

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia saat ini masih menjadi pekerjaan rumah bagi kita semua terutama bagi kita yang berkecimpung di bidang kejiwaan seperti psikiater, psikolog dan juga tenaga kesehatan lainnya. Data Riset Kesehatan Dasar 2013 mencatat prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 1,7 per mil. Artinya, 1-2 orang dari 1.000 penduduk di Indonesia mengalami gangguan jiwa berat. Hal ini diperburuk dengan minimnya pelayanan dan fasilitas kesehatan jiwa di berbagai daerah Indonesia sehingga banyak penderita gangguan kesehatan mental yang belum tertangani dengan baik. Dikatakan oleh dr Eka Viora SpKJ Direktur Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan RI “Kesenjangan pengobatan gangguan jiwa di Indonesia mencapai lebih dari 90 persen. Artinya, kurang dari 10 persen penderita gangguan jiwa yang mendapatkan layanan terapi oleh petugas kesehatan. Kebanyakan justru berobat ke tenaga non-medis seperti dukun maupun kyai,” (Kurniawan, 2015).

Kondisi layanan kesehatan jiwa di tingkat primer Indonesia saat ini yang berada di bawah standar karena tidak diimbangi dengan kehadiran psikiater, psikolog, maupun perawat kesehatan jiwa serta fasilitas layanan kesehatan yang memadai sehingga tidak mengherankan apabila angka

kejadian gangguan kesehatan jiwa di Indonesia masih tinggi. Tidak hanya menghadapi permasalahan itu saja stigma dan diskriminasi masih terjadi di dalam proses penanganan gangguan jiwa di Indonesia seperti dilansir dalam situs resmi Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2010), Menteri Kesehatan RI di kala itu dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH merasa prihatin saat mendengar berbagai stigmatisasi dan diskriminasi yang masih sering dialami oleh anggota masyarakat yang dinilai berbeda dengan masyarakat pada umumnya, termasuk orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), antara lain dikeluarkan dari sekolah, diberhentikan dari pekerjaan, diceraikan oleh pasangan, hingga ditelantarkan oleh keluarga, bahkan dipasung, serta dirampas harta bendanya.

Hal-hal tersebut diduga kuat memberikan sumbangan ke arah sulitnya gangguan jiwa terdeteksi sedini mungkin padahal tentu saja lebih cepat simtom gangguan jiwa terdeteksi maka penanganannya jauh lebih mudah dibandingkan jika terdeteksi dalam keadaan kronis dan akut. Kondisi kesehatan jiwa yang tidak baik dapat mengurangi keberartian hidup seseorang dalam menjalankan fungsi pribadi dan fungsi sosial. Seseorang yang mengalami kesehatan mental yang buruk sering dikuasai dengan perasaan bersalah, kecemasan, ketidakproduktifan bahkan ia biasanya tidak mampu menangani krisis-krisis dengan baik dimana ketidakmampuannya ini akan mengurangi kepercayaan diri serta harga dirinya (Semiun, 2006, h.8). Kesehatan jiwa tidak akan pernah menjadi prioritas pembangunan kesehatan selama terstigma hanya berbicara tentang

kasus-kasus gangguan jiwa ekstrem, seperti gelandangan psikotik yang bertelanjang bulat di tepi jalan dan terabaikan oleh sistem. Gangguan jiwa tidak hanya mencakup psikotik, seperti skizofrenia, tapi juga kasus-kasus neurotik, seperti depresi, kecemasan serta *somatoform* (Yusuf, dalam Tempo 19 Oktober 2015). Gangguan *somatoform* adalah suatu kelompok gangguan yang ditandai oleh keluhan fisik atau simtom fisik yang tidak dapat dijelaskan secara organis atau tidak ditemukan kerusakan organ (Nevid,dkk, 2005, h. 215). Gangguan *somatoform* yang dimaksudkan disini tidak termasuk gangguan *factitious*. Gangguan *somatoform* terbagi menjadi empat tipe yaitu gangguan dismorfik, gangguan hipokondrik, gangguan somatisasi dan gangguan konversi, di mana dalam penelitian ini akan lebih dibahas mengenai gangguan konversi.

Gangguan konversi pada mulanya dikenal sebagai gangguan *hysteria*. Sejarah gangguan konversi tercatat pada tahun 1500-an SM dalam buku karangan Hippokrates yang berjudul *De Virginibus* dikatakan bahwa gangguan somatoform terbatas pada wanita. Hippokrates dan orang-orang Yunani pada umumnya beranggapan bahwa gangguan-gangguan tersebut diakibatkan karena rahim yang tidak terpuaskan secara seksual dan menganjurkan perkawinan sebagai perawatan untuk mengatasi gangguan tersebut (Semiun, 2006, h.374) kemudian pada tahun 1600-an dimana gangguan *hysteria* dihubungkan dengan penyakit rahim dan penjelasan metafisika seperti sihir dan kerasukan setan (Allin, dkk, 2005, h.206) individu yang menderita gangguan sering dianggap melakukan dosa dan

gangguan yang dialami adalah efek langsung dari dosa yang mereka lakukan sehingga pengusiran roh jahat menjadi usaha untuk mengeluarkan roh jahat dari tubuh mereka (Semiun, 2006, h.375).

Penjelasan psikologis dimulai sekitar tahun 1700-an dimana gangguan *hysteria* mulai diperkenalkan dan diklasifikasikan sebagai bagian dari melankolis oleh Robert Burton. Kemudian di masa yang sama, Thomas Sydenham juga menyatakan bahwa pria dan wanita bisa saja mengalami gangguan *hysteria*. Tahun 1900-an, Jean Martin Charcot mendeskripsikan mengenai "*hysteria major*" dan menghipnosis pasien untuk memfasilitasi pasien untuk menggambarkan gejala yang dirasakan. Tahun 1905, Freud dan Breuer mempublikasikan buku yang berjudul *Studies on Hysteria* dengan kasus fenomenalnya dengan seorang wanita yang bernama Anna' O. Studi mengenai gangguan konversi sangat kental dengan tradisi psikoanalisis di mana dikatakan bahwa gejala fisik yang dirasakan sebagai upaya untuk menyelamatkan, berkomunikasi, konflik psikis yang tidak disadari dan tak tertahankan kemudian mengkonversi dari gejala psikis menjadi gejala fisik (Allin, dkk, 2005, h.206).

Tahun 1980, dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edisi III* yang direvisi (DSM-III R) istilah *hysteria* dihilangkan untuk menghilangkan semua konotasi yang dihubungkan dengan *hysteria*, seperti ide bahwa *hysteria* disebabkan oleh konflik seksual (Semiun, 2006, h.375). Stone, dkk (2010, h.627) dalam artikel psikiatri memberikan penjelasan mengenai perkembangan gangguan konversi selanjutnya. DSM-

IV menggambarkan konversi sebagai suatu gejala seperti kelemahan, kejang atau gerakan abnormal yang tidak disebabkan oleh kondisi medis umum dan tidak juga berpura-pura namun dinilai terkait dengan faktor psikologis. Namun diagnosis gangguan konversi dianggap memiliki banyak kelemahan sehingga pada akhirnya gangguan konversi dalam DSM-5 disebut sebagai *functional neurological disorder* dan termasuk dalam salah satu gangguan disosiatif. Namun, pada penelitian ini, penulis masih menggambarkan gangguan konversi sebagai bagian dari gangguan *somatoform*.

Kasus gangguan konversi dilaporkan antara 11- 48 kasus per 100.000 jumlah populasi. Gangguan konversi dapat terjadi pada individu dari berbagai tingkat usia, ras, etnis dan juga berbagai latar belakang sosial. Beberapa studi melaporkan bahwa lebih banyak kasus terjadi pada wanita dibandingkan pria namun di beberapa studi yang lainnya melaporkan tidak ada perbedaan terkait jenis kelamin. Studi lainnya juga menemukan hubungan antara gangguan konversi dan sejarah kekerasan fisik dan seksual (Ness, 2007, h.31).

Penelitian yang dilakukan oleh Bass dkk (2001, h.11) menyatakan bahwa psikiatris menganggap gangguan *somatoform* sebagai 'low priority' dan para perencana kesehatan juga terkadang salah mengartikan diagnosis gejala ketidakmampuan dan kebutuhan sehingga menyebabkan pelayanan psikiatris menjadi terabaikan. Selain itu, gangguan konversi yang termasuk dalam gangguan *somatoform* menjadi sulit untuk ditangani karena biasanya

pasien merasa kesakitan secara fisik dan terkadang menolak untuk menerima pendapat bahwa tidak ditemukannya kerusakan atau sakit secara organ. Proses diagnosis gangguan konversi merupakan sebuah tantangan klinis dimana diperlukan runtunan cerita untuk menjelaskan onset, gejala dan stresor psikologis karena biasanya pasien dengan gangguan konversi tidak dapat menjelaskan faktor psikologis yang menjadi permasalahan. Hal ini juga menjelaskan mengapa pasien mengekspresikan permasalahan psikologis dalam bentuk gangguan fisik (Allin, dkk, 2005, h.207). Data yang dikumpulkan oleh Susana (2010, h.30) dari empat rumah sakit di Yogyakarta yaitu Panti Rapih, Panti Nugroho, Panti Rini dan Bethesda dari tahun 2001 sampai 2006 menunjukkan bahwa 62,4% dari 85 penderita depresi datang ke rumah sakit disebabkan oleh keluhan fisik yang dialaminya. Masih dari sumber yang sama, didapatkan fenomena bahwa adanya perbedaan antara masyarakat Barat dan non-Barat dalam hal ekspresi atau manifestasi depresi sebagai salah satu wujud dari distres. Selanjutnya (Susana, 2010, h.31) jika dibandingkan dengan masyarakat Barat, masyarakat non-Barat lebih mengekspresikan gejala fisik atau somatik dari distres yang dialami. Kecenderungan tingginya gejala somatik dari keadaan distres di masyarakat non-Barat dibandingkan Barat ini berkaitan dengan perbedaan orientasi budaya di antara kedua masyarakat tersebut.

Masyarakat non-Barat seperti di Indonesia akan merasa sulit untuk menyadari serta mengakui bahwa dirinya mengalami depresi atau

gangguan kecemasan serta cenderung merasa lebih “aman” jika mendapatkan dirinya mengalami gangguan secara fisik. Akibatnya hal ini membuat pasien menjadi “belanja dokter”, “belanja lab” dan tentu saja “belanja obat”. Ketika semua hal sudah dilakukan sedangkan *symptom* sakit secara fisik yang dirasakan oleh pasien tidak kunjung hilang maka akan menjadi pemicu stres. Stres yang terjadi terus-menerus akan memberikan dampak yang buruk pada kondisi individu dengan gangguan *somatoform* baik secara fisik, mental dan spiritual. Apalagi jika stres yang ada tidak dihadapi dengan perilaku koping yang adaptif. Hasil analisis kualitatif yang dilakukan oleh Tjipto Susana Fakultas Psikologi Universitas Sanata Dharma pada tahun 2010 menunjukkan bahwa ada perbedaan strategi koping antara individu yang mengalami gejala somatisasi dengan individu yang tidak mengalami gejala. Individu yang mengalami gejala somatisasi lebih cenderung mengembangkan perilaku koping yang tidak adaptif dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami gejala.

Kejadian ini terjadi juga pada subjek penelitian ini dimana peneliti mendapati seorang subjek pria berusia 39 tahun yang kurang lebih sudah mengalami gangguan *somatoform* tipe konversi selama kurang lebih tiga tahun. Subjek mengalami kesulitan dalam mendapatkan kejelasan mengenai apa yang sebenarnya diderita oleh subjek sehingga subjek melakukan “belanja dokter”, “belanja rumah sakit”, “belanja multivitamin”, “belanja lab” dan lain sebagainya. Subjek juga merasa bahwa gejala sakit fisik yang dialami subjek sangat dipengaruhi oleh

kondisi-kondisi tertentu (stresor) sehingga gejala fisik yang dialami bersifat fluktuatif. Jika subjek dapat mengatasi stresor yang dialami maka gejala sakit fisik yang dialami akan membaik namun sebaliknya jika subjek tidak dapat mengatasi stresor maka gejala sakit fisik yang dialami akan memburuk. Cara subjek dalam mengatasi kondisi stres disebut dengan koping stres. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk melihat psikodinamika koping pada individu dengan gangguan *somatoform* tipe konversi.

B. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk melihat psikodinamika koping yang dilakukan oleh individu yang mengalami gangguan *somatoform* tipe konversi.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu psikologi terutama dalam bidang psikologi klinis dan psikologi kesehatan mental secara spesifik mengenai *somatoform* tipe konversi dan psikodinamika koping.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai landasan atau tambahan pengetahuan bagi penelitian selanjutnya terutama bagi peneliti yang tertarik untuk meneliti lebih jauh mengenai *somatoform* khususnya tipe konversi dan psikodinamika

koping pada individu dengan gangguan *somatoform* tipe konversi. Manfaat praktis lainnya juga diharapkan agar subjek atau individu dengan gangguan *somatoform* tipe konversi dapat mengetahui dan mengembangkan jenis koping yang bersifat adaptif.

