haerunnisa. A & Prawita, E, 2024)

2. Distress

a. Pengertian

Distress merupakan respon emosional dan fisiologis negatif yang muncul pada saat seseorang merasa tertekan, terancam, atau tidak mampu mengatasi tantangan hidup yang dihadapinya. Distres psikologis meningkatkan perasaan negatif berhubungan dengan persepsi negatif terhadap stressor yang yang

memunculkan gejala depresi, kecemasan, dorongan menyakiti diri dan bunuh diri (Lebareset al., 2018).

b. Faktor yang Mempengaruhi dan Dampaknya:

- 1) Toleransi Distres: individu yang memiliki kemampuan yang rendah bertahan dalam situasi psikologis yang negative beresiko untuk mengalami gangguan psikologis.
- 2) Somatisasi: Keluhan fisik (gejala somatis) dapan muncul akibat dari distres yang berkepanjangan atau berlangsung lama.
- 3) Strategi Koping: suatu kondisi dapat memburuk atau membaik tergantung dari cara individu merespon atau bereksi, jika negative maka akan menjadi distress.

c. Perbedaan: Distres vs Eustress

Fitur	Eustress (Positif)	Distres (Negatif)
Dampak	Memotivasi dan meningkatkan energi	Menyebabkan kecemasan dan kelelahan
Durasi	Biasanya jangka pendek	Bisa jangka pendek atau panjang
Kemampuan	Terasa dalam kendali kita	Terasa di luar kendali kita
Hasil	Meningkatkan kinerja	Menurunkan kinerja/kesehatan

d. Gejala yang Sering Muncul

Distres dapat memengaruhi fisik dan mental secara signifikan:

- 1) **Fisik:** beberapa keluhan fisik seperti sakit kepala, gangguan pencernaan (maag/GERD), gangguan tidur (insomnia), hingga kelelahan ekstrem.

2) Emosional/Mental: Kesulitan berkonsentrasi, cemas serta khawatir berlebihan, perubahan suasana hati yang drastis, perasaan tidak tenang, khawatir berlebih, hingga perasaan putus asa.

3) Perilaku: Menarik diri interaksi sosial, tidak merawat diri atau penurunan aktifitas dan produktivitas

Penelitian yang dilakukan oleh Azzahra. F (2017) memberikan hasil bahwa resiliensi memberikan pengaruh negatif sebesar 3.6% yang artinya semakin tinggi resiliensi maka semakin rendah distres psikologis, dan semakin rendah resiliensi maka semakin tinggi distres psikologis.

3. *Dysfunction* (Disfungsi)

Adanya gangguan atau ketidakmampuan yang dialami individu untuk menjalankan peran atau tanggung jawab sehari-hari secara efektif (misalnya, kesulitan bekerja atau bersosialisasi), yang disebabkan terganggunya mekanisme psikologis, emosional, atau kognitif seseorang untuk berfungsi secara wajar.

Beberapa macam disfungsi :

- a. Disfungsi Kognitif/Mental:** Pikiran obsesif, disorientasi, atau ketidakmampuan konsentrasi.
- b. Disfungsi Emosional:** Kecemasan ekstrem (fobia, gangguan panik) atau depresi berat yang melumpuhkan.
- c. Disfungsi Perilaku:** Perilaku kompulsif, penggunaan zat adiktif, atau tindakan berbahaya.

4. *Danger* (bahaya) dan

Pola tindakan, emosi, atau pikiran yang menyimpang dari norma sosial, maladaptif, dan menyebabkan risiko fisik atau mental yang dapat membahayakan diri sendiri ataupun orang lain di sekitarnya.

- a. Bahaya terhadap Diri Sendiri (*Self-Destructive Behavior*)**
Perilaku ini sering berakar dari gangguan mood, kecemasan berat, atau gangguan kepribadian.

- 1) Tindakan Suisidal/*Self-Harm*: Pikiran, ancaman, atau percobaan bunuh diri, serta melukai diri sendiri (seperti *cutting*).
- 2) Gangguan Makan Ekstrem: Anoreksia atau bulimia nervosa yang menyebabkan kerusakan fisik serius atau risiko kematian.
- 3) Penyalahgunaan Zat: Ketergantungan pada alkohol atau narkoba yang merusak kesehatan fisik dan mental.
- 4) Pengabaian Diri: Tidak merawat diri secara ekstrem, seperti menolak makan, minum, atau menjaga kebersihan diri.

b. Bahaya terhadap Orang Lain (*Dangerous to Others*)
Perilaku ini sering dikaitkan dengan gangguan kepribadian tertentu, psikosis, atau pengendalian impuls:

- 1) Agresi dan Kekerasan: Tindakan fisik destruktif, agresi impulsif, atau kekerasan yang timbul dari mania atau kondisi psikotik.
- 2) Gangguan Kepribadian Antisosial: Mengabaikan norma sosial, tidak memiliki empati, manipulatif, dan cenderung melanggar hak orang lain (kriminalitas).
- 3) Perilaku Seksual Menyimpang/Agresif: Tindakan seksual yang memaksa atau membahayakan orang lain

Kondisi Mental yang Menyebabkan Perilaku Bahaya:

- 1) Skizofrenia: Halusinasi atau delusi yang membuat seseorang merasa terancam dan bereaksi secara kekerasan.
- 2) Gangguan Bipolar (Fase Mania): Impulsivitas tinggi yang mengarah pada tindakan berbahaya.
- 3) Gangguan Kepribadian Ambang (BPD): Tindakan impulsif, ancaman bunuh diri, dan perilaku merusak diri sendiri.

Konsekuensi dari Perilaku Abnormal Bahaya:

- 1) Kerusakan Fisik & Kematian: Cedera fisik permanen, komplikasi medis kronis, atau kematian.
- 2) Masalah Hukum: Tindakan kriminal atau perilaku yang melanggar hukum.
- 3) Kerusakan Relasi Sosial: Isolasi sosial, kehancuran hubungan keluarga, dan ketidakmampuan untuk bekerja

1.4 Penyebab perilaku abnormal

Menurut Coleman penyebab tingkah laku abnormal ada empat, diantaranya penyebab primer, penyebab prediposisi, penyebab yang mencetuskan, dan penyebab yang menguatkan (Qusay Maulana dkk., 2024).

1. Penyebab Primer (*Primary Cause*): Kondisi yang mutlak harus ada agar suatu gangguan dapat muncul. Tanpa faktor ini, gangguan tersebut tidak akan terjadi. Contohnya adalah infeksi bakteri tertentu untuk penyakit sifilis saraf atau faktor genetik pada kondisi tertentu.
2. Penyebab Prediposisi (*Predisposing Cause*): Faktor-faktor yang membentuk kerentanan atau dasar kecenderungan seseorang untuk mengalami gangguan di masa depan. Kondisi ini biasanya terjadi di awal kehidupan, seperti trauma masa kecil atau riwayat kesehatan keluarga.
3. Penyebab yang Mencetuskan (*Precipitating Cause*): Kondisi atau peristiwa spesifik yang memicu munculnya gejala gangguan secara tiba-tiba. Ini sering kali berupa stresor berat yang tidak tertahankan bagi individu, seperti kehilangan orang yang dicintai, kegagalan besar, atau bencana.
4. Penyebab yang Menguatkan (*Reinforcing Cause*): Faktor-faktor yang mempertahankan atau memperburuk tingkah laku abnormal yang sudah ada. Hal ini bisa berupa perhatian berlebihan dari orang sekitar atau keuntungan sekunder (misalnya terbebas dari tanggung jawab) yang justru membuat perilaku tersebut sulit hilang.

DAFTAR PUSTAKA

- Endriyani, S., Lestari, R. D., Lestari, E., & Napitu, I. C. (2022). Gangguan Mental Emosional Dan Depresi Pada Remaja. *Health Care Nursing Journal*, 4(2), 429–434. <https://Www.Bajangjournal.Com/Index.Php/J-Abdi/Article/View/3641/2684>
- Gea. A. A (2013). Psychological Disorder Perilaku Abnormal: Mitos Dan Kenyataan. *Jurnal Humaniora* Vol.4 No.1.
- Gumilar, S., Rachim, H. A., & Meilanny, L. (2017). Tanggung Jawab Sosial Perusahaan (Csr) Studi Efektifitas Program Pt. Pertamina Sehati (Sehat Ibu Dan Anak Tercinta).
- Haerunnisa. A & Prawita, E, 2024. Tipe-Tipe Gangguan Kepribadian Pada Psikologi Abnormal. *Jurnal Ilmiah Penelitianmandira Cendikia* Vol.2no.11.
- Lebares, C. C., Guvva, E. V, Ascher, N. L., O'Sullivan, P. S., Harris, H. W., & Epel, E. S.(2018). Burnout and stress among USSurgery residents: Psychological distressand resilience. *Journal of the AmericanCollege of Surgeons*, 226(1), 80–90.<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.010>
- Pratiwi, K., & Rusinani, D. (2022). Literatur Review : Gangguan Mental Depresi Pada Wanita. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 10(3), 103–110.
- Radiani, W. A. (2019). Kesehatan Mental Masa Kini Dan Penanganan Gangguannya Secara Islami. *Journal Of Islamic And Law Studies*, 3(1), 87–113. [Http://Jurnal.Uin-Antasari.Ac.Id/Index.Php/Jils/Article/View/2659%0ahttps://Jurnal.Uin-Antasari.Ac.Id](http://Jurnal.Uin-Antasari.Ac.Id/Index.Php/Jils/Article/View/2659%0ahttps://Jurnal.Uin-Antasari.Ac.Id)
- Rosenberg, R., & Kosslyn, S. (2011). *Abnormal Psychology*.
- Slamet, S., & Markam, S. (2003). *Pengantar Psikologi Klinis*.
- Vito Asmara. K Dkk (2024). Gangguan Mental (Mental Disorders). *Student Research Journal* Volume. 2 No. 3.
- Qusay Maulana, Ahmad Atoi Robbi, & Eva Dwi Kurniawan. (2024). Mengkaji Penyebab Tingkah Laku Abnormal Tokoh Sasana Dalam Novel Pasung Jiwa Karya Okky Madasari Menggunakan Teori Coleman. *Jurnal Motivasi Pendidikan Dan Bahasa*, 2(1), 73–80. <https://doi.org/10.59581/jmpbwidyakarya.v2i1.2617>

BAB 2

PARADIGMA DAN METODE DIAGNOSIS PSIKOPATOLOGI

Paradigma tentang diagnosis psikopatologi mengacu pada cara sederhana untuk mengetahui bagaimana cara efektif metode diagnosis apakah seseorang secara mentalitas sehat atau sakit dapat melihat beberapa kriteria sebagai berikut :

1. Efisiensi Mental, yaitu penggunaan kapasitas individu secara baik dalam melihat, menambah informasi, memprosesnya, secara simultan dalam tiap tahapan perkembangannya hingga mencapai pada level mental yang lebih tinggi (Fitrikasari A, 2021).
2. Proses internal dari pikiran dan perilaku. berupa Pengendalian secara saran situasi diri mulai dari apa yang difikirkan, dirasakan, hingga respon perilaku yang akan dikeluarkan diidentifikasi disebut sebagai integritas diri yang utuh.
3. Adanya dorongan-dorongan dan manajemen konflik dan frustrasi. Kemampuan manajemen motivasi-motivasi pribadi dan kontrol akan sumber frustrasi juga merupakan hal utama yang tetap harus dilakukan agar memiliki mental yang sehat.
4. adanya proses afeksi dan regulasi emosi secara positif dan sehat.
5. Adanya kontrol terhadap proses berpikir. Hal ini dapat terjadi jika motif-motif dalam berpikir terjadi secara harmonis dan selaras antara keinginan / harapan dan kenyataan yang ada (Rismanti, 2022) .
6. perilaku sehat, maksudnya di sini adalah respon efektif yang dimunculkan dalam berbagai situasi sehingga membuat hubungan baik secara interpersonal maupun intrapersonal menjadi lebih sehat dan efektif.

7. Adanya bentuk Konsep diri (*Self-Concept*) yang sehat. Artinya adanya tujuan hidup yang jelas dan terukur; membuat seseorang mampu menjadi dirinya dan tau harus bagaimana untuk mengoptimalkan segenap potensi yang dimilikinya.
8. Memiliki identitas ego yang jelas. Ego yang dimaksud adalah pengenalan diri yang utuh. Baik kelebihan atau kekurangannya. Adanya identitas ego yang adekuat membuat seseorang tau harus bagaimana ia mengoptimalkan potensi dirinya.
9. Minimnya gap antara self real dan self image, hal ini terlihat dari sejauhmana ia dapat menerima kenyataan hidupnya; sebaliknya apakah ia sulit untuk bisa menerima kenyataan yang terjadi.

Memahami kondisi diri merupakan hal yang mudah untuk melihat lebih jauh apakah saat ini kita sedang situasi baik-baik atau sebaliknya terdapat indikasi adanya gejala patologis dalam diri kita (Rahayu&Irsyadiyah, 2022). Sekecil apapun gejala yang ditampakkan oleh tubuh kita; sebaiknya tidak kita abaikan. Semakin dini kita bisa mengenalinya akan lebih mudah untuk mencari penanganan yang tepat. Namun kenyataannya hal ini tidak mudah untuk dilakukan terlebih jika seseorang berada pada lingkungan yang tidak mendukung untuk memiliki mental yang sehat. Banyak hasil penelitian yang telah membuktikan bahwa pengaruh lingkungan seperti pola asuh, kondisi sosial ekonomi hingga situasi global yang lebih luas seperti faktor budaya juga memberikan andil pada kondisi fisik dan mental seseorang (Putri dkk, 2024). Lebih lanjut terdapat akan dijabarkan terkait metode diagnosis psikopatologi yang biasa digunakan.

2.1 Anamnesis

Anamnesa adalah tahap awal dalam prosedur pemeriksaan psikologis untuk menentukan diagnosis dan langkah penanganan yang tepat (Steven T ,2022). Proses ini berfungsi untuk memperoleh data diri lebih lanjut dalam rangka menegakkan diagnosis klien. Selain itu anamnesis mental klien juga dilakukan berdasarkan hasil pengamatan (Amellia, 2022). Berikut

merupakan sejumlah aspek penilaian pada proses pemeriksaan yang harus diperhatikan sebagai berikut :

2.1.1 Aspek Penilaian

Aspek ini menggali tentang hal-hal yang menyimpang tentang konsisi klien. Mulai dari fungsi perannya di tengah-tengah masyarakat, cara berpikir, dominasi perasaan yang dirasakan klien hingga perilaku yang muncul baik yang disadari atau yang tidak disadarinya (Mahajudin, 2022).

2.1.2 Tujuan Pemeriksaan

Pada aspek ini menggali tentang keluhan klien mulai dari kapan gejalanya mulai hingga saat ini dan hal apa saja yang dirasakannya. Keluhan ini sebaiknya dituliskan dalam bahasa yang mudah dipahami klien. Apabila keluhannya bersifat kronis, maka perlu untuk digali lebih lanjut alasan spesifik yang membawa klien untuk periksa pada ahlinya.

Alasan klien atau apabila klien dikonsultasikan dari bagian lain, situasi medis dan intervensi lanjutan diharapkan akan menjadi dasar klien juga harus didokumentasikan (Nurdin, 2022). Alasan klien dibawa saat ini bila klien tidak komunikatif atau klien tidak merasa ada gangguan spesifik (Rismanto, 2022) kondisi ini dapat ditanyakan pada keluarga klien atau orang yang memebawa klien.

2.1.3 Riwayat Penyakit

Simtom yang dirasakan klien saat ini disusun secara kronologis guna mengetahui perjalanan penyakitnya (Rohmah, AL 2023). Hal ini juga melihat berapa parah simtom yang dialami klien sekarang. Apakah keluhan klien tergolong parah atau tidak, sejak kapan kondisi ini dialami. Penting juga untuk melihat faktor yang menjadi pencetus dan meredakan gejala yang dialami. Kemudian pemeriksaan tentang simtom lain yang menyertai keluhan utama.

Selain itu adakah kejadian spesifik yang dipikirkan oleh klien berkaitan dengan gejala saat ini. Berapa besar hendaya yang dialami dengan keluhan saat ini. Hal yang juga diketahui adalah apakah klien sudah mencoba mendapatkan pengobatan, bila

sudah, apakah klien mengobati sendiri atau mengunjungi dokter/psikolog, apa pendapat tenaga ahli tersebut.

2.1.4 Riwayat Penyakit sebelumnya

Aspek ini digunakan untuk melihat apakah klien pernah dirasakan sebelumnya, seperti apa penyakit klien saat itu (Yuniarti dkk, 2021). Perlu juga digali tentang apakah klien memperoleh pengobatan, diagnosis, hingga bentuk terapinya seperti apa? dan bagaimana respon yang dirasakan klien. Sebagai contoh, klien dengan gangguan perilaku agresif biasanya memiliki riwayat percobaan bunuh diri atau percobaan pembunuhan.

2.1.5 Riwayat konsumsi alkohol dan obat terlarang

Aspek ini bertujuan untuk melihat apakah klien pernah mengonsumsi alkohol atau narkoba, jenis apa?, berapa dosisi yang digunakan, termasuk bagaimana cara pemakaiannya dan seberapa sering klien menggunakannya. Dalam proses ini kita mencoba untuk menggali seberapa jauh dampak alkohol atau obat terlarang mempengaruhi peran dan fungsinya dalam kehidupan sehari-hari. Lebih lanjut untuk melihat apakah dampak yang dirasakan klien sudah mempengaruhi kondisi psikiatriknya atau tidak (Amelia dkk, 2022). Data ini juga perlu untuk dikonfirmasi ulang pada pihak keluarga klien; agar mendapat informasi yang akurat.

2.1.6 Gangguan medis secara keseluruhan

Aspek ini digunakan untuk melihat kondisi fisik dan psikologis klien dan tahapan pengobatan apa saja yang pernah diterima. Pemeriksaan ini juga menggali apakah klien memiliki perilaku berisiko mengenai penyakit tersebut. Bagaimana perilaku klien selama proses penyembuhan, termasuk apakah klien mengonsumsi obat-obatan lain, karena kepatuhan klien terhadap pengobatan juga akan mempengaruhi pada proses tindak lanjut pengobatan atau terapi yang akan dilakukan berikutnya (Maya, D. M. 2021). Aspek ini juga menggali apakah klien memiliki riwayat alergi atau tidak.

2.1.7 Riwayat perkembangan, psikososial, dan sosiokultural klien

Aspek ini melihat bagaimana riwayat pendidikan klien, apakah terdapat sebuah peristiwa atau kejadian yang penting dalam kehidupan dan bagaimana klien merespon peristiwa itu (Yohana, AA, & Kurniawaty Y, 2025). Bagaimana pandangan klien terhadap kebudayaan dan agamanya, bagaimana hal tersebut mempengaruhi kehidupannya. Apakah terdapat riwayat kehilangan anak, orangtua, atau riwayat perceraian, apakah klien pernah mengalami pelecehan fisik, emosional, dan seksual, pengalaman traumatis, serta bagaimana klien merespon akan hal tersebut.

Yang juga tidak kalah penting adalah bagaimana mekanisme coping yang selama ini dilakukan klien, adakah factor gangguan mental pada masa kanak-kanaknya (Amalia, 2022). Apakah klien sudah menikah dan sudah memiliki anak. Bagaimana perilaku seksual klien, termasuk orientasi dan riwayatnya selama ini. Bagaimana kapasitas klien membangun dan mempertahankan hubungan interpersonal. Adakah riwayat stressor psikososial yang terjadi pada klien, termasuk pekerjaan, masalah rumah tangga, masalah ekonomi. Bagaimana kemampuan klien untuk merawat diri, dan yang juga penting untuk digali adalah bagaimana kepercayaan dan akses klien terhadap layanan kesehatan.

2.1.8 Riwayat Pekerjaan

Apakah pekerjaan klien saat ini, termasuk gambaran tanggung jawabnya atau hanya sebagai pengembangan hobi. Situasi pekerjaan juga akan memberikan tekanan pada individu tertentu, terlebih jika klien berada pada lingkungan yang toxic (Hektapujaya, RG, & Dinata KI, 2025). Sehingga riwayat pekerjaan klien juga menjadi anamnesa yang kuat akan kondisi kesehatan mental saat ini. Bagaimana keadaan hubungan klien dengan teman kantornya. Bagaimana performa klien dalam pekerjaannya, termasuk apakah terdapat hendaya yang ditunjukkan klien di jam kerja.

2.1.9 Riwayat Hukum

Aspek berikutnya yaitu melihat klien dari keterlibatannya dengan masalah hukum. Apakah klien terlibat masalah hukum sebelumnya dan apakah hukum itu terkait dengan penggunaan zat terlarang atau perilaku negative. Apakah masalah hukum yang dialami klien berkaitan dengan stressor tertentu (Effendy, E 2021).

2.1.10 Kondisi Keluarga

Situasi keluarga mulai dari lingkungan hingga pola pengasuhan yang diterapkan pada klien mempengaruhi keadaan saat ini. Lingkungan yang tidak sehat menjadi salah satu factor pencetus munculnya sebuah gejala patologis (Daulay M , 2021).

2.1.11 Pemeriksaan berhubungan dengan gejala spesifik

Aspek ini perlu digali ada tidaknya simtom atau gejala seperti gangguan tidur, gangguan makan, nyeri, gejala neurologis tertentu atau gejala fisik lainnya, termasuk upaya klien untuk mengatasi hal tersebut. Apakah ada kemungkinan pasien mengalami gangguan medis tertentu. Atau apakah klien mungkin mengalami efek samping obat-obatan tertentu yang menyebabkan gangguan kejiwaan (Dewi NY ,2024).

2.2 Diagnosis

Dalam mendiagnosis sebuah patologis harus mengacu pada system kualifikasi yang telah ditetapkan dengan menggunakan acuan baku yang telah ditetapkan dan disepakati secara Internasional. Diantaranya adalah :

2.2.1 *The International Classification of Diseases (ICD)*

ICD diterbitkan oleh WHO. ICD saat ini telah ditetapkan secara mendunia. Klasifikasi penyakit Internasional adalah sebuah system klasifikasi penyakit dan masalah kesehatan (Setiawati Y ,2024). Pada system ini terdapat kode Alfa Numerik



(berupa kombinasi antara huruf dan angka) misalnya ntuk penyakit jiwa (narkoba, DDTK) memiliki kode F sebagai berikut:

F09 Gangguan mental organik

F10 ggg mental akibat penggunaan alkohol

F11 gangguan mental akibat opioid

F12 gangguan mental akibat kanabinoid

F13 gangguan mental akibat obat penenang

F16 gangguan mental akibat halisinogen

F17 gangguan mental akibat tembakau

F20 Schizophrenia

F20.0 Paranoid Schizophrenia

F30 Episode manik

F32.0 Episode depresif ringan

Tujuan klasifikasi ICD 10 diantaranya ialah membuat catatan menjadi sistematis guna memudahkan dalam proses analisis. Juga dapat digunakan untuk menerjemahkan serta membandingkan dengan kondisi di belahan dunia yang lainnya. Kegunaan ICD yang utama yaitu berupa sarana diagnostik penyakit dan masalah kesehatan dari bentuk kata menjadi kode atau sandi alfanumerik sehingga memudahkan untuk disimpan, dicari dan kemudian dianalisis.

2.2.2 *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)*

Disusun oleh Departement Kesehatan RI (3x revisi). PPDGJ merupakan diagnosis gangguan mental dikelompokkan dalam

blok diagnosis berdasarkan ICD-10 (ringan-berat) yaitu pada: penomoran kode, system klasifikasi, alfa numeric dan istilah-istilah teknis yang digunakan.



Konsep psikopatologis:

Adanya gejala (sindrom pada perilaku dan psikologis) yang dapat menimbulkan penderitaan dan ketidakberdayaan (Awaliyah, AN, dkk, 2025).

Penggunaan PPDGJ untuk tujuan 1. Bidang pelayanan kesehatan (*service dan clinical use*) berupa kodifikasi penyakit / gangguan untuk statistic kesehatan dan juga digunakan untuk keseragaman diagnosis klinis untuk tatalaksana terapi. Didunia pendidikan kedokteran (*educational use*). PPDGJ digunakan sebagai kesamaan konsep diagnosis gangguan jiwa untuk komunikasi akademik. Di bidang penelitian kesehatan (*research use*) buku ini memberikan batasan dan kriteria operasional diagnosis gangguan jiwa, yang memungkinkan perbandingan data dan analisis ilmiah (*diagnostic criteria for research*).

2.2.3 Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5 TR)

Yaitu pedoman yang dipakai secara umum di Amerika untuk mendiagnosa gangguan kejiwaan. Diterbitkan oleh APA. Hanya untuk gangguan jiwa. DSM-5 TR merumuskan gangguan mental sebagai gejala atau pola perilaku atau psikologis yang terjadi pada individu dan sindrom yang ada dihubungkan dengan adanya:

1. Distress (symptom menyakitkan)
2. Disability (ketidakmampuan atau kondisi tidak berdaya pada satu atau beberapa bagian penting dari fungsi diri)
3. Adanya peningkatan risiko secara signifikan untuk mati, sakit, ketidakmampuan, atau rasa kehilangan kebebasan.

Mengacu pada hal itu maka gangguan mental mencakup: adanya penurunan fungsi mental, dan penurunan fungsi mental itu berpengaruh pada perilaku yang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Kemampuan untuk mendiagnosis menggunakan model medis merupakan bagian integral dari banyak hal yang dilakukan profesi (Mahdi NK, 2021).. Pada tahun 2022 DSM-V mengalami revisi, sehingga saat ini menjadi DSM-5 TR (Teks Revisi). Hal mendasar yang perlu kita ketahui pada perubahan DSM-5 TR diantaranya meningkatkan akurasi diagnostic dengan menyediakan kriteria spesifik untuk gangguan berdasarkan kemajuan dan praktik klinis terkini, diantaranya adalah:

1. Perubahan Diagnostik

Beberapa diagnosis telah diorganisasi ulang, diganti nama, atau bahkan ada yang dihapus. Misalnya, “Disforia Gender” sekarang menjadi “ketidaksesuaian Gender”. “Gangguan Hasrat Seksual Hipoaktif” dan “gangguan Minat / gairah Seksual Wanita” digabungkan menjadi satu diagnosis yaitu “Gangguan Minat/Gairah Seksual” demikian juga dengan “Gangguan Asperger” dikelompokkan ke dalam diagnosis yang lebih luas yaitu “Gangguan Spektrum Autisme” (Sawaludin VPP, 2025).

2. Penilaian Dimensi

DSM-5 TR memiliki penilaian dimensional untuk tingkat keparahan gejala, dan spesifikasi untuk menangkap keragaman pengalaman pasien dengan lebih baik. Sebagai contoh, diagnosis “gangguan stress pascatrauma” mencakup empat kelompok gejala yang berbeda. Bagian “gangguan bipolar atau gangguan terkait” merinci kecemasan, siklus cepat, dan pola musiman.

Disamping itu, kriteria untuk gangguan depresi mayor sekarang mencakup durasi, tingkat keparahan, dan frekuensi gejala. Lebih lanjut, DSM-5 TR meyakini bahwa PTSD dapat disebabkan oleh berbagai peristiwa traumatis yang lebih luas seperti bencana alam, kecelakaan, atau penyakit yang mengancam jiwa. Berdasarkan DSM-5 TR mengakui bahwa gangguan bipolar dapat dimulai pada usia remaja dan dewasa muda, bukan hanya di usia pertengahan,

seperti yang sebelumnya diperkirakan (Panigoro, AP, & Soetikno N, 2024).

3. Pertimbangan Budaya dan Usia

Pada edisi DSM-5TR memberikan panduan yang lebih luas mengenai perbedaan budaya yang dapat mempengaruhi diagnosis dan ekspresi gejala. Edisi ini juga mencakup pertimbangan usia perkembangan untuk menilai kriteria pada berbagai tahap kehidupan. Penambahan ini akan membangun mengurangi diagnosis berebih atau kesalahan diagnosis akibat factor budaya atau usia (Steven T, 2022).

4. Kode ICD-10-CM

Untuk pertama kalinya, DSM-5 TR mencantumkan kode penagihan asuransi ICD-10-CM yang sesuai tepat disebelah setiap diagnosis. Hal ini membantu untuk memastikan ketepatan dalam menggunakan kode untuk penggantian biaya dan membuat prosesnya lebih efisien.

Dalam menggunakan DSM-5 sebagai metode diagnosis psikopatologi terdapat beberapa hal yang juga perlu diwaspadai:

- a. Jangan mengutip versi DSM yang lebih lama. Untuk saat ini gunakan DSM-5 TR.
- b. Pastikan untuk memeriksa kembali apakah kode diagnostic dan kriteria yang dikutip masih berlaku.
- c. Sangat tidak dianjurkan untuk mengarang gangguan atau kriteria yang tidak ada dalam DSM-5 TR. Hanya ktip informasi yang benar-benar ada dalam manual saja.
- d. Untuk tidak menganggap serius kekhawatiran atau kesulitan hidup sehari-hari klien.

Penggunaan DSM-5 TR secara teratur dapat memberikan banyak informasi dan wawasan untuk meningkatkan diagnosis dan memperbaiki hasil perawatan klien. Namun demikian, penting juga untuk mencatat bahwa pemikiran kritis yang harus diandalkan ketika menentukan diagnosis dan perawatan yang tepat untuk kasus-kasus yang menantang. Selain itu sangat penting untuk menyadari potensi masalah dengan diagnosis berlebihan atau kurang diagnosis karena DSM-5TR bukanlah pengganti keahlian klinis (Amelia, 2022).

Dalam mendiagnosis gangguan, beberapa klinisi memandang DSM-5 TR sebagai otoritas absolut, menerapkan diagnosis terlalu kaku. Namun, penting untuk diingat bahwa DSM-5 TR dimaksudkan sebagai pedoman, bukan buku aturan yang konkret. Diagnosis adalah alat yang tidak sempurna, dan sering kali ada perbedaan pendapat diantara profesional. Gunakan pengalaman klinis kita saat menentukan apakah diagnosis benar-benar sesuai dengan klien atau apakah factor lain lebih tepat menjelaskan gejala klien.

Sebagai seorang profesional sebaiknya tetap waspada terhadap “penambahan diagnosis yang berlebihan” atau kecenderungan untuk menerapkan semakin banyak diagnosis pada satu klien. Terlalu banyak gangguan yang terjadi bersamaan dapat mempersulit perencanaan pengonatan dan dapat menyebabkan intervensi yang kurang efektif. Gunakan diagnosis hanya jika diperlukan, dan akan lebih baik jika dapat bersikap hemat.

2.3 Penutup

Paradigma dan metode diagnostic psikopatologi merupakan sebuah metode yang digunakan oleh para ahli dalam menganalisis lebih lanjut akan kondisi fisik dan mental klien dalam rangka menetapkan diagnosis sesuai dengan gejala yang ditunjukkan klien berpedoman pada buku yang telah disepakati secara luas. Terdapat tiga buku pedoman yang biasa digunakan yaitu *The International Classification of Diseases (ICD)*, *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)*, dan *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5 TR)*.

Berdasarkan penjelasan diatas, sebelum menentukan termasuk gangguan apa langkah pertama yang penting untuk dilakukan adalah melakukan anamnesa. Anamnesa adalah tahap awal dalam prosedur pemeriksaan psikologis untuk menentukan diagnosis dan langkah penanganan yang tepat. proses ini berfungsi untuk memperoleh data diri lebih lanjut dalam rangka menegakkan diagnosis klien. Selain itu anamnesis mental klien juga dilakukan berdasarkan hasil pengamatan. Kelengkapan data klien akan sangat membantu dalam mendiagnosis secara tepat

termasuk dalam kategori atau gangguan apa dengan gejala yang ditunjukkan oleh klien.

Namun demikian, proses metode diagnosis psikopatologis juga dapat dilakukan oleh masing-masing kita sebelum pada akhirnya membutuhkan tenaga ahli untuk mendapatkan tindaklanjut yang lebih tepat. Kita dapat memulai dari mengenali diri secara utuh semua tentang diri kita. Pengenalan diri membantu kita menyadari akan adanya pikiran, perasaan atau bahkan perilaku yang menurut kita dianggap mengganggu; seperti adanya perasaan cemas misalnya. Identifikasi dini yang kita lakukan akan membantu proses diagnosis sebelum pada akhirnya kita bersama-sama ahli untuk mendiagnosis lebih lanjut untuk mendapat intervensi / terapi yang sesuai.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, H, Ulfa, M, Yanti, D, & Zainab, S (2022). *Psikopatologi Anak dan Remaja*., books.google.com ,
- Hektapujaya, RG, & Dinata, KI (2025). Peran Kesadaran Transpersonal dalam Formulasi Diagnosis Gangguan Emosi dan Perilaku. *JIM: Jurnal Ilmu Multidisiplin*, jurnalinspirasimodern.com,
- Steven, T (2022). *Pemahaman Dinamika Kejiwaan Pasien Gangguan Kepribadian Cemas Menghindar dalam Penegakan Diagnosis*., digilib.uns.ac.id,
- Yuniarti, KW, Hanafi, S, & Laheba, TH (2021). *Psikopatologi Lintas Budaya*., books.google.com,
- Yohana, AA, & Kurniawaty, Y (2025). Pemahaman Spektrum Autisme: Tinjauan Psikopatologi Perkembangan, Deteksi Dini, dan Intervensi Integratif pada Anak Usia Dini. *Socius: Jurnal Penelitian Ilmu-Ilmu ...*, ojs.daarulhuda.or.id,
- Amellia, AY, Fanani, M, & ... (2022). HUBUNGAN PSIKOPATOLOGI CAREGIVER TERHADAP DUKUNGAN CAREGIVER KELUARGA PADA PASIEN SKIZOFRENIA. *Nusantara ...*, ejournal.nusantarahasanaajournal ...,
- Maya, D. M. Gambaran Perilaku Rad (Reactive Attachment Disorder) Pada Anak Usia Sekolah.
- Setiawati, Y (2024). Penatalaksanaan Multimodal Conduct Disorder. *KEKERASAN PADA ANAK DI ERA PANDEMI ...*, books.google.com,
- Sawaludin, VPP (2025). Peran Spiritualitas dan Religiusitas dalam Psikopatologi: Studi Komparatif Psikologi Islam dan Barat. *Jurnal Sains, Sosial, dan Studi Agama*, hamfara.com,
- Penyusun, T, Nurdin, SM, Ked, M, KFR, S, & ... FK23105/BLOK 2.2 GANGGUAN SISTEM NEUROPSIKIATRI. ... SEMESTER GANJIL/TA ..., fk.unimal.ac.id,
- Mahajudin, MS, Margono, HM, Yitnamurti, S, Juniar, S, & ... (2022). *Buku Ajar Ilmu Kedokteran Jiwa: Pemeriksaan Psikiatri*.,
- Rismanto, F (2022). Diagnostic Abnormalitas Menurut Islam dan Psikologi. *Fastabiq: Jurnal Studi Islam*, scholar.archive.org,

- Rohmah, AL (2023). *Anxiety Disorder dalam Al-Qur'an Perspektif Psikopatologi.*, Institut Agama Islam Negeri Madura
- Rahayu, PP, & Irsyadiyah, AU (2022). Psikoedukasi Tentang Kesehatan Mental Dan Psikopatologi Pada Masyarakat. *Jurnal Pengabdian Masyarakat ...*, scholar.archive.org,
- Effendy, E (2021). *Gejala dan tanda gangguan psikiatri.*, Universitas Sumatera Utara
- Fitrikasari, A buku ajar gangguan neurotik. *undip press*
- Daulay, M (2021). Proses diagnosis dalam bimbingan dan konseling. *Jurnal Al-Irsyad: Jurnal Bimbingan Konseling ...*, jurnal.uinsyahada.ac.id,
- Dewi, NY (2024). *PSIKOTERAPI INTEGRATIF SEBAGAI MODEL PENDEKATAN KOMPREHENSIF UNTUK PENATALAKSANAAN PSIKOPATOLOGI PASIEN DENGAN KANKER*, digilib.uns.ac.id,
- Putri, AA, Hermansyah, A, Faranajhia, H, & ... (2024). Clinical Manifestation of Depression in Adolescent: A Literature Review. *Jurnal Biologi ...*, jurnal.fkip.unram.ac.id,
- Awaliyah, AN, Wahidah, EY, Mustafidah, N, & ... (2025). Analisis Implementasi Psikoterapi pada ADHD dalam Perspektif Islam. ... *Ilmu Pendidikan dan ...*, jurnalcendekia.id,
- Mahdi, NK (2021). Psikopat: Ciri, Penyebab dan Solusinya dalam Islam. *Jurnal Sosiologi Agama Indonesia (JSAl)*
- Panigoro, AP, & Soetikno, N (2024). Regulasi Emosi Sebagai Moderator Hubungan Ruminasi dan Simtom Psikomatik pada Lansia. *Psyche 165 Journal*, jpsy165.org,

BAB 3

GANGGUAN SOMATOFORM DAN GANGGUAN DISASOSIATIF

Gangguan psikologis tidak selalu hadir dalam bentuk emosi yang mudah dikenali seperti sedih, cemas, atau marah. Pada sebagian individu, penderitaan psikologis justru berbicara melalui tubuh dan melalui perubahan dalam kesadaran. Keluhan fisik yang menetap tanpa penjelasan medis memadai, rasa nyeri yang berpindah-pindah, kelelahan kronis, sensasi neurologis yang tidak konsisten dengan temuan medis, hingga pengalaman merasa terlepas dari diri sendiri atau dunia sekitar—semua ini menggambarkan bagaimana pengalaman mental dapat terwujud dalam ranah somatik dan kesadaran. Dalam konteks inilah gangguan somatoform dan gangguan disosiatif menjadi penting untuk dipahami.

Secara umum, gangguan psikologis yang berkaitan dengan tubuh dan kesadaran merujuk pada kondisi di mana distress psikologis termanifestasi dalam gejala fisik, perubahan persepsi tubuh, atau gangguan integrasi kesadaran, memori, identitas, dan persepsi. Pada gangguan somatoform (atau dalam klasifikasi modern dikenal sebagai *Somatic Symptom and Related Disorders*), individu mengalami gejala fisik yang nyata dan mengganggu, tetapi intensitas penderitaan tidak sepenuhnya dijelaskan oleh kondisi medis. Sebaliknya, pada gangguan disosiatif, inti masalah terletak pada terputusnya integrasi pengalaman internal—kesadaran, ingatan, identitas, dan persepsi diri—yang menyebabkan individu merasa terfragmentasi dari pengalaman dirinya sendiri (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Fenomena ini menantang dikotomi tradisional antara “fisik” dan “psikis”. Selama beberapa dekade, ilmu kesehatan bergerak dari model dualistik menuju pendekatan integratif yang memandang pikiran dan tubuh sebagai sistem yang saling

memengaruhi. Hubungan *mind-body* bukanlah metafora, melainkan realitas biologis dan psikologis. Respons stres, misalnya, melibatkan interaksi kompleks antara sistem saraf pusat, sistem saraf otonom, dan sistem endokrin. Aktivasi kronis dari sumbu *hipotalamus-pituitari-adrenal* (HPA) dapat memperburuk sensasi nyeri, memengaruhi persepsi kelelahan, dan mengubah sensitivitas tubuh terhadap rangsangan internal (McEwen, 2007). Di sisi lain, pengalaman traumatis dapat mengganggu integrasi memori dan kesadaran, menghasilkan fenomena disosiasi sebagai bentuk adaptasi psikologis terhadap beban emosional yang berlebihan (Spiegel et al., 2011).

Dalam praktik klinis, pemahaman hubungan *mind-body* menjadi kunci untuk menghindari reduksionisme. Menganggap keluhan pasien sebagai “sekadar psikis” berisiko menimbulkan invalidasi, sementara fokus eksklusif pada pemeriksaan medis dapat memperpanjang siklus investigasi tanpa akhir. Pendekatan biopsikososial menegaskan bahwa gejala fisik dan pengalaman kesadaran adalah hasil interaksi dinamis antara faktor biologis, psikologis, dan sosial (Engel, 1977). Dengan kerangka ini, gangguan somatoform dan disosiatif dipahami bukan sebagai gejala yang “dibuat-buat”, melainkan sebagai ekspresi kompleks dari penderitaan yang nyata.

Relevansi klinis kedua kelompok gangguan ini sangat tinggi. Pasien dengan keluhan somatik yang tidak sepenuhnya dapat dijelaskan secara medis merupakan proporsi signifikan dalam layanan kesehatan primer dan spesialis. Studi menunjukkan bahwa gejala somatik yang menetap berkorelasi dengan tingkat penggunaan layanan kesehatan yang tinggi, biaya medis meningkat, serta risiko komorbiditas psikiatrik seperti depresi dan kecemasan (Barsky et al., 2005). Sementara itu, gangguan disosiatif sering kali kurang terdeteksi karena gejalanya tersembunyi di balik diagnosis lain, termasuk gangguan kecemasan, gangguan mood, atau gangguan stres pascatrauma (Şar, 2011).

Dari perspektif prevalensi, gangguan terkait gejala somatik relatif umum ditemukan dalam populasi klinis. Gejala somatik persisten dilaporkan pada berbagai setting medis dengan variasi angka tergantung metode dan kriteria diagnostik

(Henningesen et al., 2007). Gangguan disosiatif, meskipun secara tradisional dianggap jarang, kini dipahami memiliki prevalensi yang lebih tinggi daripada perkiraan awal, terutama pada populasi dengan riwayat trauma (Spiegel et al., 2011). Fakta ini menegaskan bahwa kedua spektrum gangguan ini bukan fenomena marginal, melainkan bagian integral dari kesehatan mental masyarakat.

Dampak fungsional yang ditimbulkan sering kali luas dan mendalam. Pada gangguan somatoform, individu dapat mengalami penurunan kapasitas kerja, absensi berulang, serta keterbatasan aktivitas sehari-hari akibat nyeri, kelelahan, atau kekhawatiran berlebihan terhadap kesehatan. Fungsi sosial pun terdampak melalui konflik relasional, frustrasi keluarga, serta stigma dari lingkungan yang memandang gejala sebagai “tidak nyata” (APA, 2013). Pada gangguan disosiatif, gangguan memori, derealisasi, depersonalisasi, atau fragmentasi identitas dapat mengganggu stabilitas pekerjaan, konsistensi performa, serta kelekatan interpersonal. Individu mungkin merasa kehilangan kontinuitas diri, yang berdampak pada rasa kompetensi dan makna hidup (Spiegel et al., 2011).

Lebih jauh, kualitas hidup menjadi domain yang paling rentan. Penelitian menunjukkan bahwa gejala somatik persisten berkaitan dengan penurunan *health-related quality of life* yang signifikan, bahkan setara dengan beberapa kondisi medis kronis (Henningesen et al., 2007). Disosiasi yang berat juga berhubungan dengan distress psikologis yang tinggi, gangguan fungsi sosial, serta peningkatan risiko perilaku maladaptif (Şar, 2011). Dengan demikian, konsekuensi gangguan ini tidak hanya terbatas pada gejala, tetapi meluas ke pengalaman hidup secara keseluruhan.

Bab pendahuluan ini menegaskan bahwa gangguan somatoform dan gangguan disosiatif merupakan cerminan nyata dari keterkaitan pikiran, tubuh, dan kesadaran. Pemahaman yang komprehensif dan empatik terhadap kondisi ini menjadi fondasi penting bagi asesmen, diagnosis, dan intervensi klinis yang efektif.

3.1 Konsep Dasar Gangguan Somatoform

Gangguan somatoform merupakan salah satu bidang penting dalam psikologi klinis dan psikiatri karena berada pada titik temu antara tubuh dan pikiran. Pemahaman terhadap gangguan ini menuntut perspektif yang melampaui batas disiplin medis murni, sekaligus menantang cara pandang tradisional yang memisahkan keluhan fisik dan psikologis secara kaku. Seiring perkembangan ilmu, konsep gangguan somatoform mengalami perubahan signifikan, baik dalam definisi, terminologi, maupun kerangka teoritis yang digunakan untuk memahaminya.

3.1.1 Definisi Historis dan Perspektif DSM V

Secara historis, konsep gangguan somatoform berakar dari pemikiran tentang hysteria pada abad ke-19, yang memandang gejala fisik tanpa dasar medis sebagai ekspresi konflik psikologis yang tidak tersadari. Dalam kerangka psikoanalitik awal, gejala somatik dipahami sebagai bentuk konversi dari konflik intrapsikis menjadi manifestasi tubuh, sehingga tubuh berfungsi sebagai “bahasa” bagi emosi yang tidak dapat diungkapkan secara verbal (Breuer & Freud, 1895/1955). Dalam klasifikasi diagnostik modern sebelum DSM-5, gangguan somatoform didefinisikan sebagai kelompok gangguan yang ditandai oleh keluhan fisik berulang yang tidak dapat dijelaskan sepenuhnya oleh kondisi medis umum. Penekanan utama terletak pada ketiadaan temuan medis yang memadai serta dugaan adanya faktor psikologis yang mendasari. Namun, pendekatan ini menuai kritik karena berpotensi menimbulkan dikotomi palsu antara “nyata secara medis” dan “psikis”, serta mendorong sikap skeptis terhadap pengalaman subjektif pasien.

Perubahan signifikan terjadi dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, di mana konsep gangguan somatoform direformulasi secara mendasar. DSM-5 tidak lagi menjadikan “ketiadaan penjelasan medis” sebagai kriteria utama, melainkan menitikberatkan pada pola respons psikologis yang maladaptif terhadap gejala somatik. Dengan demikian, fokus bergeser dari pertanyaan “Apakah gejala ini dapat dijelaskan secara medis?” menjadi “Bagaimana individu mengalami,

menafsirkan, dan merespons gejala tersebut?” (APA, 2013). Pendekatan ini mencerminkan upaya untuk lebih menghargai pengalaman subjektif pasien dan mengurangi stigma yang kerap melekat pada diagnosis somatoform.

3.1.2 Perubahan istilah: Dari Somatoform ke *Somatic Symptom & Related Disorders*.

Perubahan terminologi dari *Somatoform Disorders* menjadi *Somatic Symptom and Related Disorders* bukan sekadar perubahan nama, melainkan pergeseran paradigma konseptual. Istilah “somatoform” secara implisit mengandung asumsi bahwa gejala fisik bersifat “tiruan” atau “bentukan” dari masalah psikologis. Asumsi ini sering kali memicu resistensi pasien, karena mereka merasa keluhan fisiknya dianggap tidak nyata. DSM-5 memperkenalkan istilah *Somatic Symptom and Related Disorders* untuk menekankan bahwa gejala somatik yang dialami pasien adalah nyata, menyakitkan, dan berdampak signifikan, terlepas dari apakah terdapat diagnosis medis yang jelas atau tidak. Yang menjadi inti gangguan bukanlah keberadaan gejala itu sendiri, melainkan pola kognitif, afektif, dan perilaku yang berlebihan, seperti kekhawatiran berlebihan terhadap kesehatan, perhatian yang terfokus secara ekstrem pada sensasi tubuh, serta perilaku pencarian layanan kesehatan yang berulang (APA, 2013).

Pergeseran ini juga mencerminkan integrasi yang lebih kuat dengan model biopsikososial. Gangguan somatik tidak lagi dipahami sebagai kegagalan diagnosis medis, tetapi sebagai kondisi kompleks yang melibatkan interaksi antara faktor biologis (misalnya sensitivitas sistem saraf), psikologis (interpretasi dan regulasi emosi), dan sosial (dukungan, peran sakit, serta respons lingkungan).

3.1.3 Peran faktor psikologis dalam gejala fisik.

Faktor psikologis memainkan peran sentral dalam munculnya, mempertahankan, dan memperburuk gejala fisik pada gangguan somatik. Stres emosional kronis, kesulitan regulasi emosi, pengalaman trauma, serta pola kognitif tertentu terbukti memengaruhi cara individu memersepsikan dan

merespons sensasi tubuh. Aktivasi sistem stres yang berkepanjangan dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri, memperkuat persepsi ketidaknyamanan, serta mengganggu mekanisme adaptasi tubuh terhadap rangsangan internal (McEwen, 2007). Selain itu, faktor kognitif seperti catastrophizing, hipervigilans terhadap sensasi tubuh, dan keyakinan disfungsi tentang kesehatan berperan besar dalam membentuk pengalaman subjektif gejala. Individu dengan gangguan somatik cenderung menafsirkan sensasi tubuh yang normal sebagai tanda penyakit serius, sehingga memicu kecemasan, peningkatan fokus perhatian pada tubuh, dan lingkaran umpan balik yang memperkuat gejala (Barsky & Wyshak, 1990).

Regulasi emosi yang terbatas juga menjadi faktor penting.

Ketidakmampuan mengenali dan mengekspresikan emosi secara adaptif dapat mendorong ekspresi distress melalui tubuh, suatu fenomena yang sering dikaitkan dengan konsep alexithymia. Dalam konteks ini, tubuh menjadi medium utama untuk mengekspresikan ketegangan psikologis yang tidak terartikulasi secara verbal (Taylor et al., 1997). Dengan demikian, gejala fisik dalam gangguan somatik bukanlah hasil dari “pura-pura” atau rekayasa, melainkan manifestasi kompleks dari interaksi pikiran, emosi, dan sistem biologis. Pemahaman ini menegaskan pentingnya pendekatan klinis yang empatik dan integratif, yang tidak hanya berfokus pada pengurangan gejala, tetapi juga pada pemaknaan pengalaman tubuh dan penguatan kapasitas regulasi psikologis individu.

3.2 Klasifikasi dan Jenis Gangguan Somatoform

Dalam sistem klasifikasi modern, istilah *Gangguan Somatoform* telah direformulasi dalam *Somatic Symptom and Related Disorders* sebagaimana dijelaskan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Pergeseran ini menandai perubahan fokus diagnostik: dari penekanan pada “ketiadaan penjelasan medis” menuju pola pikiran, emosi, dan perilaku maladaptif yang berkaitan dengan gejala somatik. Kategori ini

mencakup beberapa diagnosis utama yang memiliki karakteristik klinis berbeda namun saling beririsan dalam relasi antara pengalaman tubuh dan faktor psikologis.

1. *Somatic Symptom Disorder (SSD)*

a. Pengertian

Somatic Symptom Disorder ditandai oleh satu atau lebih gejala somatik yang mengganggu atau menimbulkan gangguan signifikan dalam kehidupan sehari-hari. Inti gangguan bukan semata pada gejalanya, melainkan pada respons psikologis yang berlebihan dan persisten terhadap gejala tersebut (APA, 2013).

b. Ciri-ciri / Tanda Klinis

Individu dengan SSD menunjukkan:

- 1) Pikiran berlebihan mengenai keseriusan gejala
- 2) Tingkat kecemasan kesehatan yang tinggi
- 3) Perhatian yang berlebihan terhadap sensasi tubuh
- 4) Perilaku pencarian medis berulang atau sebaliknya, penghindaran medis
- 5) Gejala fisik dapat memiliki dasar medis atau tidak, tetapi distress yang dialami tidak proporsional terhadap temuan klinis.

Diagnosis

Diagnosis ditegakkan bila terdapat:

- 1) Satu atau lebih gejala somatik yang mengganggu
- 2) Pikiran, perasaan, atau perilaku berlebihan terkait gejala
- 3) Keadaan persisten (umumnya > 6 bulan)

2. *Illness Anxiety Disorder (IAD)*

a. Pengertian

Illness Anxiety Disorder ditandai oleh preokupasi terhadap kemungkinan menderita penyakit serius meskipun gejala somatik minimal atau tidak ada (APA, 2013).

b. Ciri-ciri / Tanda Klinis

Karakteristik utama meliputi:

- 1) Kekhawatiran intens tentang kesehatan
- 2) Interpretasi katastrofik terhadap sensasi tubuh normal

- 3) Tingginya kecemasan kesehatan
- 4) Perilaku *checking* (misalnya pemeriksaan berulang) atau maladaptif avoidance
- 5) Berbeda dengan SSD, fokus utama adalah kecemasan penyakit, bukan gejala fisik yang dominan.

c. Diagnosis

Diagnosis mencakup:

- 1) Preokupasi penyakit serius
- 2) Gejala somatik minimal/tidak signifikan
- 3) Kecemasan kesehatan tinggi
- 4) Durasi ≥ 6 bulan

3. *Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)*

a. Pengertian

Gangguan ini ditandai oleh gejala neurologis (motorik atau sensorik) yang tidak konsisten dengan kondisi neurologis atau medis yang dikenal (APA, 2013).

b. Ciri-ciri / Tanda Klinis

Gejala dapat berupa:

- 1) Paralisis atau kelemahan
- 2) Gangguan gerak
- 3) Kejang non-epileptik
- 4) Gangguan sensorik
- 5) Gangguan bicara
- 6) Sering kali ditemukan inkonsistensi klinis, misalnya refleks normal pada "kelumpuhan".

c. Diagnosis

Diagnosis memerlukan:

- 1) Satu atau lebih gejala fungsi motorik/sensorik
- 2) Ketidaksesuaian dengan kondisi neurologis
- 3) Distress signifikan atau gangguan fungsi

4. *Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions*

a. Pengertian

Diagnosis ini diberikan ketika faktor psikologis secara nyata memengaruhi kondisi medis umum, memperburuk perjalanan penyakit, atau mengganggu pengobatan (APA, 2013).

b. Ciri-ciri / Tanda Klinis

Contoh manifestasi:

- 1) Stres memperburuk hipertensi atau asma
- 2) Kecemasan memperparah nyeri kronis
- 3) Perilaku maladaptif menghambat kepatuhan pengobatan

c. Diagnosis

Kriteria meliputi:

- 1) Adanya kondisi medis umum
- 2) Faktor psikologis memengaruhi kondisi secara klinis signifikan

5. *Factitious Disorder*

a. Pengertian

Factitious Disorder ditandai oleh pemalsuan gejala fisik atau psikologis secara sengaja, tanpa motivasi eksternal yang jelas (misalnya keuntungan finansial) (APA, 2013).

b. Ciri-ciri / Tanda Klinis

Karakteristik meliputi:

- 1) Presentasi gejala yang disengaja
- 2) Perilaku manipulatif medis
- 3) Riwayat medis kompleks/tidak konsisten
- 4) Motivasi internal untuk mengambil peran sakit

c. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan bila:

- 1) Ada pemalsuan gejala atau induksi cedera
- 2) Individu menampilkan diri sebagai sakit
- 3) Tidak ada insentif eksternal

Kelima diagnosis ini menunjukkan spektrum kompleks relasi tubuh–pikiran. Pada SSD dan IAD, distorsi kognitif dan kecemasan kesehatan mendominasi. Pada Conversion Disorder, ekspresi gejala menyerupai gangguan neurologis. Pada Psychological Factors Affecting Medical Conditions, faktor psikologis memengaruhi penyakit medis nyata. Pada Factitious Disorder, terdapat unsur intensionalitas dalam produksi gejala. Pemahaman diferensial menjadi krusial untuk asesmen klinis, komunikasi terapeutik, dan intervensi yang tepat.

3.3 Faktor Gangguan Somatofom

Gangguan somatofom (dalam DSM-5: *Somatic Symptom and Related Disorders*) merupakan kondisi yang bersifat multifaktorial. Tidak ada satu penyebab tunggal yang dapat menjelaskan munculnya gejala somatik persisten, melainkan interaksi dinamis antara faktor biologis, psikologis, kognitif, serta sosial dan budaya. Pendekatan biopsikososial memberikan kerangka integratif untuk memahami bagaimana gejala fisik berkembang, dipertahankan, dan diperkuat oleh berbagai sistem yang saling memengaruhi (Engel, 1977).

3.3.1 Faktor Biologis: Sensitivitas Interoseptif

Faktor biologis merujuk pada mekanisme neurofisiologis yang memengaruhi cara individu merasakan dan memproses sinyal tubuh internal. Salah satu konsep penting adalah **sensitivitas interoseptif**, yaitu kemampuan untuk mendeteksi sensasi internal seperti detak jantung, ketegangan otot, atau perubahan viseral. Pada individu dengan gangguan somatik, sensitivitas ini sering kali meningkat atau dipersepsikan secara lebih intens (*somatosensory amplification*) (Barsky & Wyshak, 1990).

Peningkatan sensitivitas interoseptif dapat membuat sensasi tubuh normal terasa lebih mengganggu. Respons stres kronis juga berperan melalui aktivasi sistem saraf otonom dan sumbu HPA, yang meningkatkan ketegangan otot, sensasi nyeri, dan ketidaknyamanan viseral (McEwen, 2007). Dengan demikian, tubuh menjadi lebih reaktif terhadap stres psikologis, memperkuat pengalaman subjektif gejala.

3.3.2 Faktor Psikologis: Kecemasan dan Trauma

Faktor psikologis memainkan peran sentral dalam pembentukan dan pemeliharaan gejala somatik. **Kecemasan** dapat meningkatkan fokus perhatian terhadap tubuh, memperbesar persepsi ancaman, dan memperkuat lingkaran umpan balik antara sensasi fisik dan distress emosional. Individu dengan kecemasan kesehatan cenderung menafsirkan sensasi

tubuh secara berlebihan, yang pada akhirnya meningkatkan intensitas gejala yang dirasakan (APA, 2013).

Trauma psikologis, terutama trauma masa kanak-kanak, juga berkaitan erat dengan gangguan somatik. Paparan stres traumatis dapat mengubah regulasi emosi, meningkatkan reaktivitas fisiologis, dan memengaruhi integrasi pengalaman tubuh. Tubuh dapat menjadi “arena ekspresi” dari distress yang tidak terproses secara adaptif (Van der Kolk, 2014). Studi menunjukkan bahwa riwayat trauma berhubungan dengan prevalensi lebih tinggi dari gejala somatik persisten dan gangguan terkait somatik (Afari et al., 2014).

3.3.3 Faktor Kognitif: Catastrophizing

Dimensi kognitif menjelaskan bagaimana individu menafsirkan dan memberi makna pada sensasi tubuh. Salah satu mekanisme paling berpengaruh adalah *catastrophizing*, yaitu kecenderungan menilai sensasi fisik sebagai tanda bahaya serius atau penyakit berat. Pola pikir ini meningkatkan kecemasan, memperkuat perhatian selektif terhadap gejala, dan memperburuk persepsi nyeri (Deary et al., 2007).

Catastrophizing menciptakan siklus maladaptif: sensasi tubuh → interpretasi katastrofik → kecemasan meningkat → peningkatan aktivasi fisiologis → sensasi makin intens. Penelitian pada populasi dengan nyeri kronis dan gangguan somatik menunjukkan bahwa *catastrophizing* merupakan prediktor kuat terhadap intensitas gejala, distress emosional, dan disabilitas (Sullivan et al., 2001).

3.3.4 Faktor Sosial dan Budaya

Gejala somatik tidak muncul dalam ruang hampa sosial. **Faktor sosial** seperti pola respons keluarga, pengalaman sakit dalam lingkungan, serta penguatan sekunder dapat memengaruhi bagaimana individu mengekspresikan dan memaknai gejala. Validasi berlebihan terhadap peran sakit atau, sebaliknya, invalidasi kronis dapat memperkuat distress dan perilaku pencarian medis berulang.

Budaya juga berperan dalam membentuk ekspresi gejala. Dalam beberapa konteks budaya, distress emosional lebih dapat

diterima bila diekspresikan melalui keluhan fisik dibandingkan keluhan psikologis. Fenomena ini dikenal sebagai *somatic idioms of distress* (Kirmayer & Young, 1998). Variasi budaya memengaruhi bahasa gejala, makna sakit, dan pola pencarian bantuan, sehingga asesmen klinis memerlukan sensitivitas budaya yang tinggi.

3.3.5 Integrasi Perspektif

Keempat faktor ini saling berinteraksi secara kompleks. Sensitivitas biologis dapat meningkatkan intensitas sensasi tubuh; kecemasan dan trauma memengaruhi regulasi emosi; distorsi kognitif memperkuat interpretasi ancaman; dan lingkungan sosial-budaya membentuk cara gejala diungkapkan. Pemahaman integratif ini membantu klinisi menghindari reduksionisme serta mendukung pendekatan terapeutik yang komprehensif.

3.4 Konsep Dasar Disosiasi

Disosiasi merupakan fenomena psikologis yang telah lama menjadi perhatian dalam psikologi klinis dan psikiatri. Konsep ini merujuk pada gangguan atau perubahan dalam integrasi normal fungsi kesadaran, memori, identitas, emosi, persepsi, representasi tubuh, dan kontrol perilaku. Disosiasi bukanlah fenomena tunggal, melainkan sebuah kontinum pengalaman manusia yang bergerak dari bentuk normal hingga patologis. Pemahaman yang komprehensif terhadap disosiasi menjadi penting karena fenomena ini hadir baik dalam kehidupan sehari-hari maupun dalam berbagai gangguan psikologis.

3.4.1 Definisi Disosiasi

Dalam kerangka diagnostik modern, disosiasi didefinisikan sebagai terputusnya atau terfragmentasinya integrasi proses mental yang biasanya bekerja secara terpadu. Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, disosiasi mencakup gangguan pada identitas, memori, dan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan oleh kondisi medis atau penggunaan zat. Definisi ini menekankan bahwa disosiasi

melibatkan perubahan dalam pengalaman subjektif diri dan realitas.

Secara konseptual, disosiasi dapat dipahami sebagai kegagalan sementara atau persisten dalam mengintegrasikan pengalaman internal. Individu mungkin mengalami perasaan terlepas dari diri sendiri (*depersonalization*), merasa dunia sekitar tidak nyata (*derealization*), atau mengalami celah memori yang signifikan (*dissociative amnesia*) (APA, 2013).

3.4.2 Spektrum Normal hingga Patologis

Salah satu karakteristik penting disosiasi adalah keberadaannya dalam spektrum yang luas. Dalam bentuk normal, disosiasi dapat muncul sebagai pengalaman sehari-hari, seperti melamun (*daydreaming*), “terserap” dalam aktivitas, atau tidak menyadari perjalanan yang baru saja ditempuh saat mengemudi. Pengalaman ini bersifat sementara, adaptif, dan tidak mengganggu fungsi individu.

Namun, pada ujung patologis, disosiasi menjadi lebih intens, persisten, dan mengganggu fungsi. Individu dapat mengalami gangguan memori, perubahan identitas, atau sensasi terputus dari realitas yang menimbulkan distress signifikan. Disosiasi patologis sering dikaitkan dengan paparan trauma, terutama trauma perkembangan dan trauma interpersonal kronis (Spiegel et al., 2011).

Pendekatan spektrum membantu menghindari dikotomi sederhana antara “ada” atau “tidak ada” disosiasi. Sebaliknya, fenomena ini dipahami sebagai variasi dalam intensitas, frekuensi, dan dampak fungsional.

3.4.3 Disosiasi sebagai Mekanisme Pertahanan

Disosiasi sering dipahami sebagai mekanisme pertahanan psikologis, khususnya dalam konteks stres ekstrem atau trauma. Dalam situasi yang sangat mengancam, disosiasi dapat berfungsi sebagai strategi adaptif untuk mengurangi dampak emosional dari pengalaman yang tidak tertahankan. Individu secara psikologis “menjauh” dari pengalaman tersebut, sehingga memungkinkan kelangsungan fungsi jangka pendek (Van der Kolk, 2014).

Dari perspektif neurobiologis, disosiasi berkaitan dengan perubahan aktivitas sistem saraf yang memengaruhi kesadaran, regulasi emosi, dan persepsi diri. Respons ini dianggap sebagai bagian dari sistem pertahanan diri terhadap ancaman yang melampaui kapasitas coping individu (Lanius et al., 2010).

Meskipun awalnya adaptif, disosiasi dapat menjadi maladaptif bila menetap di luar konteks ancaman. Ketika mekanisme ini terus aktif, individu dapat mengalami fragmentasi pengalaman diri, gangguan fungsi sosial, dan kesulitan regulasi emosi.

3.4.4 Penutup Konseptual

Disosiasi merupakan fenomena kompleks yang mencerminkan fleksibilitas sekaligus kerentanan sistem mental manusia. Ia dapat hadir sebagai pengalaman normal yang adaptif, tetapi juga sebagai respons patologis yang mengganggu integrasi diri. Memahami disosiasi sebagai kontinum dan sebagai mekanisme pertahanan membantu klinisi mengembangkan pendekatan yang lebih empatik, non-stigmatis, dan berbasis ilmu.

3.5 Klasifikasi dan Jenis Gangguan Disosiasi

Gangguan disosiatif merupakan kelompok kondisi psikologis yang ditandai oleh gangguan pada integrasi normal kesadaran, memori, identitas, emosi, persepsi, representasi tubuh, dan kontrol perilaku. Dalam sistem diagnostik modern, kategori ini dijelaskan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, yang menempatkan disosiasi sebagai fenomena inti yang memengaruhi kontinuitas pengalaman diri. Manifestasi klinisnya bervariasi, mulai dari gangguan memori hingga fragmentasi identitas dan perubahan persepsi diri maupun realitas.

1. *Dissociative Identity Disorder (DID)*

a. Pengertian

Dissociative Identity Disorder (DID) ditandai oleh keberadaan dua atau lebih keadaan identitas atau *personality states* yang berbeda, disertai diskontinuitas dalam rasa diri (*sense of self*) dan kendali perilaku.

Kondisi ini melibatkan perubahan afek, perilaku, kesadaran, memori, persepsi, kognisi, dan/atau fungsi sensorimotor (APA, 2013).

b. Ciri dan Tanda Klinis

Karakteristik utama DID meliputi:

- 1) Adanya identitas yang berbeda dengan pola pengalaman diri yang khas
- 2) Celah memori berulang terkait peristiwa sehari-hari, informasi pribadi penting, atau pengalaman traumatis
- 3) Perasaan kehilangan kendali terhadap pikiran atau tindakan
- 4) Distress signifikan dan gangguan fungsi sosial/pekerjaan
- 5) Gejala sering kali berkaitan dengan riwayat trauma berat dan kronis, terutama trauma masa kanak-kanak (Spiegel et al., 2011).

c. Diagnosis

Diagnosis DID ditegakkan bila:

- 1) Terdapat dua atau lebih identitas berbeda
- 2) Ada diskontinuitas dalam rasa diri dan kontrol perilaku
- 3) Celah memori signifikan
- 4) Menimbulkan distress atau gangguan fungsi
- 5) Tidak disebabkan oleh praktik budaya atau zat

2. Dissociative Amnesia

a. Pengertian

Dissociative Amnesia ditandai oleh ketidakmampuan mengingat informasi autobiografis penting, biasanya terkait pengalaman traumatis atau stres berat, yang tidak sesuai dengan kelupaan biasa (APA, 2013).

b. Ciri dan Tanda Klinis

Manifestasi klinis dapat berupa:

- 1) Kehilangan ingatan terhadap peristiwa spesifik (*localized amnesia*)
- 2) Kehilangan ingatan selektif terhadap aspek tertentu dari peristiwa

- 3) Amnesia menyeluruh terhadap identitas atau riwayat hidup (jarang)
- 4) Kebingungan identitas atau perjalanan tak terduga (*dissociative fugue*)
- 5) Gangguan ini sering muncul setelah kejadian traumatis atau konflik psikologis yang intens.

c. Diagnosis

Diagnosis mencakup:

- 1) Ketidakmampuan mengingat informasi autobiografis penting
- 2) Biasanya terkait trauma/stres
- 3) Menimbulkan distress atau gangguan fungsi
- 4) Tidak disebabkan kondisi neurologis/zat

3. *Depersonalization/Derealization Disorder*

a. Pengertian

Gangguan ini ditandai oleh pengalaman persisten atau berulang berupa depersonalisasi (perasaan terlepas dari diri sendiri) dan/atau derealisasi (perasaan lingkungan tidak nyata), dengan realitas tetap utuh (APA, 2013).

b. Ciri dan Tanda Klinis

Individu dapat melaporkan:

- 1) Merasa seperti pengamat luar terhadap pikiran atau tubuh sendiri
- 2) Sensasi emosional tumpul atau tereduksi
- 3) Dunia terasa datar, berkabut, atau tidak nyata
- 4) Insight tetap terjaga (menyadari pengalaman bersifat subjektif)
- 5) Gejala sering dipicu oleh kecemasan berat, stres, atau trauma.

c. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan bila:

- 1) Ada pengalaman depersonalisasi dan/atau derealisasi
- 2) Realitas tetap utuh
- 3) Distress signifikan
- 4) Tidak disebabkan zat/kondisi medis

4. *Other Specified Dissociative Disorder (OSDD)*

a. Pengertian

OSDD diberikan ketika gejala disosiatif menimbulkan distress atau gangguan fungsi, tetapi tidak sepenuhnya memenuhi kriteria diagnosis disosiatif spesifik. Diagnosis ini memungkinkan klinisi menjelaskan presentasi klinis yang atipikal namun signifikan (APA, 2013).

b. Ciri dan Tanda Klinis

Contoh presentasi meliputi:

- 1) Gangguan identitas disosiatif tanpa celah memori jelas
- 2) Disosiasi kronis akibat tekanan psikologis berkepanjangan
- 3) Keadaan disosiatif campuran
- 4) Kategori ini mencerminkan fleksibilitas diagnostik terhadap variasi klinis nyata.

c. Diagnosis

Diagnosis OSDD ditegakkan bila:

- 1) Gejala disosiatif signifikan
- 2) Tidak memenuhi kriteria penuh diagnosis spesifik
- 3) Menyebabkan distress/gangguan fungsi
- 4) Alasan spesifik dicantumkan oleh klinisi

Keempat diagnosis ini menunjukkan bahwa disosiasi dapat memengaruhi berbagai dimensi pengalaman manusia—memori, identitas, dan persepsi diri. Variasi manifestasi klinis menuntut asesmen yang cermat, terutama untuk membedakan fenomena disosiatif dari gangguan neurologis, psikotik, atau kondisi medis lainnya. Pemahaman yang akurat membantu mencegah misdiagnosis dan mendukung intervensi yang sesuai.

3.6 Etiologi Klinis Gangguan Disosiasif

Gangguan disosiatif merupakan kelompok kondisi psikologis yang ditandai oleh gangguan pada integrasi normal kesadaran, memori, identitas, persepsi, dan kontrol perilaku. Disosiasi pada tingkat ringan adalah fenomena normal (misalnya

melamun), namun pada tingkat klinis, disosiasi menjadi mekanisme maladaptif yang mengganggu fungsi sehari-hari. Pemahaman etiologi klinis gangguan disosiatif sangat penting karena menentukan arah asesmen, formulasi kasus, dan intervensi terapeutik. Literatur kontemporer menunjukkan bahwa etiologi gangguan disosiatif bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi kompleks antara trauma, stres, neurobiologi, serta dinamika perkembangan individu (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Trauma Masa Kanak-kanak

Trauma masa kanak-kanak merupakan faktor etiologis yang paling konsisten dikaitkan dengan gangguan disosiatif, terutama *Dissociative Identity Disorder* (DID). Pengalaman seperti kekerasan fisik, emosional, seksual, pengabaian kronis, dan lingkungan yang tidak aman secara psikologis berkontribusi terhadap fragmentasi pengalaman diri. Dalam konteks ini, disosiasi dipahami sebagai strategi bertahan hidup ketika anak tidak memiliki kapasitas kognitif maupun emosional untuk memproses pengalaman yang sangat mengancam (Putnam, 1997).

Secara klinis, anak yang mengalami trauma kronis sering kali tidak mampu melakukan integrasi memori autobiografis secara kohesif. Sebaliknya, pengalaman traumatik disimpan dalam bentuk memori yang terfragmentasi, sensorik, dan emosional. Disosiasi memungkinkan pemisahan antara kesadaran dan pengalaman traumatik, sehingga individu dapat tetap berfungsi secara adaptif dalam jangka pendek (van der Kolk, 2014).

Penelitian menunjukkan bahwa paparan trauma interpersonal yang berulang pada usia dini meningkatkan risiko gangguan disosiatif secara signifikan (Dalenberg et al., 2012). Hubungan ini diperkuat oleh temuan bahwa tingkat keparahan disosiasi berkorelasi dengan durasi, frekuensi, dan sifat relasional trauma (Brand et al., 2009).

Stres Ekstrem

Selain trauma perkembangan, stres ekstrem pada masa remaja atau dewasa juga berperan sebagai pemicu disosiasi

patologis. Peristiwa seperti kecelakaan berat, bencana alam, peperangan, kehilangan mendadak, atau kekerasan dapat memicu respons disosiatif akut. Dalam kondisi stres ekstrem, sistem pertahanan diri mengaktifkan mekanisme “shutdown” untuk mengurangi beban emosional yang tidak tertahankan (Spiegel et al., 2011).

Disosiasi dalam konteks stres ekstrem sering kali muncul sebagai:

1. Derealisasi (realitas terasa tidak nyata)
2. Depersonalisasi (diri terasa asing)
3. Amnesia disosiatif

Respons “freeze”

Model respons stres menjelaskan bahwa ketika respons fight-or-flight tidak efektif, sistem saraf dapat beralih ke respons imobilisasi defensif, yang secara fenomenologis tampak sebagai disosiasi (Schauer & Elbert, 2010).

Model Neurobiologis (Stress & Memory)

Pendekatan neurobiologis menyoroti peran sistem saraf pusat dalam perkembangan gangguan disosiatif. Stres kronis dan trauma memengaruhi fungsi struktur otak yang terlibat dalam regulasi emosi dan memori, terutama amigdala, hipokampus, dan korteks prefrontal (Bremner, 2006).

Beberapa mekanisme kunci meliputi:

1. Disregulasi Sistem Stres

Aktivasi berlebihan sumbu HPA (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenal*) menyebabkan pelepasan kortisol yang berdampak pada integritas hipokampus, struktur penting untuk konsolidasi memori (Lanius et al., 2010).

2. Fragmentasi Memori

Trauma dapat menghasilkan memori yang tidak terintegrasi secara naratif, tetapi tersimpan sebagai fragmen sensori-emosional. Hal ini menjelaskan fenomena amnesia disosiatif dan intrusi memori (van der Kolk, 2014).

4. Pola Aktivasi Otak yang Berbeda

Studi neuroimaging menunjukkan bahwa individu dengan gangguan disosiatif memperlihatkan pola aktivasi otak yang

husus, termasuk perubahan konektivitas antara area limbik dan kortikal (Reinders et al., 2012). Model ini menegaskan bahwa disosiasi bukan sekadar fenomena psikologis, melainkan melibatkan adaptasi neurobiologis terhadap stres berat.

Faktor Perkembangan

Faktor perkembangan berperan dalam menentukan kerentanan individu terhadap disosiasi patologis. Masa kanak-kanak merupakan periode kritis pembentukan identitas, regulasi emosi, dan integrasi pengalaman diri. Trauma pada periode ini mengganggu proses integratif tersebut (Putnam, 1997).

Beberapa aspek perkembangan yang relevan:

- 1. Ketidakmatangan regulasi emosi**

Anak belum memiliki kapasitas modulasi afek yang stabil.

- 2. Ketergantungan pada pengasuh**

Trauma relasional (oleh figur lekat) memiliki dampak lebih besar.

- 3. Perkembangan identitas yang belum kohesif**

Fragmentasi lebih mudah terjadi.

Model perkembangan menekankan bahwa disosiasi dapat menjadi bagian dari adaptasi terhadap lingkungan yang tidak aman. Namun, bila pola ini menetap, individu berisiko mengalami gangguan disosiatif di kemudian hari (Liotti, 2004).

Integrasi Perspektif Etiologi

Etiologi gangguan disosiatif tidak dapat dijelaskan oleh satu faktor tunggal. Interaksi antara trauma, stres ekstrem, perubahan neurobiologis, dan dinamika perkembangan membentuk jalur kompleks menuju disosiasi klinis. Pendekatan biopsikososial menjadi kerangka paling komprehensif untuk memahami kondisi ini (APA, 2013).

Implikasi Klinis

Pemahaman etiologi memiliki konsekuensi langsung terhadap praktik klinis:

- 1. Pentingnya asesmen trauma**

2. **Pendekatan** trauma-informed
3. **Fokus pada** stabilisasi & regulasi
4. **Sensitivitas terhadap** riwayat perkembangan

3.7 Penanganan Gangguan Somatoform Dan Gangguan Disasosif

Penanganan gangguan somatoform (DSM-5: *Somatic Symptom and Related Disorders*) dan gangguan disosiatif menuntut pendekatan yang komprehensif, integratif, dan sensitif terhadap pengalaman subjektif individu. Kedua kelompok gangguan ini melibatkan interaksi kompleks antara gejala fisik, proses psikologis, regulasi emosi, serta pengalaman trauma. Oleh karena itu, intervensi yang efektif jarang bersifat tunggal; sebaliknya, diperlukan kombinasi strategi psikologis, somatik, dan medis kolaboratif sebagaimana ditekankan dalam **DSM-5** (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Psikoedukasi

Psikoedukasi merupakan fondasi awal intervensi. Individu sering datang dengan kebingungan, kecemasan, atau ketakutan terhadap gejala yang dialami. Penjelasan yang jelas, empatik, dan non-stigmatis mengenai hubungan pikiran–tubuh membantu mengurangi resistensi, meningkatkan aliansi terapeutik, serta menurunkan kecemasan kesehatan. Psikoedukasi juga bertujuan mengoreksi miskonsepsi bahwa gejala bersifat “dibuat-buat”, sekaligus menegaskan bahwa pengalaman pasien adalah nyata dan valid (Henningsen et al., 2018).

CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*)

***Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)** merupakan intervensi dengan dukungan empiris kuat pada gangguan somatik. CBT menargetkan distorsi kognitif seperti *catastrophizing*, hipervigilans terhadap sensasi tubuh, serta perilaku maladaptif (misalnya *reassurance seeking* berlebihan). Intervensi ini membantu pasien mengembangkan interpretasi yang lebih realistis terhadap gejala, meningkatkan toleransi

terhadap ketidaknyamanan tubuh, serta memperbaiki fungsi sehari-hari (Deary et al., 2007). Pada gangguan disosiatif, CBT dapat diadaptasi untuk menangani kecemasan, depresi, serta pola pikir yang memperkuat fragmentasi pengalaman diri.

Terapi Somatik / *Body-Based Regulation*

Terapi somatik menekankan regulasi sistem saraf melalui tubuh. Pendekatan ini relevan karena baik gangguan somatik maupun disosiatif melibatkan disregulasi fisiologis, termasuk hiperaktivasi atau hipoaktivasi sistem saraf otonom. Teknik seperti pernapasan regulatif, grounding sensorik, stabilisasi postural, dan peningkatan kesadaran interoseptif membantu pasien memulihkan rasa aman dalam tubuh (Ogden et al., 2006).

Pendekatan berbasis tubuh sangat penting pada pasien dengan trauma, di mana pengalaman tubuh sering dikaitkan dengan memori emosional yang tidak terproses (Van der Kolk, 2014).

Manajemen Medis Kolaboratif

Kolaborasi antara psikolog, psikiater, dan dokter medis menjadi komponen krusial. Pasien dengan keluhan somatik sering menjalani pemeriksaan medis berulang. Pendekatan kolaboratif membantu mengurangi prosedur diagnostik yang tidak perlu, menjaga konsistensi pesan klinis, serta memastikan bahwa kondisi medis yang relevan tetap ditangani secara adekuat (Smith et al., 2006). Model ini juga membantu membangun kepercayaan pasien terhadap pendekatan psikologis.

Farmakoterapi (Bila Komorbid)

Farmakoterapi bukan terapi utama untuk gangguan somatik atau disosiatif, tetapi dapat bermanfaat bila terdapat komorbiditas seperti depresi, kecemasan, atau gangguan tidur. Antidepresan, khususnya SSRI, sering digunakan untuk mengurangi distress emosional yang memperburuk persepsi gejala (APA, 2013). Pada gangguan disosiatif, obat ditujukan pada gejala komorbid, bukan disosiasinya secara langsung.

Stabilisasi dan Grounding

Tahap awal terapi berfokus pada stabilisasi. Pasien perlu mengembangkan kemampuan mengelola emosi, mengurangi disosiasi akut, serta meningkatkan orientasi terhadap realitas saat ini. Teknik grounding membantu pasien mempertahankan koneksi dengan tubuh dan lingkungan, terutama ketika muncul depersonalisasi, derealisasi, atau *switching* identitas (Chu, 2011).

Trauma-Informed Therapy

Pendekatan *trauma-informed* menempatkan keamanan psikologis sebagai prioritas utama. Terapis memahami bahwa gejala disosiatif sering kali merupakan adaptasi terhadap trauma. Sikap empatik, konsistensi terapeutik, serta penghindaran re-traumatisasi menjadi prinsip utama (SAMHSA, 2014).

Phase-Oriented Treatment

Model *phase-oriented treatment* merupakan standar yang banyak direkomendasikan dalam terapi gangguan disosiatif:

1. Fase Stabilisasi

Fokus pada keamanan, regulasi emosi, dan penguatan coping.

2. Fase Pemrosesan Trauma

Eksplorasi memori traumatis secara bertahap dan terkontrol.

3. Fase Integrasi dan Rehabilitasi

Penguatan kontinuitas identitas, fungsi sosial, dan kualitas hidup (*International Society for the Study of Trauma and Dissociation* [ISSTD], 2011).

Regulasi Emosi dan Tubuh

Disosiasi sering berkaitan dengan kesulitan regulasi afek. Intervensi diarahkan pada pengembangan toleransi terhadap emosi, peningkatan kesadaran tubuh, serta integrasi pengalaman sensorimotor. Pendekatan ini membantu mengurangi kebutuhan akan disosiasi sebagai mekanisme pertahanan (Schore, 2009).

Integrasi Memori dan Identitas

Pada fase lanjut, terapi bertujuan memfasilitasi integrasi pengalaman yang terfragmentasi. Pada DID, ini mencakup kerja terapeutik terhadap komunikasi antar identitas, pemrosesan memori traumatis, dan penguatan rasa diri yang koheren (Spiegel et al., 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., et al. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., et al. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., et al. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Stone, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2020). Functional neurological disorder: Diagnosis and management. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(9), 920–929. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322689>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). Geneva: Author.
- Arifin Zainal. 2012. *Evaluasi Pembelajaran*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Islam Kementrian Agama RI.
- Arikunto Suharsimi. 2001. *Dasar-Dasar Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Asrul, dkk. 2014. *Evaluasi Pembelajaran*. Medan: Cipta pustaka Media.

- Danial, D., Nurjannah, N., & Mirna, M. 2019. *Evaluation of The Learning. Program of Mathematics Study Program at Islamic Institute Of Muhammadiyah Sinjai. Matematika Dan Pembelajaran*, 7(1), 65. <https://doi.org/10.33477/mp.v7i1.1046>.
- Fitriani. 2019. Kemampuan Pemecahan Masalah Siswa SMP. *JTMT: Journal Tadris Matematika*, 01(01), 25–30. <http://journal.iaimsinjai.ac.id/index.php/Jtm/article/view/393>.
- Hamalik, Oemar. 2010. *Manajemen Pengembangan Kurikulum*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Elis Ratnawulan. 2014. *Evaluasi Pembelajaran*. Bandung: Penerbit pustaka.
- Ida Farida. 2017. *Evaluasi Pembelajaran*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Muhammad Afandi. 2013. *Evaluasi Pembelajaran Sekolah Dasar*. Semarang: UNISSULA Press
- Sukardi. 2009. *Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Tim Pengembangan MKDP Kurikulum dan Pembelajaran. (2011). *Kurikulum dan Pembelajaran*. Jakarta Utara: PT Raja Grafindo Persada.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903–910. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2007). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 860–867. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b0103>

- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Şar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 404538. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157(3), 404–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.404>
- Breuer, J., & Freud, S. (1955). *Studies on hysteria* (J. Strachey, Trans.). Basic Books. (Original work published 1895)
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Barsky, A. J., & Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130(11), 910–921. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-11-199906010-00016>
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 23–31.
- Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 30(9), 1–10.

- Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157(3), 404–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.404>
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (2001). The pain catastrophizing scale. *Psychological Assessment*, 13(4), 524–532.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score*. Viking.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score*. Viking.
- Şar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 404538. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 169(7), 701–708. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11081352>
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011).

- Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score*. Viking.
- Şar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 404538. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>
- Chu, J. A. (2011). *Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders* (2nd ed.). Wiley.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2018). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946–955.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. Norton.
- SAMHSA. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189–203.
- Smith, R. C., Lyles, J. S., Gardiner, J. C., Sirbu, C., Dwamena, F. C., Hodges, A., Collins, C., & Lein, C. (2006). Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 21(7), 671–677.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852.

BAB 4

GANGGUAN KECEMASAN DAN GANGGUAN MAKAN

Arah kausalitas mana yang lebih dulu? Ini merupakan salah satu pertanyaan mendasar dalam upaya memahami keterkaitan antara gangguan kecemasan dan gangguan makan adalah: mana yang muncul terlebih dahulu? telah menjadi perdebatan panjang di kalangan peneliti dan klinisi. Pemahaman tentang arah kausalitas ini sangat penting karena menentukan bagaimana kita merancang strategi pencegahan dan intervensi yang tepat. Jawaban atas pertanyaan ini tidak hanya bersifat akademis, tetapi memiliki implikasi nyata bagi strategi pencegahan dan pengobatan.

Mayoritas bukti penelitian menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya hadir lebih awal, bahkan sebelum gangguan makan mulai berkembang. Ini berarti kecemasan bukanlah sekadar akibat dari gangguan makan, melainkan salah satu pemicu awal yang meningkatkan kerentanan seseorang. Yang juga penting untuk dicatat, kecemasan sering kali tetap bertahan lama setelah gangguan makan berhasil dipulihkan. Fakta ini menunjukkan bahwa kecemasan adalah kondisi yang independen, bukan sekadar bayangan dari gangguan makan yang akan hilang dengan sendirinya ketika pola makan kembali normal. Meskipun demikian, pengaruh di antara keduanya tidak berjalan satu arah. Ada saling pengaruh timbal balik yang terus berputar.

Perilaku makan yang tidak sehat (*maladaptive*) seperti pembatasan kalori ekstrem, makan berlebihan, atau purging, dapat memperparah kecemasan melalui efek fisiologis dan kognitif justru dapat memperburuk kecemasan, baik melalui dampak biologisnya terhadap otak maupun melalui beban psikologis yang ditimbulkannya. Kurangnya asupan gizi dapat mengganggu keseimbangan kimiawi otak yang mengatur

perasaan cemas, sementara rasa bersalah setelah makan berlebihan dapat memperdalam kecemasan yang sudah ada. Sebuah penelitian terhadap ribuan remaja mengonfirmasi bahwa keduanya saling memperkuat dari waktu ke waktu: kecemasan memicu gangguan makan, dan gangguan makan pada gilirannya memicu kecemasan yang lebih berat.

Demikian pula, episode makan berlebihan sering kali diikuti oleh perasaan bersalah dan malu yang memperdalam kecemasan. Sebuah studi dari Jiang et al. (2025) terhadap 8.703 remaja mengonfirmasi adanya hubungan timbal balik ini: kecemasan memprediksi gejala gangguan makan, dan gejala gangguan makan juga memprediksi peningkatan kecemasan.

Di luar hubungan langsung ini, terdapat akar bersama yang membuat seseorang rentan terhadap kedua kondisi tersebut. *Perfeksionisme*, dorongan untuk menjadi sempurna dan ketakutan akan kegagalan, adalah salah satu ciri yang umum ditemukan. Kesulitan mengelola emosi dan pola pikir yang kaku, seperti melihat segala sesuatu secara hitam-putih, juga menjadi faktor risiko bersama yang memperkuat kedua gangguan ini. Semua ini menegaskan bahwa penanganan yang efektif harus bersifat *holistic*, tidak cukup hanya mengobati satu kondisi, karena keduanya saling terkait erat dan berbagi akar yang sama.

4.1 Gangguan Kecemasan (*Anxiety Disorder*)

Gangguan kecemasan merupakan salah satu kondisi kesehatan mental yang paling sering dijumpai, namun sering kali kurang dipahami dengan baik. Berbeda dengan rasa cemas biasa yang bersifat wajar dan temporer, gangguan kecemasan hadir dalam bentuk kekhawatiran yang berkepanjangan, melampaui batas kewajaran, dan sulit untuk diredakan. Kondisi ini bukan sekadar perasaan gelisah sesaat, melainkan pengalaman yang terus-menerus menghantui dan mengganggu kemampuan seseorang untuk menjalani aktivitas sehari-hari secara normal.

Kecemasan yang dialami oleh pengidap gangguan ini tidak proporsional dengan situasi yang dihadapi. Mereka mungkin merasa cemas berlebihan terhadap hal-hal yang tampaknya sepele, atau bahkan tanpa alasan yang jelas sekalipun. Perasaan

ini berlangsung dalam jangka waktu yang panjang, sering kali disertai dengan manifestasi fisik seperti detak jantung yang tidak teratur, kesulitan bernapas, otot-otot yang tegang, serta gangguan pola tidur dan konsentrasi.

Gangguan kecemasan tergolong sebagai salah satu gangguan mental yang paling umum di dunia. Diperkirakan satu dari empat individu akan mengalaminya sepanjang hidup mereka. Kondisi ini dapat menimpa siapa saja tanpa memandang latar belakang usia, baik anak-anak yang masih duduk di bangku sekolah, remaja yang sedang dalam masa pertumbuhan, maupun orang dewasa yang telah menjalani berbagai fase kehidupan. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan memiliki kecenderungan lebih besar untuk mengalami gangguan ini dibandingkan laki-laki. Sayangnya, meskipun gangguan ini sangat lazim, masih banyak penderita yang tidak mendapatkan penanganan yang semestinya. Berbagai faktor seperti minimnya pemahaman masyarakat, stigma yang masih melekat, serta keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan jiwa menjadi penghalang utama. Padahal, dengan intervensi yang tepat dan dukungan yang memadai, gangguan kecemasan dapat dikelola dengan baik sehingga penderita dapat kembali menjalani kehidupan yang lebih berkualitas.

Gangguan kecemasan bukanlah satu entitas tunggal, melainkan sebuah payung besar yang menaungi beragam kondisi dengan karakteristik yang berbeda-beda. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat bahwa terdapat beberapa jenis gangguan kecemasan, masing-masing dengan pola gejala dan tantangan tersendiri bagi pengidapnya. Memahami beragam jenis gangguan kecemasan ini merupakan langkah awal yang penting agar setiap pengidap dapat memperoleh penanganan yang tepat dan sesuai dengan kondisi yang dialaminya.

Istilah gangguan kecemasan sesungguhnya merujuk pada sekumpulan kondisi yang beragam, bukan sekadar satu jenis gangguan tunggal. Masing-masing jenis memiliki ciri khas dan pola gejala yang berbeda, sehingga pengalaman setiap pengidap pun tidaklah sama.

1. Gangguan Kecemasan Umum (*Generalized Anxiety Disorder / GAD*), menurut *American Psychiatric Association* (2013)

adalah salah satu gangguan yang paling sering dijumpai, di mana seseorang merasa cemas dan khawatir secara berlebihan terhadap berbagai aspek kehidupan sehari-hari, tanpa alasan yang jelas, dan sulit untuk mengendalikan perasaan tersebut, berlarut-larut, dan sulit dikendalikan terhadap berbagai hal dalam kehidupan sehari-hari, bahkan tanpa alasan yang jelas. Pengidap GAD sering merasa gelisah, tegang, mudah lelah, dan kesulitan berkonsentrasi.

2. *Fobia Spesifik*, menurut Dr. John W. Barnhill (2023), yaitu ketakutan yang terus menerus, tidak realistis (irasional) yang menetap terhadap objek atau situasi tertentu, mulai dari ketakutan pada hewan, ketinggian, darah, atau ruang tertutup. Sekitar 8% wanita dan 3% pria mengalami fobia spesifik setiap tahunnya.

Kedua jenis gangguan ini meskipun berbeda manifestasinya, sama-sama memerlukan pemahaman yang mendalam agar penanganan yang diberikan dapat tepat sasaran dan membantu pengidap menjalani kehidupan yang lebih baik.

Adapun Gejala Psikologis Dalam Gangguan Kecemasan yaitu Rasa khawatir atau takut yang berlebihan dan sulit dikendalikan; Pikiran negatif yang terus-menerus berputar (*overthinking*); Sulit berkonsentrasi atau pikiran terasa kosong; Mudah tersinggung dan gelisah, Menghindari situasi yang memicu kecemasan, dan Perasaan akan terjadi sesuatu yang buruk (*doom feeling*).

Sedangkan Gejala Fisik Dalam Gangguan Kecemasan, yaitu Jantung berdebar kencang atau detak jantung tidak teratur; Sesak napas atau napas terasa pendek; Berkeringat berlebihan, gemetar, atau tremor; Sakit kepala, pusing, atau mual; Otot tegang, nyeri dada, atau sakit perut; dan Sulit tidur (*insomnia*) atau tidur tidak nyenyak.

Penyebab Dan Faktor Resiko diantaranya : Genetik yaitu Riwayat keluarga dengan gangguan kecemasan meningkatkan risiko; pada Kimia otak adanya Ketidakseimbangan neurotransmitter seperti serotonin dan dopamine; Pengalaman traumatis terdapat Kekerasan, kehilangan, atau peristiwa stres berat; Kepribadian yaitu Tipe perfeksionis atau pemalu lebih

rentan; Kondisi medis terdapat Penyakit kronis atau gangguan tiroid dapat memicu kecemasan; dan Gaya hidup diantaranya Kurang tidur, konsumsi kafein/alkohol berlebihan, dan stres kerja.

Gangguan kecemasan merupakan kondisi kesehatan mental yang tidak hanya memengaruhi perasaan, tetapi juga merusak berbagai aspek kehidupan secara keseluruhan. Dampaknya sangat terasa dalam keseharian: kemampuan berpikir dan berkonsentrasi melemah, sehingga kinerja di sekolah maupun tempat kerja menurun drastis. Dalam hubungan sosial, pengidap cenderung menjauh dari orang-orang terdekat, menghindari interaksi, dan kesulitan membangun relasi yang sehat karena ketakutan berlebihan akan penilaian orang lain. Pola tidur pun menjadi kacau, sulit tidur nyenyak atau justru tidur terlalu lama, yang semakin memperburuk kondisi mental yang sudah rapuh.

Apabila tidak segera ditangani, gangguan kecemasan dapat memicu depresi dan meningkatkan risiko berbagai gangguan fisik akibat stres yang berkepanjangan, seperti sakit kepala, masalah pencernaan, insomnia, hingga penyakit jantung.

Untuk menegaskan diagnosis, diperlukan evaluasi menyeluruh oleh tenaga profesional kesehatan jiwa, seperti psikolog atau psikiater. Proses diawali dengan wawancara klinis untuk menggali gejala, durasi, dan dampaknya terhadap kehidupan sehari-hari. Sebagai alat bantu, digunakan kuesioner standar seperti GAD-7 atau *Hamilton Anxiety Scale*. Pemeriksaan fisik juga penting untuk memastikan bahwa gejala tidak disebabkan oleh kondisi medis lain. Diagnosis gangguan kecemasan umum baru dapat dipastikan apabila keluhan telah berlangsung setidaknya enam bulan dan secara nyata mengganggu fungsi normal pengidapnya.

4.2 Gangguan Makan

Masih banyak orang yang keliru menganggap gangguan makan sebagai perilaku buruk yang disengaja atau sekadar masalah kebiasaan sehari-hari. Anggapan ini tidak hanya keliru,

tetapi juga berbahaya karena dapat menunda penanganan yang sangat dibutuhkan. Gangguan makan adalah kondisi kesehatan mental yang serius, sebuah penyakit kejiwaan yang kompleks, bukan pilihan atau gaya hidup. Gejala utamanya berakar pada pikiran dan emosi: distorsi citra tubuh, kecemasan berlebihan terhadap berat badan, serta dorongan kompulsif yang berkaitan dengan makanan. Karena sifatnya yang psikologis inilah gangguan makan diakui secara resmi dalam berbagai pedoman diagnostik kejiwaan dunia.

Para ahli dalam *Medical News Today (2025)*, mengklasifikasikan gangguan makan sebagai penyakit kejiwaan karena akar permasalahannya bersifat psikologis, melibatkan pola pikir yang terdistorsi tentang makanan, berat badan, dan citra tubuh, serta disertai tekanan emosional yang mendalam. Gejala gangguan makan bahkan diakui dan tercantum dalam manual diagnostik kejiwaan *American Psychiatric Association (APA) 2013*, seperti *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* dan *International Classification of Diseases (ICD-11)*.

Meskipun dapat menimpa siapa saja, kelompok remaja menjadi yang paling rentan. Sekitar 4% remaja dan dewasa muda berusia 13 hingga 18 tahun diketahui mengalami gangguan makan. Mereka yang berada pada rentang usia 13-17 tahun merupakan kelompok dengan prevalensi tertinggi. Pada masa ini, pengaruh teman sebaya dan tekanan media sosial sangat kuat, ditambah dengan keinginan untuk diterima dan memenuhi standar kecantikan yang kerap tidak realistis. Kondisi ini membuat banyak remaja terobsesi dengan diet dan bentuk tubuh hingga akhirnya jatuh ke dalam pola makan yang tidak sehat dan berbahaya.

Kesimpulannya, gangguan makan harus dipahami sebagai gangguan mental yang memerlukan penanganan profesional, bukan sekadar kebiasaan buruk yang bisa dihentikan begitu saja. Pemahaman yang benar adalah kunci agar pengidap mendapatkan dukungan dan pertolongan yang layak.

Diantara sekian banyak jenis gangguan makan, ada 3 (tiga) bentuk yang paling sering dijumpai dan menjadi perhatian utama dalam dunia kesehatan jiwa.

1. **Anoreksia nervosa**, sebuah kondisi di mana seseorang membatasi asupan makanan secara drastis karena ketakutan yang berlebihan terhadap kenaikan berat badan. Pikiran mereka terus terpusat pada makanan dan bentuk tubuh, meskipun berat badan mereka sudah jauh di bawah batas sehat. Gangguan ini paling sering muncul pada masa remaja dan lebih banyak dialami oleh perempuan. Sekitar 1,4% perempuan dan 0,2% laki-laki akan mengalaminya sepanjang hidup. Anoreksia nervosa bahkan tercatat sebagai gangguan kejiwaan dengan angka kematian tertinggi.
2. **Bulimia nervosa**, yang ditandai dengan siklus makan berlebihan yang tidak terkendali, diikuti oleh usaha keras untuk membuang kembali makanan yang telah dikonsumsi, baik dengan memuntahkannya secara paksa, menggunakan obat pencabar, berpuasa, maupun berolahraga secara berlebihan. Perilaku ini merupakan upaya kompensasi untuk mencegah kenaikan berat badan. Sekitar 1,9% perempuan dan 0,6% laki-laki diperkirakan mengalami bulimia nervosa.
3. **Binge eating disorder** atau gangguan makan berlebihan. Sama seperti bulimia, pengidapnya mengalami episode makan dalam jumlah besar dengan perasaan kehilangan kendali. Namun yang membedakan adalah tidak adanya perilaku kompensasi setelahnya. Mereka hanya makan berlebihan, lalu diliputi rasa bersalah dan tertekan. Dari ketiga jenis ini, binge eating disorder adalah yang paling umum ditemukan, dengan prevalensi mencapai 2,8% pada perempuan dan 1,0% pada laki-laki.

Penyebab gangguan makan tidak pernah sederhana dan tidak pernah tunggal. Kondisi ini lahir dari perpaduan rumit antara faktor-faktor yang berasal dari dalam diri individu maupun dari lingkungan sekitarnya, sebuah jalinan yang melibatkan unsur biologis, kejiwaan, dan sosial budaya.

Dari sisi keturunan dan tubuh, penelitian mengungkap bahwa gangguan makan memiliki kecenderungan untuk muncul dalam keluarga yang sama. Ketidakseimbangan zat kimia di otak, terutama serotonin dan dopamin, turut memicu kondisi ini. Pengidap anoreksia misalnya diketahui memiliki kadar serotonin

yang berbeda, yang diduga memungkinkan mereka menahan rasa lapar secara luar biasa. Gangguan pada hormon seperti estrogen dan progesteron pada perempuan juga dapat mendorong perilaku makan berlebihan.

Tekanan dari lingkungan sosial dan standar kecantikan yang tidak realistis menjadi pemicu yang sangat kuat, terutama pada remaja yang sedang berada dalam masa pencarian jati diri. Penelitian menunjukkan bahwa tekanan dari teman sebaya dan penggunaan media sosial seperti Instagram memiliki hubungan yang nyata dengan munculnya gangguan makan. Paparan terhadap unggahan di media sosial memicu ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh, yang kemudian meningkatkan risiko gangguan makan. Konten yang mempromosikan tubuh kurus dan diet ekstrem di TikTok dan Instagram semakin memperburuk kerentanan mental remaja.

Dari aspek psikologis, gangguan makan jarang berdiri sendiri. Kecemasan, depresi, dan *obsessif compulsive disorder* (OCD) adalah kondisi yang paling sering menyertai. Sifat perfeksionis, rasa percaya diri yang rendah, serta ketidakmampuan mengelola stres juga turut memperbesar risiko seseorang mengalami gangguan makan.

PEMICU GANGGUAN MAKAN

Gangguan makan adalah kondisi serius yang dampaknya jauh melampaui sekadar masalah pola makan. Bila tidak ditangani, konsekuensinya dapat merusak kehidupan pengidap secara menyeluruh, bahkan berakhir dengan kematian.

Dari seluruh gangguan kejiwaan yang ada, *anoreksia nervosa* tercatat sebagai yang paling mematikan. Risiko kematian pada pengidap gangguan makan lebih dari 9 (Sembilan) kali lipat dibandingkan populasi umum. Bunuh diri menyumbang sekitar seperlima dari seluruh kematian pada pengidap *anoreksia*, dan pada tahun pertama pasca-diagnosis, risiko bunuh diri melonjak hingga 14 kali lebih tinggi dari biasanya.

Pada remaja, kekurangan gizi yang berkepanjangan menghambat pertumbuhan fisik, mengganggu masa pubertas, dan memicu komplikasi seperti detak jantung rendah serta gangguan irama jantung. Otak yang kekurangan nutrisi tidak

dapat berkembang optimal, sehingga kemampuan berpikir dan mengelola emosi pun terganggu. Akibatnya, prestasi akademik menurun dan kualitas hidup secara keseluruhan merosot. Beban ini tidak hanya dirasakan oleh pengidap. Keluarga dan pengasuh juga menanggung tekanan finansial dan emosional yang luar biasa. Biaya pengobatan yang tinggi, ketidakpastian perjalanan penyakit, dan kurangnya pemahaman masyarakat membuat beban pengasuhan semakin berat. Lebih dari 60% pengasuh mengalami gejala depresi, dan hubungan dalam keluarga pun terganggu, terutama dalam hal komunikasi dan pembagian peran.

Meski demikian, **gangguan makan bisa dipulihkan** dengan intervensi yang tepat. Kuncinya adalah keberanian untuk mengakui masalah dan mencari pertolongan. Konsultasi dengan psikolog atau psikiater adalah langkah awal yang sangat dianjurkan. Bantuan juga tersedia melalui layanan psikologi kesehatan jiwa di Rumah Sakit masing-masing wilayah.

4.3 Keterkaitan Gangguan Kecemasan Dan Gangguan Makan

Dari berbagai teori yang ada, terdapat beberapa pendekatan teoretis yang paling erat kaitannya dengan hubungan antara gangguan kecemasan dan gangguan makan. Teori-teori tersebut didukung oleh bukti empiris yang kuat dan hingga kini menjadi landasan utama dalam praktik klinis. Berikut adalah pemaparannya secara lengkap.

4.3.1 Teori Kepekaan terhadap Kecemasan (*Anxiety Sensitivity*)

Teori ini berfokus pada konsep kepekaan terhadap kecemasan, dari Steven Reiss dan Richard J. McNally (1991) yang didefinisikan sebagai ketakutan seseorang terhadap sensasi-sensasi yang muncul dari kecemasan itu sendiri. Dengan kata lain, individu tidak hanya merasa cemas, tetapi juga takut akan konsekuensi dari kecemasan tersebut, seperti takut bahwa jantung yang berdebar akan menyebabkan serangan jantung, atau bahwa pikiran yang kacau akan berujung pada hilangnya

kendali mental. Konsep "takut akan ketakutan" (*fear of fear*) inilah yang menjadi jembatan kuat antara kecemasan dan gangguan makan.

Sebuah studi dari Maria Bazo Perez, et.al (2023) yang dipublikasikan dalam *Journal of Eating Disorders* menguji secara sistematis model kepekaan terhadap kecemasan ini. Hasilnya menunjukkan bahwa setelah mengendalikan faktor kecemasan umum (*generalized anxiety*), berbagai dimensi kepekaan terhadap kecemasan tetap memiliki hubungan yang signifikan dengan gejala gangguan makan. Secara lebih rinci sebagai berikut:

1. Kepekaan kognitif (ketakutan akan kehilangan kendali atas pikiran) justru dikaitkan dengan tingginya gejala gangguan makan, seperti dorongan untuk memuntahkan makanan setelah makan.
2. Kepekaan sosial (kekhawatiran bahwa orang lain akan menyadari kecemasan yang dirasakan) justru menunjukkan arah yang berlawanan, yaitu bersifat protektif atau mengurangi risiko gangguan makan.

Penelitian dari Rachel Smail-Crevier, et.al (2024) yang melibatkan pasangan anak kembar remaja dalam jumlah besar juga menegaskan bahwa faktor genetik dan lingkungan yang sama-sama tidak dibagikan (*non-shared environment*) berkontribusi terhadap hubungan antara kepekaan terhadap kecemasan dan gejala kognitif gangguan makan.

Pada tingkat klinis, studi dari Rylee Lusich, et.al (2025) terhadap 382 individu dengan gejala gangguan makan yang tinggi menemukan bahwa Kepekaan sosial berkaitan erat dengan ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh (*EPSI Body Dissatisfaction*), sementara kepekaan kognitif berkaitan erat dengan perilaku makan berlebihan (*binge eating*), tindakan memuntahkan makanan (*purging*), dan (*muscle building*)

4.3.2 Teori Lintas Diagnosis (*Transdiagnostic Theory*)

Pendekatan Lintas Diagnosis (Christopher G. Fairburn, 2003) memandang bahwa kecemasan dan gangguan makan tidak berdiri sebagai dua entitas penyakit yang terpisah, melainkan

berbagi kerentanan psikologis dasar yang sama. Faktor-faktor bersama tersebut meliputi:

1. Perfeksionisme yang maladaptif: menetapkan standar yang sangat tinggi dan menghukum diri sendiri secara berlebihan ketika standar tersebut tidak tercapai.
2. Penghindaran pengalaman (*experiential avoidance*): upaya terus-menerus untuk menghindari pikiran dan perasaan yang tidak nyaman, alih-alih menerimanya.
3. Kesulitan dalam regulasi emosi: ketidakmampuan untuk mengelola emosi negatif secara efektif dan adaptif.

Sebuah penelitian oleh María J. Triguero-López, et.al (2026) terhadap 705 remaja dan dewasa muda di Spanyol, membuktikan bahwa perfeksionisme maladaptif dan penghindaran pengalaman merupakan jalur lintas diagnosis yang signifikan, yang menghubungkan gejala gangguan makan dan kecemasan sosial. Model yang mencakup kedua proses ini memiliki tingkat kesesuaian dan daya jelajah yang jauh lebih baik dibandingkan model yang hanya mencakup satu proses atau bahkan mengabaikan keduanya sama sekali.

4.3.3 Konseptualisasi Berdasarkan Kerangka Gangguan Kecemasan

Para peneliti modern, Schaumberg, K, et.al (2021) mendorong agar gangguan makan dipahami dan diterapi dalam kerangka gangguan kecemasan. Inti dari teori ini adalah keyakinan bahwa:

1. Gangguan makan dan gangguan kecemasan memiliki risiko genetik yang tumpang tindih, defisit neurokognitif yang serupa, serta kesamaan dalam temperamen dan ciri kepribadian, seperti neurotisme dan kecenderungan menghindari bahaya (*harm avoidance*).
2. Perilaku maladaptif dalam gangguan makan, seperti pembatasan kalori secara ekstrem atau tindakan memuntahkan makanan, dapat dipandang sebagai perilaku penghindaran fungsional. Individu menggunakan kendali atas makanan dan berat badan sebagai cara untuk mengalihkan

perhatian dari atau menekan kecemasan yang mereka rasakan.

3. Terapi pemaparan (*exposure therapy*), yang selama ini menjadi terapi paling efektif untuk gangguan kecemasan, diyakini juga sangat potensial untuk diterapkan pada gangguan makan. Pasien diajak untuk secara bertahap menghadapi rasa takutnya, misalnya terhadap makanan tertentu atau terhadap kemungkinan kenaikan berat badan.

4.3.4 Model Hubungan Dua Arah (*Bidirectional Relationship*)

Hubungan antara kecemasan dan gangguan makan tidak bersifat satu arah, artinya tidak sesederhana "kecemasan menyebabkan gangguan makan" atau sebaliknya. Keduanya memiliki hubungan timbal balik yang dinamis, saling memperkuat dari waktu ke waktu.

Sebuah studi longitudinal dari Erin E. Reilly, et.al (2025) yang menggunakan pendekatan skor perubahan laten bivariat (*bivariate latent change score*) pada 548 pasien gangguan makan selama masa perawatan intensif dan masa tindak lanjut menemukan bahwa:

1. Tingkat kecemasan yang lebih tinggi pada satu titik waktu terbukti memprediksi penurunan gejala gangguan makan di masa mendatang (yang mungkin mencerminkan mekanisme kompensasi atau motivasi untuk berubah).
2. Peningkatan gejala gangguan makan pada satu titik waktu juga terbukti memprediksi penurunan tingkat pengurangan kecemasan di kemudian hari, yang berarti bahwa ketika gejala gangguan makan memburuk, proses pemulihan kecemasan justru terhambat.

Selain itu, penelitian dari Chen Dian, et al (2025) di Cina terhadap 244 pasien dengan diagnosis neurotik anoreksia dan bulimia sesuai kriteria DSM-5 menunjukkan bahwa **kecemasan berperan sebagai mediator** antara sifat impulsif dan gejala gangguan makan. Pada pasien anoreksia, peran mediator ini bersifat parsial (46,9%), sedangkan pada pasien bulimia, kecemasan berperan sebagai mediator penuh. Hal ini

menunjukkan bahwa sifat impulsif dapat memicu gejala gangguan makan melalui peningkatan kecemasan yang ditimbulkannya.

Angka Komorbiditas Kecemasan dan Gangguan Makan, dikutip oleh *National Eating Disorders Association* (NEDA) dari Godart, N. T., et.al (2002) antara keduanya sangat tinggi dan tidak bisa diabaikan. Sekitar 48% orang dewasa dengan anoreksia nervosa, 81% dengan bulimia nervosa, dan 65% dengan binge-eating disorder memiliki setidaknya satu gangguan kecemasan yang menyertai. Jenis gangguan kecemasan yang paling sering muncul bersama gangguan makan adalah Gangguan Kecemasan Umum, fobia sosial, dan gangguan panik.

Yang tak kalah penting, gangguan kecemasan pada umumnya muncul lebih dulu sebelum gangguan makan berkembang dan sering kali menetap bahkan setelah pemulihan dari gangguan makan tercapai. Pola temporal ini menunjukkan bahwa kecemasan bukan sekadar akibat dari gangguan makan, melainkan salah satu akar penyebab yang perlu ditangani secara simultan agar pemulihan dapat berlangsung tuntas dan berkelanjutan.

Model hubungan dua arah (*bidirectional relationship*) antara kecemasan dan gangguan makan tidak dapat diatribusikan pada satu tokoh atau tahun tertentu. Konsep ini merupakan kerangka teoritis yang berkembang dari berbagai penelitian longitudinal dan komorbiditas, bukan teori yang dicetuskan oleh seorang individu.

4.4 Mekanisme Psikologis: Infleksibilitas Sebagai Jembatan Antara Gangguan Kecemasan Dan Gangguan Makan

Apa yang sebenarnya terjadi di balik hubungan antara kecemasan dan gangguan makan? Sebuah konsep bernama infleksibilitas psikologis, atau ketidakmampuan seseorang untuk menerima pengalaman batin yang sulit dan tetap bertindak sesuai nilai-nilai hidupnya, ternyata memegang peran penting sebagai penghubung di antara keduanya.

Sebuah penelitian oleh Aleeza & Dini Rahma Bintari (2023) terhadap 141 perempuan dewasa muda di Indonesia membuktikan hal ini secara statistis. Infleksibilitas psikologis terbukti menjadi mediator yang signifikan antara *trait anxiety* (kecemasan sebagai sifat kepribadian) dan munculnya gejala gangguan makan. Artinya, kecemasan yang tinggi tidak serta-merta menyebabkan gangguan makan; melainkan, kecemasan terlebih dahulu mendorong seseorang menjadi kaku secara psikologis, sulit menerima pikiran dan emosi negatif, serta cenderung menghindari dari pengalaman batin yang tidak nyaman. Infleksibilitas psikologis adalah kondisi di mana seseorang terjebak dalam pikirannya sendiri, sehingga sulit untuk hadir di saat ini dan berperilaku sesuai dengan nilai-nilai yang diyakininya.

Menghadapi kecemasan yang tak tertahankan, individu yang secara psikologis kaku kemudian mencari pelarian. Perilaku makan yang tidak sehat, entah itu menahan lapar secara ekstrem, melahap makanan dalam jumlah besar, atau memuntahkannya kembali, menjadi “jalan pintas” untuk mengalihkan perhatian dari gejolak emosi yang tidak diinginkan. Pola inilah yang membuat kecemasan dan gangguan makan terhubung erat, bukan sebagai hubungan sebab-akibat yang sederhana, melainkan melalui proses psikologis yang berlapis.

Kabar baiknya, temuan ini membuka jalan bagi pendekatan pencegahan dan intervensi yang lebih efektif. Dengan menargetkan infleksibilitas psikologis sebagai titik intervensi, kita dapat memutus mata rantai yang menghubungkan kecemasan dengan gangguan makan.

Menurut Levin et al. (2014), Jika infleksibilitas psikologis menjadi jembatan yang menghubungkan kecemasan dengan gangguan makan, maka intervensi yang menargetkan peningkatan fleksibilitas psikologis dapat menjadi kunci pencegahan yang efektif.

Untuk meningkatkan fleksibilitas psikologis., menurut Hayes et al. (2006), salah satu pendekatan yang terbukti menjanjikan adalah *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, merupakan salah satu pendekatan yang secara khusus dirancang untuk meningkatkan fleksibilitas psikologis. Alih-alih melawan

atau menghindari pikiran dan perasaan sulit, ACT mengajarkan individu untuk menerima kehadirannya dan tetap bergerak menuju hal-hal yang benar-benar berarti dalam hidup mereka. Dengan cara ini, kecemasan tidak lagi harus “dibayar” dengan perilaku makan yang merusak.

Hubungan antara kecemasan dan gangguan makan ternyata memiliki lapisan yang lebih dalam dari sekadar angka komorbiditas yang tinggi. Di sinilah konsep *anxiety sensitivity* atau “ketakutan akan ketakutan” memegang peranan penting. Berbeda dengan kecemasan umum yang bersifat menyeluruh, *anxiety sensitivity* lebih merujuk pada bagaimana seseorang menafsirkan dan merespons sensasi fisik dan psikologis dari kecemasan itu sendiri.

Sebuah studi dari Maria Bazo Perez, et.al (2023) terhadap 795 mahasiswa mengungkapkan bahwa dimensi-dimensi dalam Anxiety Sensitivity Index-3 memiliki kaitan yang kuat dengan gejala gangguan makan, bahkan setelah faktor kecemasan umum dikendalikan. Yang menarik, dua dimensi *anxiety sensitivity* menunjukkan arah yang berlawanan. Kekhawatiran kognitif, ketakutan kehilangan kendali atas pikiran, justru mendorong munculnya gejala gangguan makan seperti keinginan untuk memuntahkan makanan. Sebaliknya, kekhawatiran sosial, kekhawatiran bahwa orang lain akan mengetahui kecemasan yang dirasakan, justru tampak bersifat melindungi dan mengurangi risiko gangguan makan. Dengan kata lain, tidak semua bentuk kecemasan berjalan searah menuju gangguan makan; ada jalur yang memperburuk dan ada pula yang justru menjadi benteng perlindungan.

Di sisi lain, fobia sosial atau gangguan kecemasan sosial tercatat sebagai jenis kecemasan yang paling umum menyertai gangguan makan. Menurut Swinbourne, J. (2012) Sekitar 42% pengidap anoreksia nervosa juga mengalami fobia sosial atau gangguan kecemasan sosial (*social anxiety disorder/SAD*). Rasa malu saat makan di depan orang lain, ketakutan dinilai buruk oleh orang sekitar, dan kecenderungan menghindari interaksi sosial, semua ini memperkuat siklus perilaku makan yang tidak sehat.

Sebuah penelitian dari Zhafirah Amany, dkk (2024) di Universitas Mataram bahkan menemukan mahasiswa kedokteran di sana menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara gejala gangguan makan dan kecemasan sosial, meskipun prevalensi kecenderungan gangguan makan cukup tinggi sekitar 16,2% .Temuan ini berbeda dengan narasi umum tentang komorbiditas keduanya, dan para peneliti menduga bahwa pada populasi mahasiswa kedokteran, faktor stres akademik mungkin lebih berperan daripada hubungan langsung antara kedua kondisi tersebut.

Memahami mekanisme psikologis yang lebih spesifik ini membuka jalan bagi intervensi yang lebih tepat sasaran, tidak hanya mengobati gejala, tetapi juga memahami akar psikologis yang menghubungkan kecemasan dengan gangguan makan.

4.5 Implikasi Dan Dampak : Mengapa Diagnosis Ganda Penting ?

Kesalahan yang sering terjadi adalah ketika seorang pasien datang dengan keluhan utama gangguan makan, maka perhatian klinisi terfokus sepenuhnya pada pola makan dan berat badan, sementara kecemasan yang mendasarinya diabaikan. Sebaliknya, ketika kecemasan menjadi fokus utama, perilaku makan yang terganggu sering kali dianggap sebagai "efek samping" yang akan ikut membaik dengan sendirinya. Padahal, keduanya adalah dua entitas yang memerlukan perhatian setara. Inilah mengapa asesmen komprehensif menjadi langkah yang tidak bisa ditawar. Setiap pasien yang datang dengan salah satu dari kedua kondisi ini, baik gangguan kecemasan maupun gangguan makan, wajib menjalani skrining untuk kondisi lainnya. Tanpa skrining yang menyeluruh, risiko diagnosis yang tidak lengkap sangat besar, dan hal ini pada gilirannya akan menghambat proses pemulihan.

Ketika seseorang didiagnosis dengan lebih dari satu gangguan kesehatan mental secara bersamaan, pertanyaan yang sering muncul adalah: apakah mengobati satu gangguan akan otomatis menyembuhkan gangguan lainnya? Jawabannya adalah tidak. Pemulihan dari satu gangguan, misalnya gangguan

kecemasan, tidak dengan sendirinya menjamin kesembuhan dari gangguan makan yang juga dialami. Kedua kondisi ini memiliki dinamika psikologis, pola pikir, dan mekanisme pemeliharaan yang berbeda, meskipun saling terkait erat. Oleh karena itu, penanganan yang hanya berfokus pada satu sisi saja akan meninggalkan celah yang berbahaya dan meningkatkan risiko kekambuhan di kemudian hari.

Sering kali muncul anggapan keliru bahwa jika seseorang berhasil pulih dari satu gangguan kesehatan mental, maka gangguan lainnya yang menyertai akan ikut sembuh dengan sendirinya. Kenyataannya, pemulihan dari gangguan kecemasan tidak otomatis menyembuhkan gangguan makan, dan sebaliknya. Kedua kondisi ini, meskipun saling terkait, memiliki akar psikologis, pola pikir, dan mekanisme pemertahanan diri yang berbeda. Menangani salah satu tanpa memperhatikan yang lain hanya akan menghasilkan pemulihan yang setengah-setengah dan rentan terhadap kekambuhan.

Karena itu, proses diagnosis yang menyeluruh menjadi sangat krusial. Setiap individu yang datang dengan gejala gangguan kecemasan maupun gangguan makan harus menjalani pemeriksaan untuk kedua kondisi secara bersamaan. Tanpa skrining yang komprehensif, risiko terjadinya diagnosis yang tidak lengkap sangat tinggi, yang pada akhirnya akan memperlambat atau bahkan menggagalkan upaya pemulihan.

Berbeda halnya dengan pendekatan yang terpisah, penanganan terintegrasi yang menggabungkan berbagai pendekatan terapi seperti *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*, *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, dan *Dialectical Behavior Therapy (DBT)* terbukti lebih efektif. **Ketiga pendekatan ini memungkinkan pasien untuk melihat gambaran besar: bagaimana kecemasan dan pola makan yang terganggu saling mempertahankan dalam sebuah siklus yang terus berputar.** Dengan pemahaman ini, pasien dapat mengembangkan keterampilan yang tidak hanya mengelola kecemasan, tetapi juga memperbaiki hubungan mereka dengan makanan secara bersamaan. Pada akhirnya, diagnosis ganda bukanlah sebuah hambatan, melainkan sebuah kejelasan. Dengan mengetahui bahwa kedua kondisi ini hadir

bersama, pasien dan tenaga kesehatan dapat merancang strategi yang lebih utuh dan terarah, sehingga pemulihan yang dicapai pun lebih kokoh dan berkelanjutan.

Pendekatan terintegrasi memungkinkan pasien untuk memahami bagaimana kecemasan dan perilaku makan saling mempertahankan, serta mengembangkan keterampilan koping yang bekerja untuk kedua kondisi secara bersamaan. Sebagai contoh, dalam CBT terpadu, pasien belajar mengidentifikasi distorsi kognitif yang sama, seperti pemikiran hitam-putih atau bencana, yang memicu baik kecemasan maupun perilaku makan maladaptif. Dalam ACT, pasien diajak menerima pikiran sulit tanpa harus melawannya, sekaligus berkomitmen pada tindakan yang selaras dengan nilai-nilai hidup, termasuk pola makan yang sehat dan berkelanjutan.

Intinya, diagnosis ganda bukanlah beban tambahan yang memberatkan, melainkan peta jalan yang lebih lengkap menuju pemulihan yang sesungguhnya. Dengan mengakui bahwa kecemasan dan gangguan makan adalah dua kondisi yang saling memengaruhi namun tetap memerlukan penanganan masing-masing, kita membuka pintu bagi pemulihan yang lebih tahan lama dan bermakna.

4.6 Kesimpulan

Hubungan antara gangguan kecemasan dan gangguan makan ternyata jauh lebih erat daripada yang selama ini dibayangkan. Kedua kondisi ini kerap muncul bersamaan dalam proporsi yang sangat signifikan, sehingga pendekatan penanganan yang hanya berfokus pada satu sisi saja tidak akan pernah cukup.

Gangguan kecemasan (*anxiety disorder*) adalah kondisi mental di mana perasaan cemas atau takut muncul secara berlebihan, terus-menerus, dan sulit dikendalikan, hingga akhirnya mengganggu aktivitas sehari-hari. DSM-5 dari *American Psychiatric Association* mengenali setidaknya 11 jenis gangguan kecemasan, di antaranya Gangguan Kecemasan Umum (GAD), Gangguan Panik, Fobia Sosial, Separation Anxiety, dan Selective Mutism.

Sementara itu, gangguan makan (*eating disorder*) adalah sekelompok kondisi kejiwaan yang melibatkan gangguan pada perilaku makan atau kebiasaan terkait makanan, yang pada akhirnya merusak kesehatan fisik maupun fungsi sosial dan psikologis seseorang.

American Psychiatric Association dalam DSM-5-TR mengkarakterisasikan gangguan makan dan pemberian makan sebagai "gangguan perilaku makan atau perilaku terkait makan yang terus-menerus, yang mengakibatkan perubahan konsumsi atau penyerapan makanan dan secara signifikan mengganggu kesehatan fisik atau fungsi psikososial".

Tiga jenis yang paling sering ditemukan adalah **Anoreksia Nervosa**, yang ditandai dengan pembatasan makan ekstrem karena ketakutan berlebihan terhadap kenaikan berat badan; **Bulimia Nervosa**, yang melibatkan siklus makan berlebihan diikuti upaya kompensasi seperti memuntahkan makanan; serta **Binge-Eating Disorder**, yang berupa episode makan berlebihan berulang tanpa perilaku kompensasi.

Data menunjukkan bahwa komorbiditas antara keduanya sangat tinggi. Menurut *National Eating Disorders Association* (NEDA) sekitar 48% penderita anoreksia nervosa, 81% penderita bulimia nervosa, dan 65% penderita binge-eating disorder juga mengalami setidaknya satu gangguan kecemasan. Gangguan Kecemasan Umum (GAD), fobia sosial, dan gangguan panik adalah tiga jenis kecemasan yang paling sering menyertai. Yang juga patut dicatat, gangguan kecemasan biasanya muncul lebih dahulu, bahkan sebelum gangguan makan berkembang, dan sering kali tetap bertahan meskipun gangguan makan sudah pulih. Fakta ini menegaskan bahwa kecemasan bukanlah sekadar gejala sampingan, melainkan akar masalah yang memerlukan perhatian serius dalam proses pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- ACUTE Center for Eating Disorders. The Relationship Between Eating Disorders & Anxiety. <https://www.acute.org/resources/relationship-between-eating-disorders-anxiety>
- Akramov, G.S. (2025). Typology of Anxiety-Phobic Disorders. Zenodo. <https://zenodo.org/records/14630606>
- Aleeza, A., & Bintari, D. R. (2023). Trait Anxiety and Eating Disorder Symptoms: Psychological Inflexibility as Mediator. *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*, 8(2), 117–147. Universitas Airlangga. <https://doi.org/10.20473/jpkm.v8i22023.117-147>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). DSM-5. American Psychiatric Publishing. Washington, DC
- Attia, E., Walsh, B.T., & Zimmerman, M. (2025). Gambaran Umum Gangguan Makan dan Gangguan Pemberian Makan. *MSD Manuals Versi Konsumen*. <https://www.msdmanuals.com/id/home/gangguan-kesehatan-mental/gangguan-makan-dan-gangguan-pemberian-makan/gambaran-umum-gangguan-makan-dan-gangguan-pemberian-makan>
- Barnhill, J. W. (2023). Specific phobias. *MSD Manuals (Consumer Version)*. <https://www.msdmanuals.com/home/mental-health-disorders/anxiety-and-stress-related-disorders/specific-phobias>
- Binus University Bekasi. (2025). Gangguan Makan pada Remaja: Bukan Sekedar Soal Penampilan. <https://beta.binus.ac.id/bekasi/2025/04/17/gangguan-makan-pada-remaja-bukan-sekedar-soal-penampilan/>
- Chen Dian, et.al (2025). Anxiety as mediator between impulsive traits and symptoms of eating disorders. *Chinese Mental Health Journal / Zhongguo Xinli Weisheng Zazhi*. Vol. 39, No. 8, hlm. 671–676
- Christopher G. Fairburn, et.al (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory

- and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. Elsevier. Vol. 41, No. 5, hlm. 509–528. DOI: [10.1016/s0005-7967(02)00088-8] ([https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8))
- Cureus. (2025). Prevalence and Characteristics of Eating Behavior Disorders Among Children and Adolescents. <https://anatomy.cureus.com>
- DOAJ. (2025). Determinan Risiko Terjadinya Gangguan Makan pada Remaja di SMAN 7 Tangerang Tahun 2025. <https://doaj.org/article/29138d5657bb4a77bc8042b2d43d5c86>
- DOAJ. (2024). Faktor Kontributor Gangguan Makan pada Remaja: Literature Review. <https://doaj.org/article/f4623b3cdb774359bb2b3eb633b6d380>
- Erin E. Reilly, et.al (2025). Exploring Reciprocal Associations Between Self-Reported Anxiety and Eating Disorder Symptoms Longitudinally: A Bivariate Latent Change Score Approach. *International Journal of Eating Disorders*. Wiley Vol. 58, hlm. 336–348. DOI: [10.1002/eat.24329] (<https://doi.org/10.1002/eat.24329>)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. Elsevier
- Hello Sehat. (2022). 4 Penyebab Gangguan Makan yang Perlu Anda Ketahui. <https://hellosehat.com/mental/gangguan-makan/penyebab-gangguan-makan/>
- InsideOut Institute. DSM-5-TR Diagnostic Criteria for Eating Disorders. <https://insideoutinstitute.org.au>
- Jawapos.com. (2025). Media Sosial dan Bahaya bagi Remaja: Pemicu Gangguan Makan yang Kian Mengkhawatirkan. <https://www.jawapos.com>
- Jiang, G., et al. (2025). Bidirectional associations between anxiety and eating disorder symptoms in adolescence: the moderating role of childhood household dysfunction. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 295. BMC (Springer Nature) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41291852/>

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Anoreksia Nervosa. Ayosehat Kemkes. <https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-non-penyakit/kelainan-mental/anoreksia-nervosa>
- Klikdokter. (2024). Gangguan Makan - Gejala, Penyebab, Pengobatan. <https://www.klikdokter.com/penyakit/masalah-makan/gangguan-makan>
- Kompas.com. (2020). Gangguan Makan: Penyebab dan Jenisnya. <https://health.kompas.com/read/2020/02/07/120500868/gangguan-makan--penyebab-dan-jenisnya>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. Elsevier. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3 (3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Maria Bazo Perez, Timothy B. Hayes, Leslie D. Frazier (2023). Beyond generalized anxiety: the association of anxiety sensitivity with disordered eating. *Journal of Eating Disorders*. Springer Science and Business Media LLC. DOI: [10.1186/s40337-023-00890-0] (<https://doi.org/10.1186/s40337-023-00890-0>)
- María J. Triguero-López, et.al (2026). Maladaptive perfectionism and experiential avoidance as transdiagnostic pathways between eating disorder and social anxiety symptoms in young adults. *Journal of Eating Disorders*. Springer Nature (BMC)
- Medical News Today. (2025). Eating disorders: Are they mental illnesses? <https://www.medicalnewstoday.com/medicalnewstoday>
- National Eating Disorders Association (NEDA) (2023). Eating Disorders and Anxiety Disorders. National Eating Disorders Association. URL : (<https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-and-anxiety-disorder/>)
- PubMed. (2024). Eating disorders: etiology, risk factors, and suggestions for prevention. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

- Rachel Smail-Crevier, et.al (2024). Common Genetic and Environmental Contributions to Anxiety Sensitivity, Anxiety, and Cognitive Symptoms of Eating Disorders in Adolescence. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. DOI: [10.1007/s10802-024-01273-y] (<https://doi.org/10.1007/s10802-024-01273-y>)
- Reilly, E. E., Brown, T. A., DeJesus, C. R., Kaye, W. H., & Wierenga, C. E. (2024). Exploring Reciprocal Associations Between Self-Reported Anxiety and Eating Disorder Symptoms Longitudinally: A Bivariate Latent Change Score Approach. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.24329>
- Rylee Lusich, (2025). Associations between the Anxiety Sensitivity Index-3 subscales and eating pathology. *Eating Disorder Journal*. DOI: [10.1080/10640266.2025.2471213] (<https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2471213>)
- Schaumberg, K. et.al 2021. Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research. *Clinical Psychology Review*. Elsevier. DOI: [10.1016/j.cpr.2020.101952] (<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952>)
- Sinaga, S.W., Yusniarita, & Palestin, B. (2023). Tekanan Teman Sebaya dan Intensitas Penggunaan Media Sosial Instagram terhadap Gangguan Makan pada Remaja di SMP Singkawang. *Quality: Jurnal Kesehatan*, 17(2), 140-148. <https://ejournal.poltekkesjakarta1.ac.id/index.php/adm/article/download/826/424>
- Swinbourne, J. et.al (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. SAGE Publications Vol. 46, No. 2, hlm. 118-131. DOI: [10.1177/0004867411432071] (<https://doi.org/10.1177/0004867411432071>)

World Health Organization . (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). WHO

Zhafirah Amany, et.al (2024). The Relationship Between Eating Disorder Behaviors and Social Anxiety Symptoms Among Students of Medicine and Health Sciences Faculty at University of Mataram. Jurnal Biologi Tropis. Universitas Mataram Vol. 24, No. 4, hlm. 437–443. DOI: [10.29303/jbt.v24i4.7671]
(<https://doi.org/10.29303/jbt.v24i4.7671>)

BAB 5

GANGGUAN SEKSUAL, IDENTITAS GENDER DAN PENYALAHGUNAAN ZAT

Gangguan seksual, gangguan identitas gender dan penyalahgunaan zat terdengar sangat familiar di media cetak maupun media elektronik. Pada zaman dulu, kita pernah mendengar bahwa secara awam gangguan seksual adalah ketika seseorang tidak berhasil untuk melakukan hubungan intim tanpa diketahui penyebabnya. Gangguan identitas gender secara awam adalah ketika seorang laki-laki berpenampilan seperti perempuan dan melakukan kegiatan yang dilakukan oleh para perempuan. Gangguan penyalahgunaan zat dikenal orang dengan sebutan “pemakai narkoba” dan pengetahuan tersebut hanya sebatas istilah saja tanpa mengetahui bentuk narkoba yang sesungguhnya. Orang awam mengenal narkoba sebagai obat terlarang atau estasi, tetapi ternyata jenis zat terlarang yang dikenal oleh masyarakat awam dengan narkoba memiliki banyak jenis.

Terjadinya Ketiga gangguan di atas, tentu saja ada penyebabnya. Luka hati, kasih sayang yang tak kunjung terpenuhi, harapan yang tidak sesuai dengan kenyataan, keluarga yang *broken* adalah beberapa dari sekian banyak hal yang dapat membuat seseorang mengalami suatu gangguan.

Kita semua mengetahui bahwa setiap manusia saling berinteraksi antara satu dengan lainnya. Sebagai makhluk normal manusia saling tertarik dengan mereka yang jenis kelamin berbeda,, begitu pula sebaliknya. Namun, sangatlah berbeda ketika ketertarikan itu menghilang dari hati dan pikirannya. Sosok yang tadinya dikagumi atau menjadi panutan dapat berganti menjadi sosok yang dibenci.

Ketika perasaan sayang berubah menjadi suatu kebencian, maka yang akan terjadi adalah keguncangan yang besar dalam diri seseorang yang dapat merubah perilaku, kebiasaan dan cara pandang dalam diri seorang manusia, bahkan sampai merubah identitas gender yang telah diperolehnya sejak lahir.

Berdasarkan pengamatan penulis selama praktek di poli psikologi, ketiga jenis gangguan ini muncul diawali dari permasalahan yang ada di dalam keluarga. Ketika sebuah keluarga penuh dengan konflik maka akan ada anggota keluarga yang tersakiti. Dalam hal ini keluarga tersebut mengalami kerentanan. Dalam konflik keluarga rentan, kadang terselip kekerasan yang dilakukan oleh orangtua kepada anak atau anggota keluarganya.

Selain itu, kurangnya kasih sayang yang diberikan oleh orangtua ketika masih kecil dapat menjadi penyebab kaburnya sosok orangtua dimata anak. Kekecewaan terhadap sikap orangtua dapat menimbulkan luka di hati, kemarahan anak bahkan dendam. Hal ini penyebab ketiga gangguan di atas.

5.1 Pengertian Gangguan Seksual

Pada dasarnya, semua manusia diciptakan berpasangan. Sesuai dengan kodratnya. Laki-laki tertarik dengan perempuan dan sebaliknya. Manusia juga diciptakan lengkap dengan alat reproduksi yang dimilikinya. Laki-laki dan perempuan diciptakan saling memiliki ketertarikan agar dapat memiliki keturunan untuk meneruskan peradaban manusia di muka bumi ini. Namun coba Anda bayangkan jika dua manusia yaitu antara laki-laki dan perempuan sudah tidak tertarik satu dengan yang lainnya mungkin kehidupan di dunia ini juga akan berubah dan mengalami banyak masalah.

Menurut PPDGJ III (dalam Maslim, 2019), Seseorang dikatakan mengalami gangguan seksual jika tidak dapat menjalani kehidupan seksualnya secara normal karena kesulitan dalam melakukan hubungan seksual. Artinya bahwa seseorang tidak dapat berperan dalam melakukan hubungan seksual seperti yang diharapkannya. Gangguan seksual yang terjadi dapat

ditandai dengan tidak ada minat (*interest*), tidak ada kenikmatan (*enjoyment*), gagal dalam respon seksual. Contoh respon seksual adalah gagal melakukan ereksi, tidak mampu dalam mengendalikan ereksi misalnya ejakulasi dini dan tidak dapat merasakan orgasme. Selain itu, bisanya gangguan seksual juga disertai dengan respon seksual yang bermasalah.

5.2 Jenis-Jenis Gangguan Seksual

Ada beberapa jenis gangguan seksual. Berikut ini adalah jenis-jenis gangguan seksual menurut PPDGJ-III, (dalam Maslim, 2019), yaitu:

1. Berkurangnya minat dan nafsu seksual.
Adalah suatu kondisi dimana seseorang merasa kurangnya minat dan nafsu seksual.
2. Kurang kenikmatan dalam hubungan seks.
Dalam berhubungan seksual adalah seseorang tidak dapat merasakan kenikmatan saat berhubungan seksual malah justru merasakan sakit saat berhubungan dengan pasangannya, Hal tersebut juga memicu penolakan seseorang terhadap pasangannya.
3. Kegagalan respon *genital*.
Kegagalan respon *genital* adalah tubuh seseorang tidak dapat memberikan respon seksual seperti yang diharapkan saat adanya rangsangan seksual.
4. *Disfungsi orgasme*.
Disfungsi orgasme adalah seseorang yang mengalami kesulitan untuk merasa puas. Jadi, seseorang yang mengalami gangguan ini sulit sekali merasakan kepuasan dalam berhubungan seksual dengan pasangannya.
5. *Ejakulasi dini*.
Ejakulasi dini adalah suatu kondisi pada laki-laki dimana ejakulasi datang lebih cepat.
6. *Vaginismus non-organik*
Vaginismus organik adalah suatu kondisi kejang otot di area vagina seseorang pada saat penetrasi tanpa adanya faktor medis.

7. *Disparunia non organic.*

Disparunia non organic adalah nyeri yang dirasakan oleh seseorang pada saat berhubungan seksual yang disebabkan oleh faktor fisik

8. Dorongan seksual yang berlebihan

Dorongan seksual yang berlebihan adalah kondisi seseorang mengalami dorongan seksual yang berlebihan dan sulit untuk dikendalikan.

5.3 Penyebab Gangguan Seksual

Menurut pengalaman penulis yang beberapa kali melakukan konseling kepada pasien yang mengalami gangguan seksual, Gangguan tersebut tidak muncul secara tiba-tiba. Gangguan seksual muncul dari faktor biologis, psikologis dan lingkungan. Contoh faktor penyebab biologis adalah seseorang yang sedang menderita suatu penyakit tertentu atau disebabkan karena faktor usia. Selain faktor biologis, gangguan seksual juga dapat disebabkan oleh faktor psikologis, antara lain: dikarenakan sedang mengalami masalah dengan pasangan atau konflik yang berkepanjangan dengan keluarga.

5.4 Penanganan Gangguan Seksual

Penanganan Gangguan seksual dapat dilakukan secara biologis dan psikologis. Ada banyak cara untuk mengatasi gangguan seksual. Berdasarkan pengalaman penulis dan *literature* yang penulis baca gangguan ini dapat diatasi antara lain: dengan melakukan terapi hormonal dan berkonsultasi dengan ahli Andrologi untuk laki-laki, ahli urologi untuk masalah gangguan fungsi seksual dan saluran kemih serta ahli obstetri dan ginekologi. *Cognitif Behavior Teraphy, forgiveness therapy*, terapi menulis dan lain-lain., sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi gangguan seksual dilakukan secara *holistik* dan tergantung pada penyebabnya.

Selain itu, menurut penelitian (Rokayah, dkk, 2020), terapi dalam penyalahgunaan zat juga dapat berupa *art therapy*. *Art therapy* yang digunakan adalah terapi melukis dan terapi musik.

5.5 Identitas Gender

5.5.1 Pengertian Identitas Gender

Identitas *gender* adalah identitas yang dimiliki oleh seseorang yang menunjukkan bahwa ia seorang laki-laki atau perempuan. Tentu saja identitas *gender* ini sudah dibawa ketika seseorang lahir ke dunia ini.

Meurut penelitian ditemukan bahwa peran orangtua pada masa kecil anak sangatlah penting, khususnya peran identitas gender. Perkembangan identitas gender yang kurang baik pada masa kecil meningkatkan resiko gangguan identitas gender di kemudian hari bagi anak, (Sholeha, 2023).

5.5.2 Gangguan Indentitas Gender

Gangguan identitas gender adalah seseorang yang memiliki jenis kelamin tertentu merasa bahwa dirinya bukanlah jenis kelamin tersebut atau dapat juga dikatan bahwa ia merasa tidak cocok dengan jenis kelamin yang dimilikinya saat ini dan kecendrungan dengan jenis kelamin yang sebaliknya. Orang dengan gangguan identitas gender ini memiliki keinginan untuk merubah jenis kelamainnya dan berperilaku sesuai dengan jenis kelamin yang diyakini seseorang paling cocok dengan dirinya.

Di dalam DSM 5 disebutkan bahwa gangguan identitas gender dikenal dengan *disphoria gender*. Diphoria gender ini adalah adanya ketidak sesuaian antara jenis kelamin yang ditetapkan ketika lahir dengan jenis kelamin yang diakuinya saat ini. Biasanya gejala ini berlangsung sekitar 6 bulan. Hal ini ditunjukkan dengan memiliki jenis kelamin yang berlawanan dengan jenis kelaminnya saat ini dan memiliki perasaan seperti jenis kelamin lain.

5.6 Penyalahgunaan Zat

5.6.1 Pengertian Gangguan Penyalahgunaan Zat

Gangguan penyalahgunaan zat adalah masalah terkait penggunaan zat, termasuk di dalamnya penggunaan obat-obatan terlarang dan penyalahgunaan obat yang diresepkan oleh dokter untuk keperluan dalam pengobatan medis, disalhgunakan oleh pengguna zat sehingga menimbulkan ketergantungan. Orang-

orang yang menyalahgunakan zat disebut juga dengan istilah “*pengguna*”. Gangguan penyalahgunaan zat dikenal dengan GPZ. Gangguan penyalahgunaan zat disebut juga dengan “*penyakit otak kronis*”. Hal ini dikarenakan yang diserang adalah bagian otak manusia sebagai akibat dari penggunaan zat yang tidak seharusnya dikonsumsi secara berlebihan.

5.6.2 Penyebab Penyalahgunaan Zat

Ada banyak faktor yang menyebabkan seseorang menjadi menyalahgunakan zat. Berdasarkan wawancara penulis, ada dua faktor yang mempengaruhinya, antara lain:

1. Faktor dalam diri

Berdasarkan wawancara penulis kepada para pengguna narkoba, faktor yang berasal dari dalam diri contohnya adalah masalah yang ada dalam diri seseorang. Masalah tersebut antara lain kemampuan dalam mengelola emosi yang kurang baik, memiliki karakteristik yang kurang terbuka, sehingga setiap masalah yang ada hanya dipendam sendiri, dan bahkan terdapat luka hati yang tidak dapat diatasinya sehingga penggunaan zat terlarang menjadi suatu cara untuk membuat seseorang merasa lebih baik.

Selain itu, menurut (Linus dan Hutaso, 2023) ada faktor lain dari dalam diri seseorang yang menyebabkan gangguan penyalahgunaan zat ini yaitu faktor genetika yang diwariskan oleh orangtuanya.

2. Faktor Luar Diri

Berdasarkan wawancara penulis dengan pengguna narkoba bahwa faktor luar yaitu berasal dari luar diri seseorang misalnya lingkungan. Contohnya adalah orang tua yang kurang memberikan perhatian dan kasih sayang kepada anak, pengaruh pergaulan yang terlalu bebas, ada konflik dengan teman, orang yang disayangi ataupun beban yang terlalu berat misalnya pekerjaan, sehingga membuat seseorang menjadi frustrasi atau pun merasa cemas. Berawal dari perasaan cemas atau frustrasi tersebut seseorang mencari cara agar merasa nyaman.

5.6.3 Tahapan Penyalahgunaan Zat

Seseorang yang mengalami gangguan penyalahgunaan zat tidak dapat disamakan antara satu dengan lainnya terkait intensitas penggunaannya. Tahapan penyalahgunaan zat yang dialami seseorang harus diasesmen oleh petugas terlatih. Asesmen dilakukan juga untuk menentukan apakah seseorang murni pengguna ataukah pengedar. Untuk menentukan tahapan penggunaannya. Ada 4 tingkat keparahan menurut (Kith dan Fith, 2023), adalah sebagai berikut:

1. Coba-coba

Pada tahap coba-coba ini biasanya pengguna mendapatkan secara gratis dari temannya. Pertama kali mencoba dan mulai mengenal.

2. Situasional

Tahapan situasional adalah seseorang menggunakan zat terlarang pada saat situasi tertentu saja.

3. Sering

Pada tahapan sering frekuensi pemakaian menjadi lebih sering dari pada tahapan sebelumnya, namun belum sampai setiap hari.

4. Kecanduan.

Pada tahap kecanduan, pengguna zat terlarang lebih sering memakainya bahkan setiap hari.

5.6.4 Klasifikasi Zat

Dalam istilah farmakologi obat adalah bahan kimia yang dapat mempengaruhi jaringan tubuh manusia. Obat juga dapat kita artikan sebagai bahan untuk bersenang-senang. Berikut ini adalah klasifikasi dari delapan zat yang sering disalahgunakan oleh pengguna narkoba, antara lain:

1. **STIMULAN**

Contoh dari jenis stimulan adalah kokain, amfetamin, metamfetamin, shabu-shabu ekstasi. Beberapa contoh zat tersebut sering digunakan di ranah medis. Amfetamin digunakan pada terapi-terapi untuk gangguan tidur, obesitas, dan ADHD.

Kokain dipakai untuk operasi bedah, meredakan rasa nyeri. Kokain bersifat anestetik. Metafetamin digunakan untuk terapi ADHD dan obesitas.

Stimulan menimbulkan perasaan *euphoria*, meningkatnya energi dan daya tahan, merasa bahagia dan bertenaga, lepasnya hambatan sosial, merasa mampu namun tidak realistis, meningkatkan sensasi penglihatan, pendengaran dan sentuhan. Dalam dosis rendah dapat meningkatkan gairah seksual, dan lain-lain. Efek dari ekstasi adalah merasakan kehangatan emosional yang terus meningkat, meningkatkan empati, penyimpangan persepsi waktu dan ada halusinasi visual.

2. DEPRESAN

Kategori depresan dalam gangguan penyalahgunaan zat meliputi *barbiturat* yang diekstrak menjadi *benzodiazepine*. *Barbiturat* biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan kecemasan, pelemas otot. Biasanya digunakan juga sebelum operasi untuk penenang. Ada banyak jenis *benzodiazepine* namun yang paling sering digunakan adalah *alprazolam*. Jenis obat ini jika diminum tubuh menjadi rileks, menurunkan kecemasan, merasa sejahtera, *euphoria* sedang.

Jika terjadi putus zat, *benzodiazepine* ini sangat berbahaya secara medis, karena jenis zat ini bertahan lama di dalam jaringan tubuh. Contoh dari gejala putus zat ini antara lain adalah: *tremor*, kedutan, mual dan muntah, cemas, mengantuk, jantung berdetak dengan cepat, tekanan darah meningkat, kram otot, gangguan tidur bahkan halusinasi dan kejang-kejang yang dapat berakibat fatal.

3. OPIOID

Opioid juga dikenal sebagai *heroin*, yang termasuk dalam kategori narkotika. Di dunia medis biasa digunakan untuk meredakan sakit. Penggunaan *opioid* yang berlebihan dapat menimbulkan *overdosis* bagi siapapun yang meminumnya. Efek dari *over dosis* lebih parah jika

penggunaan *opioid* dikombinasikan dengan zat dengan karakteristik depresan.

Ada beberapa hal yang menjadi efek dari *over dosis*, yaitu:

- a. Kulit dingin dan lembab,
- b. Otot-otot lemah
- c. Tekanan darah sangat rendah
- d. Jari tangan dan kuku biru
- e. Pupil membesar
- f. Dan lain-lain.

4. HALUSINOGEN

Menurut buku yang penulis baca, zat *halusinogen* tidak digunakan dalam ranah medis. Zat *halusinogen* mengandung zat psikoaktif. Jika kita meminum zat ini, maka terjadi perubahan persepsi ruang dan waktu, merasa gembira, hilangnya realitas, perubahan pola waktu, perasaan diri dan lain-lain.

Efek dari penggunaan yang berlebihan terhadap zat ini menimbulkan reaksi yang buruk seperti ada *halusinasi* yang menakutkan, kebingungan dan *disorientasi*, hilangnya kemampuan penalaran, menimbulkan gejala psikosis lebih awal, misalnya untuk seseorang yang memiliki kerentanan seperti *skizoprenia paranoid*.

5. ZAT PSIKOAKTIF

Zat lainnya yang biasa digunakan, yaitu dinamakan zat psikoaktif. Zat ini mempengaruhi SSP atau sistem syaraf pusat manusia, yaitu menimbulkan suasana perasaan yang baik, pikiran dan penilaian seseorang, persepsi terhadap suatu hal dan perubahan perilaku.

6. INHALANSIA

Zat yang termasuk *inhalansia* dapat dimasukkan dalam 4 kategori, yaitu:

- a. Pelarut *folatil* (mudah larut dalam suhu ruang)
- b. *Aerosol* yang berisi bahan pembakar dan pelarut
- c. Gas yaitu terdapat di rumah tangga

- d. *Nitrit* golongan dari inhalan yang digunakan sebagai penguat seks

Penggunaan *inhalan* secara medis hanya sedikit misalnya *nitrous oxide* digunakan dalam anestetik untuk terapi gigi. Jika menggunakan zat ini efek yang terjadi *euphoria*, mabuk, halusinasi. Tentu saja penggunaan zat ini memiliki konsekuensi yang berbahaya bagi penggunaanya misalnya kemampuan pendengaran akan hilang kerusakan sum-sum tulang, kerusakan otak, kerusakan liver dan ginjal, kerusakan *neuropathi perifer* bahkan dapat menimbulkan kematian.

7. MARIJUANA DAN HASIS

Zat ini mengandung *cannabis sativa*. Penggunaan medis kedua zat ini biasanya untuk membanu pengobatan mata. Selain itu, dapat mengurangi rasa mual pada pasien kemoterapi, meningkatkan nafsu makan pasien AIDS.

Jika menggunakan zat ini tubuh menjadi rileks, meningkatkan sugesti, nafsu makan, dan terjadi "*fenomena trailing*" yaitu melihat bayangan benda yang bergerak dan lain lain.

Penggunaan yang berlebihan pada zat ini menimbulkan beberapa hal yaitu: masalah pernafasan, menurunnya fungsi kognitif, tidak berkembang secara emosional, masalah daya ingat dan belajar, pada dosis tinggi dapat muncul gejala psikotik dan munculnya "*amotivasional syndrome*" yaitu kurang konsentrasi, tidak mau kerja kehilangan minat untuk beraktifitas sosial dan lainnya. Ketika seseorang putus menggunakan zat ini menjadi mudah marah, sulit tidur dan nafsu makan berkurang.

8. MIRA (KHAT)

Mira berasal dari tanaman yang mengandung zat kimiawi aktif yaitu *cathione* dan *cathine* yang dapat mengubah suasana perasaan seseorang. Jika digunakan memiliki efek *euphoria*, berenergi, bergairah dan lebih waspada. Apabila penggunaan dihentikan memberikan efek

seseorang menjadi kelelahan dan gemeteran selama beberapa hari.

5.6.5 Dampak Penyalahgunaan Zat

Dampak dari penyalahgunaan zat sangat buruk bagi tubuh. Seperti yang kita ketahui bahwa saat kita menggunakan zat terlarang maka yang terganggu adalah otak. Oleh karena itu, gangguan penyalahgunaan zat ini dinamakan “penyakit otak kronis”. Selain tidak baik bagi otak manusia, penyalahgunaan zat ini juga dapat menyebabkan seseorang terkena HIV AIDS. Hal ini disebabkan oleh pemakaian jarum suntik yang dilakukan secara bergantian dan seks bebas yang menyertai penggunaannya. Selain itu, penyalahgunaan zat dapat berdampak pada ekonomi karena menyebabkan kemelaratan dan tidak dapat mencapai yang dicita-citakan oleh seseorang. Selain itu, secara sosial juga menjadi terhambat dan ada kemungkinan dikucilkan oleh masyarakat, (Mustofa dan Satiningsih, 2023).

5.6.6 Terapi Penyalahgunaan Zat

Penyalahgunaan zat yang dialami seseorang dapat diatasi dengan beberapa metode, namun yang terpenting adalah kesiapan mental dari seorang pengguna untuk diterapi. Tentu saja dalam proses terapi yang dilakukan, tidak hanya kesiapan dari pengguna sendiri, namun juga harus didukung oleh anggota keluarganya.

Ada beberapa terapi yang biasa dilakukan kepada pengguna, antara lain: farmakoterapi, psikoedukasi, CBT, terapi sosial, keterampilan, terapi motivasional, *art therapy* dan lain-lain.

Farmakoterapi adalah terapi dengan menggunakan obat, (linus dan Hutaso, 2023). Psikoedukasi adalah salah satu terapi yang berupa pemberian pengetahuan kepada seseorang baik untuk mencegah ataupun dalam rangka mengobati gangguan penyalahgunaan zat. Contohnya adalah terkait bagaimana dampaknya terhadap tubuh dan masa depan dan kembali hidup normal seperti sedia kala sebelum menggunakan napza, (Mere, 2011).

CBT atau *Cognitif Behaviour terapi* adalah terapi kognitif yang dapat merubah perilaku dan kebiasaan seseorang, Terapi Sosial adalah terapi secara sosial agar siap untuk kembali ke masyarakat. Terapi motivasional adalah suatu terapi yang bertujuan menguatkan motivasi seseorang untuk tidak menggunakan zat (Mere, 2011). Selain itu, ada juga *Art Theraphy* yaitu melukis dan terapi music, (Rokayah, dkk, 2011)

DAFTAR PUSTAKA

- Linus, KSj & Hutaso, HBK. 2023.. *Penbyembuhan Dan Pencegahan Pada Kecaduan Narkoba Dan Zat Adiktif: Sebuah Tinjaun Pustaka*. Mahesa Jurnal Volume 3, 494-502. <https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/MAHESA/article/view/9273>
- Maslim Rusdi, DR. 2019. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa. Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III, DSM 5 dan ICD-10*. Jakarta; PT. Nuh Jaya.Sukardi. 2009. *Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Mere, Gories, Komjen Pol, dkk. 2011. *Terapi Gangguan Penggunaan Zat. Rawatan berkelanjutan Bagi Profesional Adiksi*. Yogyakarta: BNN
- Mere, Gories, Komjen Pol, dkk. 2011. *Fisiologi dan farmakologi Untuk Profesional Adiksi*. Yogyakarta: BNN
- Mustofaa, Aris, A dan Satiningsih. 2023. *Pengalaman Individu Yang Menggunakan Narkoba Sebagai Koping*. *Jurnal Penelitian Psikologi Vol.03, No.10* 216-231. https://www.google.com/search?q=jurnal+psikologi+da+mpak+penyalahgunaan+zat&sca_esv=2cf3e72a8cc0c0c9&rlz=1C1GCEJ_enID1038ID1038&sxsrf=ANbL
- Oetami, Aninta, dr, R.A. 204. *Buku Panduan. Pencegahan dan Penanggulangan penyalahgunaan Narkoba*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan DIY.
- Rokayah, Cucu, dkk. 2020. *Art Therapy Pada Klien Penyalahguna Napza*. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Volume 8, 461–468. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article>.
- Sugiharto, dkk (2021). *Pedoman Layanan dan Rujukan. Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak*. Jakarta : Kementrian Kesehatan
- Sholeha, F, Z & Baqi, S, A.. 2023. *Pengaruh Keberadaan Anggota Keluarga Terhadap Pembentukan Gender Anak Usia Dini*. *Wisdom: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, Volume 04, <https://www.google.com/search?q=JURNAL+PERAN+OR+ANGTUA+DALAM+GANGGUAN+IDENTITAS+GENDER>

BIODATA PENULIS



Fina Afriany, S. Psi, M. Psi., Psikolog
Muara Bungo, 11 Maret 1984
Institut Administrasi dan Kesehatan Muara Bungo -JAMBI

BIODATA PENULIS



Dian Mustika Maya, S.Psi., MA

Dosen Program Studi Bimbingan dan Konseling
Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan
Universitas Prof. Dr. Hazairin SH

Penulis lahir di Jember, Jawa Timur Indonesia pada tanggal 19 Januari 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Prof. Dr. Hazairin SH Bengkulu. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Psikologi di Universitas Muhammadiyah Malang dan melanjutkan S2 pada Jurusan yang sama Magister Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Penulis menekuni bidang Psikologi Perkembangan dan kesehatan mental. Mempelajari dan mengenali diri adalah langkah awal bagi kita untuk mengenali kondisi apakah saat ini kita sehat atau sakit secara fisik dan mental. Situasi patologis tidak muncul tiba-tiba sehingga penting bagi kita untuk mengenali gejalanya agar tidak membuat semakin parah. Oleh karena itu menjadi sehat adalah pilihan secara sadar untuk mengenali dan menjadi diri sendiri untuk terus berkarir hingga tiba di tangga aktualisasi diri.

BIODATA PENULIS



Natalia Sulistyo Veerman, M.Psi, Psikolog

Psikolog Klinis dan Praktisi Kesehatan mental, Dosen Psikologi

Natalia Sulistyo Veerman lahir di Surabaya pada tanggal 24 Desember 1984. Ia adalah seorang psikolog klinis dan praktisi kesehatan mental yang telah berkarya lebih dari 15 tahun, khususnya dalam bidang pendidikan, konseling, asesmen psikologi, dan psikoterapi. Ia dikenal karena dedikasinya dalam mendukung pertumbuhan dan kesejahteraan individu dari berbagai usia, mulai dari anak-anak hingga dewasa.

Natalia menempuh pendidikan psikologinya dengan memperoleh gelar Sarjana Psikologi (S.Psi.) dari Fakultas Psikologi Universitas Hang Tuah Surabaya, kemudian melanjutkan studi ke program Magister Profesi Psikologi (M.Psi.) di Universitas Airlangga Surabaya. Latar belakang akademis ini kemudian menjadi fondasi kuat dalam praktik psikologi profesionalnya.

Setelah menyelesaikan pendidikan, Natalia mengembangkan kariernya dengan mengambil beragam peran penting di bidang psikologi dan pendidikan. Ia pernah bekerja sebagai staf recruitment dan training, serta menjabat sebagai school counselor di sejumlah institusi pendidikan seperti Vita School dan Gloria School. Selain itu, ia juga berkontribusi sebagai dosen di beberapa universitas di Surabaya, termasuk Universitas Narotama dan Universitas 45 Surabaya, di mana ia mengajar mata kuliah terkait psikologi dan bimbingan konseling.

Dengan pengalaman profesional yang luas, Natalia kemudian turut mendirikan Conquera Psychology, sebuah lembaga konsultasi psikologi yang berfokus pada layanan kesehatan mental holistik dan pemberdayaan individu serta organisasi. Ia juga berpraktik sebagai psikolog klinis di Puskesmas Tanjungsari Surabaya, melayani asesmen psikologi, konseling, psikoterapi, serta berbagai layanan psikologi lainnya.

Di luar praktik klinis, Natalia aktif berbagi pengetahuan melalui seminar, webinar, serta konten edukatif di media sosial, terutama melalui akun Instagram @conquera_psikologi, yang menjadi salah satu cara ia menjangkau komunitas lebih luas untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental.

BIODATA PENULIS



Citra Dewi, S.Psi, M.Psi, Psikolog
Psikolog Klinis

Pendidikan Terakhir: S2 Magister Profesi Psikolog Klinis Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Penulis lahir di Tanjung Pandan Belitung tanggal 30 Maret 1984. Penulis adalah ASN sebagai Psikolog Klinis Ahli Muda di Puskesmas Gamping II, Sleman, Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Psikologi dan melanjutkan S2 pada Magister Profesi Psikologi Klinis di Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Yoessy Etna Werdini, S.Psi.,M.Si.,M.Psi.,Psikolog
Dosen Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan
Institut Kesehatan dan Bisnis Surabaya

Penulis lahir di Surabaya, Jawa Timur. Penulis adalah Dosen Tetap pada Program Studi S1- Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan, di Institut Kesehatan dan Bisnis Surabaya. Menyelesaikan pendidikan S1 Jurusan Psikologi, melanjutkan S2 pada Magister Profesi Psikolog dan Magister Pengembangan Sumber Daya Manusia di Universitas Airlangga (UNAIR) Surabaya. Sekarang sedang menyelesaikan Tugas Belajar Pendidikan Doktorat Pengembangan Sumber Daya Manusia di Universitas Airlangga Surabaya.

Penulis bukanlah ahli yang sempurna, melainkan seorang pembelajar yang ingin berbagi sedikit pengalaman dan pengetahuan. Semoga tulisan sederhana ini dapat bermanfaat, dan menjadi teman belajar bagi pembaca. Terima Kasih.