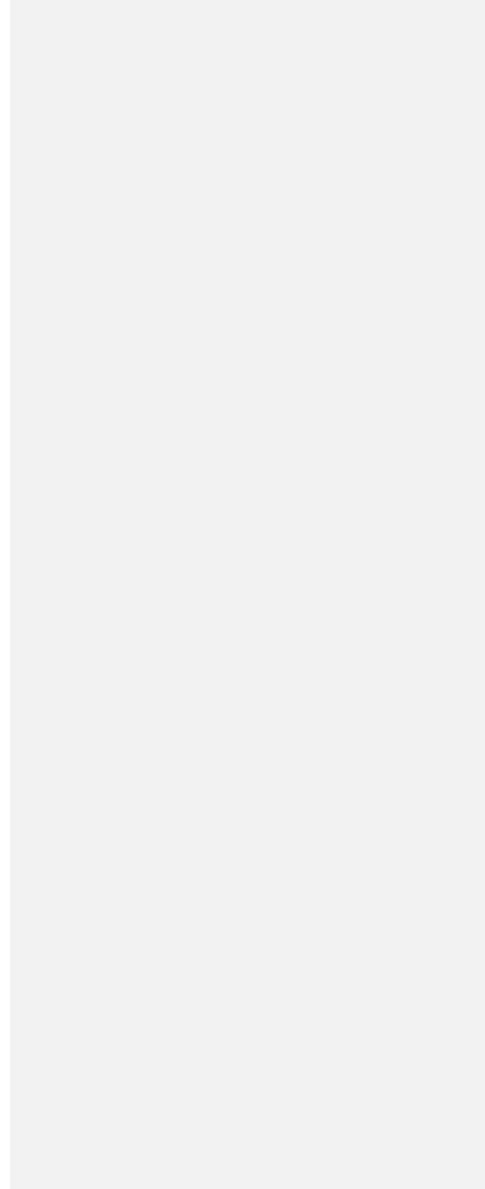


KESEHATAN MENTAL



Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang No. 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

KESEHATAN MENTAL

Dahlia
Marty Mawarpury
Zaujatul Amna

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

Judul Buku :

KESEHATAN MENTAL

Penulis :

Dahlia, S.Psi., M.Sc

Dr. Marty Mawarpury, M.Psi., Psikolog

Zaujatul Amna, S.Psi., M.Sc

ISBN :

Pracetak dan Produksi :

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

Penerbit :

Syiah Kuala University Press

Jl. Tgk Chik Pante Kulu No.1 Kopelma Darussalam 23111,

Kec. Syiah Kuala. Banda Aceh, Aceh

Telp : 0651 - 8012221

Email :

upt.percetakan@unsyiah.ac.id

unsyiahpress@unsyiah.ac.id

Website:

<http://www.unsyiahpress.unsyiah.ac.id>

Edisi :

Cetakan , Tahun

Jumlah Halaman (16 X 23)

Anggota IKAPI 018/DIA/2014

Anggota APPTI 005.101.1.09.2019

Dilarang keras memfotokopi atau memperbanyak sebagian atau seluruh buku ini tanpa seizin tertulis dari penerbit.

iii

KATA PENGANTAR

Dikomentari [u1]: Prakata dan diletakkan setelah daftar isi

Menulis tentang sebuah disiplin ilmu menjadi tantangan tersendiri, diantaranya bagaimana mengisi buku dengan ulasan dan bahasan dengan referensi terkini dan tentu sesuai dengan perkembangan zaman. Pentingnya penulisan buku ajar Kesehatan Mental karena beberapa hal yang mempengaruhi proses belajar mengajar. Mata kuliah ini bersifat wajib, yang dihasilkan dari penyusunan output (luaran) kompetensi yang diharapkan akan dimiliki oleh mahasiswa Prodi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala.

Buku ini mendeskripsikan tentang berbagai topik kesehatan mental dan relevansinya dengan persoalan-persoalan di masyarakat.

Tentu terdapat banyak kekurangan, namun demikian, mempublikasikannya merupakan langkah awal adanya pegangan bagi perkuliahan. Terima kasih kami ucapkan pada tim pengumpul referensi, bahan, dan penerbit yang bersedia mempublikasikan buku ini. Semoga bermanfaat.

Banda Aceh, Februari 2020

Tim Penulis

DAFTAR ISI

Dikomentari [u2]: Ukuran 20 pt

Prakata	iii
Daftar Isi	v

Dikomentari [u3]: Ukuran 8 pt

Dikomentari [u4]: Ukuran 8 pt

BAB 1. KONSEP DASAR KESEHATAN MENTAL

BAB 2. PERSPEKTIF KESEHATAN MENTAL DAN SAKIT MENTAL DALAM PANDANGAN BIOLOGIS, PSIKOLOGIS, DAN SOSIOLOGIS

BAB 3. PARADIGMA KESEHATAN MENTAL

BAB 4. SISTEM KESEHATAN MENTAL DALAM KONTEKS LINTAS BUDAYA

BAB 5. STRES

BAB 6. DUKUNGAN SOSIAL DAN KESEHATAN MENTAL

BAB 7. GENDER DAN KESEHATAN MENTAL

BAB 8. PERKAWINAN DAN KESEHATAN MENTAL

BAB 9. KESEHATAN MENTAL DAN TERORISME

BAB 10. RESILIENSI

BAB 11. MEMAHAMI KONTEKS DAN PROSES SOSIAL DALAM KESEHATAN MENTAL

BAB 12. LABEL DAN STIGMA

Dikomentari [u5]: Ukuran 8 pt

BAB 1

PENDAHULUAN

KONSEP DASAR KESEHATAN MENTAL

Tujuan Umum Pembelajaran

Pada akhir kuliah Bab ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep dasar kesehatan mental dan sejarahnya

Tujuan Khusus pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang sejarah, konsep dan perkembangan kesehatan mental.

Di masa lalu, para ilmuwan mendefinisikan kesehatan hanya sebagai "tidak adanya penyakit atau kelemahan". Namun, pada tahun 1948, ketika Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) didirikan, definisi kesehatan **berikut ini ditetapkan** yaitu "Keadaan lengkap dari fisik, mental dan sosial dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan" (WHO, 2001).

Dikomentari [u6]: ditetapkan sebagai berikut, yaitu....

Dikomentari [u7]: Teks asli WHO, 2001

Menurut WHO, kesehatan mental didefinisikan dengan beragam oleh para sarjana dari budaya yang berbeda. Konsep kesehatan mental antara lain termasuk kesejahteraan subjektif, *self-efficacy*, otonomi, kompetensi, ketergantungan antargenerasi, dan aktualisasi diri dari potensi intelektual dan emosional seseorang. Dari perspektif lintas budaya, hampir tidak mungkin untuk mendefinisikan kesehatan mental secara komprehensif. Namun secara umum disepakati, bahwa kesehatan mental lebih luas daripada kurangnya gangguan mental (WHO, 2001).

Dikomentari [u8]: Ditulis italic

Dikomentari [u9]: Di daftar Pustaka tidak ada

Konsep kesehatan bersifat multidimensi yang berkaitan dengan faktor sosial, psikologis, lingkungan dan budaya, dan tidak dapat dimaknai hanya sebagai ketiadaan gejala. Visser menyatakan bahwa, "... kesehatan dapat dilihat sebagai sarana untuk menjadi orang yang 'berfungsi penuh' (Rogers), 'mengaktualisasikan diri' (Maslow) atau 'banyak akal' (Rosenbaum) dan penyakit sebagai hambatan untuk pemenuhan tersebut." Du Toit (dalam Visser, ibid) merekomendasikan bahwa "kesehatan harus dilihat sebagai rangkaian kebugaran mulai dari kesehatan yang buruk hingga kesehatan fisik dan mental yang lengkap" (Wolpert, 2005).

Dikomentari [u10]: Di daftar Pustaka belum ada

1. PERKEMBANGAN SEJARAH KESEHATAN FISIK DAN MENTAL

Selama ribuan tahun orang bertanya-tanya apakah penyakit itu murni kondisi fisik dan apakah pikiran seseorang dapat berperan dalam menyebabkan sakit atau sehat. Kesehatan fisik dan mental secara historis dianggap saling berinteraksi dan saling mempengaruhi sementara di lain waktu kesehatan fisik dan mental dipandang sebagai entitas yang benar-benar terpisah.

Para filsuf Yunani kuno (500 SM – 300 SM) menciptakan gagasan paling awal tentang fisiologi, proses penyakit, dan pikiran.

a. HIPPOCRATES

Hippocrates yang sering disebut sebagai "bapak kedokteran" mengajukan teori humoral dalam menjelaskan mengapa seseorang sakit. Menurut teori tersebut, humors (cairan tubuh) yang tidak seimbang dalam tubuh merupakan penyebab terjadinya penyakit. Hippocrates merekomendasikan diet yang baik dan menghindari makan berlebihan untuk membantumencapai keseimbangan 'humoral'.

Dikomentari [u11]: ?

b. PLATO (427 SM - 347 SM)

Dikomentari [u12]: Lebih baik ke halaman berikutnya

Plato menafsirkan pikiran tidak memiliki hubungan dengan tubuh, dan ketidakseimbangan cairan tubuh lah yang membuat orang sakit.

c. GALEN (131 - 201 M).

Pada abad ke-2, seorang tabib terkenal, Galen menciptakan banyak inovasi. Galen percaya pada teori humoral dan perpecahan pikiran/ tubuh. Galen mulai membedah hewan dari spesies yang berbeda, membuat penemuan tentang otak dan sistem peredaran darah. Galen menjadi sadar bahwa penyakit itu terlokalisasi dengan patologi di bagian tubuh tertentu dan penyakit yang berbeda memiliki pengaruh yang berbeda. Ide Galen ini diterima secara luas pada masa itu.

d. ABAD PERTENGAHAN

Selama abad pertengahan, setelah runtuhnya Kekaisaran Romawi pada abad ke-5, pengaruh gereja dalam memperlambat perkembangan ilmu kedokteran besar sekali. Menurut dokumentasi dari sejarawan, gereja memandang manusia dan hewan sebagai pemilik jiwa suci dan seharusnya tidak dijadikan subjek penelitian ilmiah. Kondisi ini mengakibatkan terhambatnya perkembangan anatomi dan obat-obatan selama berabad-abad. Berdasarkan hal ini, gagasan orang tentang penyebab penyakit mulai diucapkan dengan nuansa religius. Penyakit dipandang sebagai hukuman Tuhan karena melakukan hal-hal yang jahat dan para pendeta terlibat dalam penyiksaan tubuh untuk mengusir roh jahat.

e. ABAD RENAISSANS

Selama abad ke-14 dan ke-15 (Renaissans), Eropa mengalami kelahiran kembali dalam bidang penelitian, budaya dan politik. Sarjana menjadi lebih "berpusat pada manusia" daripada "berpusat pada Tuhan" dan mencari kebenaran. Ide-ide ini membuat perubahan penting dalam filsafat setelah revolusi ilmiah dimulai.

f. RENE DESCARTES (1596 - 1650)

Pada abad ke-17, filsuf dan ahli matematika Prancis Rene Descartes memiliki pengaruh besar terhadap pemikiran ilmiah, lebih dari filsuf mana pun dalam sejarah. Descartes percaya akan bahwa pikiran dan tubuh adalah entitas yang terpisah. Dari sekian banyak inovasi yang dilakukan, Descartes mengemukakan dua gagasan penting:

1. Gagasan bahwa meskipun pikiran dan tubuh terpisah, tetapi pikiran dan tubuh dapat berkomunikasi melalui kelenjar pineal, organ di otak.
2. Hewan tidak memiliki jiwa sedangkan manusia memiliki jiwa yang kemudian jiwa tersebut akan meninggalkan tubuh saat kematian. Konsekuensi dari hal ini adalah bahwa pembedahan dapat diterima sebagai metode studi di bidang anatomi.

Dikomentari [u13]: hilangkan

2. KONSEP KESEHATAN MENTAL

Asal usul konsep kesehatan mental sering menjadi perdebatan. Beberapa referensi menunjukkan konsep kesehatan mental berasal dari perkembangan kesehatan masyarakat, psikiatri dan dalam cabang pengetahuan lainnya. Referensi tentang kesehatan mental sebagai suatu *state* (keadaan) tidak ditemukan sebelum tahun 1946. Meskipun referensi kesehatan mental sebagai *state* (keadaan) dapat ditemukan dalam bahasa Inggris jauh sebelum abad ke-20, referensi teknis kesehatan mental sebagai bidang atau disiplin tidak ditemukan sebelum 1946. Pada tahun 1946 Konferensi Kesehatan Internasional, yang diadakan di New York memutuskan untuk mendirikan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan mendirikan Asosiasi Kesehatan Mental di London.

Pada tahun 1948, WHO dibentuk secara resmi dan pada tahun yang sama Kongres Internasional pertama tentang Kesehatan Mental diadakan di London. Pada tahun 1950, Komite Ahli Kesehatan Mental WHO mendefinisikan *mental hygiene* mengacu pada semua aktivitas dan teknik

Dikomentari [u14]: sudah disebutkan di baris ke-4

yang mendorong dan memelihara kesehatan mental. Kesehatan mental adalah suatu kondisi, yang dapat berubah-ubah karena faktor biologis dan sosial, yang memungkinkan individu mencapai sintesis yang memuaskan dari dorongan naluriannya sendiri yang berpotensi menimbulkan konflik; untuk membentuk dan memelihara hubungan yang harmonis dengan orang lain; dan untuk berpartisipasi dalam perubahan konstruktif dalam lingkungan sosial dan fisiknya. Namun, definisi kesehatan mental yang jelas dan diterima secara luas sebagai suatu disiplin masih (dan) masih hilang.

Secara signifikan, Kamus Kedokteran Dorland tidak memuat entri tentang kesehatan mental, sedangkan Kamus Psikiatri Campbell memberikan dua arti: pertama, sebagai sinonim dari *mental hygiene* dan kedua sebagai keadaan kesejahteraan psikologis. Kamus Bahasa Inggris Oxford mendefinisikan *mental hygiene* sebagai serangkaian tindakan untuk menjaga kesehatan mental, dan kemudian mengacu pada kesehatan mental sebagai suatu keadaan. Meskipun definisi kesehatan mental berbeda-beda pengertiannya dari beberapa kamus, semakin banyak kesehatan mental yang digunakan dalam pengertian disiplin dengan penggantian yang hampir sempurna dari *mental hygiene*. Selain itu, mengingat kesehatan mental yang bersifat polisemik ini, batasannya dalam kaitannya dengan psikiatri tidak selalu jelas. Ada upaya yang kurang lebih meluas untuk mengesampingkan kesehatan mental setidaknya di samping psikiatri dan paling banyak sebagai konsep menyeluruh dengan mencakup psikiatri.

Dikomentari [u15]: polisemi

3. ASAL USUL KESEHATAN MENTAL

a. Gerakan *mental hygiene*

Asal mula gerakan *mental hygiene* dapat dikaitkan dengan karya Clifford Beers di Amerika Serikat. Pada tahun 1908 Beers menerbitkan buku yang berjudul *A mind that found yourself*, sebuah buku berdasarkan pengalaman pribadinya yang pernah dirawat di tiga rumah sakit jiwa. Buku itu berdampak besar terhadap gerakan *mental hygiene*

Dikomentari [u16]: penulisannya

dan pada tahun yang sama *Mental Hygiene Society* didirikan di Connecticut. Istilah *mental hygiene* yang dipromosikan oleh Clifford Beers dan Adolf Meyer cepat populer dengan dibentuknya National Commission of Mental Hygiene pada tahun 1909 dan mendorong terbentuknya beberapa asosiasi nasional di berbagai negara yang peduli terhadap kesehatan mental seperti di Perancis, Afrika Selatan, Italia dan Hongaria. Dari asosiasi nasional ini, International Committee on Mental Hygiene diciptakan dan kemudian digantikan oleh World Federation of Mental Health.

Gerakan *mental hygiene* yang asal-usulnya mencerminkan pengalaman Beers di rumah sakit jiwa pada dasarnya berkaitan dengan peningkatan perawatan orang dengan gangguan mental. Beers memberikan perhatian utamanya dalam memanusiasi perawatan orang-orang dengan gangguan mental, menghilangkan pelecehan, kebrutalan dan pengabaian terhadap orang-orang yang menderita gangguan mental.

Pada tahun 1937, The US National Committee for Mental Hygiene berusaha mencapai tujuannya dengan: a) mempromosikan diagnosis dan pengobatan dini; b) mengembangkan rawat inap yang memadai; c) melakukan penelitian; d) mengamankan pemahaman publik dan mendukung kegiatan kesehatan mental; e) menginstruksikan individu dan kelompok dalam penerapan pribadi prinsip-prinsip *mental hygiene*; dan f) bekerja sama dengan badan-badan pemerintah dan swasta yang relevan dengan bidang kesehatan mental. Dengan demikian, gerakan *mental hygiene* pada awalnya bersifat para-psikiatri, mengarahkan upayanya ke arah peningkatan perawatan psikiatri. Dimasukkannya kegiatan pencegahan di antara kepentingannya tidak membedakannya dari psikiatri, gerakan yang bertujuan untuk memaksimalkan apa yang diterima dan diusulkan oleh psikiater paling maju pada zaman itu di AS, yang sebagian besar mengikuti orientasi psikoanalisis. Gerakan *mental*

hygiene “divisualisasikan, bukan hanya pada satu pasien, tetapi pada seluruh komunitas; dan menganggap setiap anggota komunitas itu sebagai individu yang status mental dan emosionalnya ditentukan oleh faktor-faktor penyebab pasti dan kebutuhannya yang mendesak adalah untuk pencegahan daripada pengobatan.

b. Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*)

Sejak awal, WHO memiliki bagian administrasi yang khusus didedikasikan untuk kesehatan mental, sebagai jawaban atas permintaan dari negara-negara anggotanya. Laporan pertama dari Direktur Jenderal WHO dalam versi bahasa Inggrisnya, mengacu pada bagian administratif yang disebut “Kesehatan Mental”. Namun, versi Bahasa Perancis dari laporan yang sama menyebutnya “**Hygiène Mentale**”. Sampai tahun 1960-an dalam beberapa kasus *mental hygiene* digunakan secara bergantian dengan kesehatan mental dalam versi bahasa Inggris dari beberapa dokumen.

Dikomentari [u17]: italic

Dalam pembukaan Konstitusi WHO, disebutkan bahwa “kesehatan adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan”. Definisi ini sekarang banyak dikutip dalam penjelasan tentang kesehatan. Definisi ini jelas bersifat holistik dan pragmatis karena memasukkan dimensi sosial ke dalam kedokteran yang secara bertahap berkembang di Eropa selama abad ke-19.

c. **Kongres Internasional Kesehatan Mental**

Dikomentari [u18]: cara penulisannya

Kongres Internasional Pertama Kesehatan Mental diselenggarakan di London oleh Asosiasi Nasional Inggris untuk *mental hygiene* dari 16 hingga 21 Agustus 1948. Kongres tersebut dimulai sebagai Konferensi Internasional tentang *mental hygiene* diakhiri dengan serangkaian rekomendasi tentang kesehatan mental. Sepanjang prosiding konferensi,

hygiene dan *health*, kualifikasi mental, digunakan secara bergantian, terkadang dalam paragraf yang sama, tanpa perbedaan konseptual yang jelas. Namun, dalam 17 halaman rekomendasi konferensi, *hyegine* sangat jarang digunakan. Di akhir kongres, Internasional Committee on Mental Hyegine digantikan oleh World Federation for Mental Health.

Selain susunan kata yang digunakan dalam prosiding kongres tersebut, yang secara bertahap menggantikan *hyegiene* menjadi kesehatan, beberapa rekomendasinya juga berpengaruh di tingkat lain. Contohnya adalah rekomendasi kepada WHO untuk segera membentuk komite penasihat yang terdiri dari tenaga profesional di bidang kesehatan mental dan hubungan antar manusia. Dalam kongres tersebut dikemukakan konsep kesehatan mental oleh JC Flugel yang merupakan Ketua Komite Program bahwa kesehatan mental dianggap sebagai kondisi yang memungkinkan perkembangan optimal, baik secara fisik, intelektual dan emosional.

4. **PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL**

Setelah lebih dari 70 tahun gerakan kesehatan mental, dan lebih satu abad gerakan *mental hyegine*, beberapa perkembangan dapat dirasakan. Secara keseluruhan, kesehatan mental terus digunakan baik untuk menunjukkan keadaan, dimensi kesehatan - elemen penting dalam definisi kesehatan dan untuk merujuk pada gerakan yang berasal dari gerakan *mental hyegine* sesuai dengan penerapan psikiatri ke kelompok, komunitas dan masyarakat, bukan berdasarkan individu, seperti halnya dengan psikiatri. Namun, sayangnya, kesehatan mental masih dipandang oleh banyak orang sebagai disiplin ilmu, baik sebagai sinonim dari psikiatri, atau sebagai salah satu bidang pelengkap.

Dikomentari [u19]: cara penulisan/ spasi

5. **LATIHAN**

Dikomentari [u20]: cara penulisan

- a. Jelaskan kontribusi para filsuf Yunani Kuno tentang gagasan yang berkaitan dengan fisiologi, proses penyakit, dan pikiran.
- b. Jelaskan asal usul dari gerakan Kesehatan Mental
- c. Siapakah tokoh yang berjasa dalam gerakan Kesehatan Mental di Amerika Serikat? Jelaskan bagaimana kontribusi tokoh tersebut dalam gerakan kesehatan mental
- d. Jelaskan usaha-usaha yang ingin dicapai oleh The US National Committee for Mental Hygiene dalam mencapai tujuannya.
- e. Jelaskan bagaimana gerakan *Mental Hiegene* berubah menjadi *Mental Health* dalam Kongres Intenational Kesehatan Mental

BAB 2.

PERSPEKTIF KESEHATAN MENTAL DAN SAKIT MENTAL DALAM PANDANGAN BIOLOGIS, PSIKOLOGIS, DAN SOSIOLOGIS

Tujuan Umum Pembelajaran

Pada akhir kuliah Bab ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang perbedaan pendekatan dari ilmu sosiologi, psikologi dan psikiatri terhadap kesehatan mental.

Tujuan Khusus pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang perspektif kesehatan mental dan sakit mental dalam pandangan biologis, psikologis dan sosiologis

Konsep Kesehatan Mental dan Sakit Mental dibedakan dalam 3 terminologi yang berbeda, yaitu dari terminology biologis, psikologis dan sosiologis yang dicirikan oleh metafora yang mendasarinya. Pendekatan medis (biologis) memandang penyakit mental sebagai penyakit atau cacat fisik, otak atau tubuh. Pendekatan psikologis memandang penyakit mental sebagai kelainan dalam pikiran atau mental sedangkan pendekatan sosiologis memandang penyakit mental sebagai gangguan dalam

menghadapi tuntutan lingkungan yang luar biasa. Perbedaan utama antara perspektif biologis dan psikologis di satu sisi dan perspektif sosiologis di sisi lain adalah lokasi penyebab utama penyakit mental. Dari pendekatan biologis dan psikologis, penentu penyakit mental adalah internal (dalam tubuh, fisik atau dalam pikiran individu) sedangkan dari pendekatan sosiologis, penyebabnya penyakit mental adalah karena faktor eksternal (dalam lingkungan atau dalam situasi sosial individu).

1. TEORI GANGGUAN MENTAL

Dalam pendekatan sosial, ada tiga teori dominan tentang penyakit mental yaitu etiologi (studi tentang asal-usul atau penyebab suatu penyakit) : (1) *stress theory* (2) teori regangan struktural, dan (3) teori pelabelan.

a. *Stres Theory*

Hans Selye, seorang peneliti medis, memperkenalkan istilah stres ke dalam wacana ilmiah pada pertengahan tahun 1930-an. stres atau pemicu stres adalah apa pun yang dapat merusak pada tubuh, biasanya rangsangan lingkungan yang berbahaya. Karena Selye bereksperimen dengan hewan laboratorium, penyebab stres berarti kondisi seperti panas yang ekstrim atau kandang yang dingin dan penuh sesak, dan sengatan listrik yang berulang. Selye (1956) mengemukakan bahwa paparan yang lama atau berulang pada penyebab stres berbahaya pada akhirnya menghabiskan pertahanan fisik tubuh dan hewan laboratorium hampir tak terhindarkan mengalah pada penyakit atau infeksi ketika hal itu terjadi.

Pada tahun 1967, Thomas Holmes dan Richard Rahe mendefinisikan peristiwa hidup sebagai perubahan besar dalam kehidupan manusia yang membutuhkan penyesuaian kembali perilaku yang ekstensif. Holmes dan Rahe berhipotesis bahwa

Dikomentari [u21]: di daftar Pustaka belum ada

seseorang yang harus menyesuaikan kembali perilakunya berulang kali atau secara substansial dapat membebani kemampuannya untuk coping atau beradaptasi sehingga membuatnya lebih rentan terhadap penyakit fisik, cedera, atau bahkan kematian. Untuk menguji hipotesis ini, Holmes dan Rahe pertama-tama mempelajari rekam medis personel Angkatan Laut, merekam peristiwa kehidupan mereka dan mengabstraksi daftarperistiwa besar dalam hidup. Selanjutnya mereka meminta sekelompok orang untuk menilai (secara independen satu sama lain) berapa banyak penyesuaian kembali perilaku yang diperlukan setiap peristiwa dalam daftar mereka. Daftar pemeriksaan peristiwa kehidupan ini memberikan kemudahan bagi peneliti sosial untuk menilai apakah paparan stres sosial akan memiliki konsekuensi kesehatan bagi manusia. Hasil yang diperoleh menunjukkan semakin banyak peristiwa kehidupan yang dialami individu dalam suatu jangka waktu (sekitar 6 bulan atau satu tahun) akan semakin tinggi skor penyesuaiannya kembali, artinya semakin besar kemungkinan mereka akan mengalami cedera, penyakit, atau bahkan kematian.

Dikomentari [u22]: ?

b. *Structural strain theory*

Structural strain theory adalah istilah umum yang mencakup beberapa hal yang lebih spesifik terkait hipotesis sosiologis tentang etiologi penyakit mental. Berbeda dengan teori stres yang berfokus pada peristiwa dan ketegangan tertentu dalam kehidupan sosial masyarakat sebagai penyebab stress, *structural strain theory* menempatkan penyebab stress atau gangguan dalam organisasi yang lebih luas di masyarakat, di mana beberapa kelompok sosial yang kurang beruntung dibandingkan dengan kelompok yang lainnya.

c. *Labelling theory*

Dikomentari [u23]: Lebih baik ke halaman berikutnya

Labelling theory (kadang-kadang disebut *societal reaction theory*) menawarkan penjelasan sosiologis yang unik tentang penyebab penyakit mental. Teori itu telah berdampak intelektual yang sangat besar dan telah memainkan peran penting dalam gerakan melembagakan orang dengan gangguan mental.

Dikomentari [u24]: ini

Labelling theory didasarkan pada satu ide kunci yaitu orang yang dicap menyimpang dan diperlakukan sebagai menyimpang akan menjadi menyimpang. Penyimpangan mengacu pada pelanggaran norma atau pelanggaran aturan. Dalam kasus penyakit mental, gejala gangguan mental dipandang sebagai pelanggaran normatif, yaitu tentang bagaimana orang seharusnya berpikir, merasa, dan berperilaku.

Dikomentari [u25]: tidak boleh diawal kalimat

Labelling theory berasumsi bahwa setiap orang melanggar norma pada suatu waktu dalam hidupnya untuk salah satu dari sekian banyak alasan. Alasan melanggar normadapat mencakup penyebab biologis (misalnya kelelahan, kekurangan gizi, kelainan genetik, penyakit), penyebab psikologis (misalnya masa kanak-kanak yang tidak bahagia, kebutuhan akan perhatian, konflik internal, harga diri rendah), penyebab sosiologis (misalnya konflik peran, tekanan teman sebaya, paparan stresor), budaya penyebab (misalnya mengikuti norma subkultural yang berbeda dari yang dominan masyarakat), penyebab ekonomi (misalnya, kebutuhan akan uang, mencari prestise di mata orang lain), dan bahkan alasan lain-lain (misalnya, kecerobohan, kecelakaan, semata-mata ketidaktahuan tentang aturan). *Labelling theory* menganggap berbagai penyebab penyimpangan ini relatif tidak penting, yang penting adalah bagaimana kelompok sosial bereaksi terhadap penyimpangan yang dilakukan oleh individu. Inilah mengapa teori ini sering disebut *societal reaction theory* (teori reaksi masyarakat).

Dikomentari [u26]: ?

2. PENDEKATAN SOSIOLOGIS TERHADAP KESEHATAN MENTAL

Pendekatan sosiologis terhadap kesejahteraan psikologis pada dasarnya berbeda dengan pendekatan psikologis dan biologis yang memandang kualitas personal dan karakteristik otak. Pendekatan sosiologi memusatkan perhatian pada dampak sosial keadaan kesehatan mental dan penyakit. Penekanan khas dari pendekatan sosiologis adalah pada bagaimana proses seperti peristiwa kehidupan, kondisi sosial, peran sosial, struktur sosial, dan sistem budaya mempengaruhi keadaan pikiran.

Dikomentari [u27]: hilangkan

Perspektif sosial berasumsi bahwa individu yang berbeda dalam keadaan yang sama akan memiliki tingkat kesehatan dan penyakit mental yang sama. Artinya, apa yang menentukan bagaimana perasaan baik atau buruk seseorang tidak hanya bergantung pada kepribadian atau otak mereka sendiri tetapi juga pada jenis kondisi sosial yang mereka hadapi. Kondisi ini sangat bervariasi di berbagai kelompok sosial, masyarakat, dan era bersejarah.

3. PENGARUH SOSIAL TERHADAP KESEHATAN MENTAL

Beberapa pengaruh sosial yang penting melibatkan banyak peristiwa kehidupan yang membuat stres orang-orang yang mengahapinya (Holmes & Rahe, 1967). Contohnya perceraian, kehilangan pekerjaan, mengalami kecelakaan mobil yang serius, menerima diagnosa penyakit fisik yang serius, atau kematian kerabat dekat. Stresor yang serius seperti menjadi korban kejahatan atau kekerasan, bencana alam, pertempuran militer, pelecehan fisik atau seksual selama masa kanak-kanak merupakan penyebab kesehatan mental yang merugikan (Dohrenwend, 2000). Semakin sering kejadian

Dikomentari [u28]: di daftar Pustaka belum ada

seperti itu terjadi dan semakin serius kejadiannya, semakin buruk kesehatan mental seseorang.

Penyebab sosial lain dari kesehatan mental yang buruk terletak pada kehidupan yang terus-menerus berakar pada kondisi yang sedang terjadi misalnya orang yang hidup dalam kemiskinan, lingkungan yang tidak stabil, tingkat kejahatan, lingkungan perumahan yang buruk dan keluarga yang berantakan cenderung memiliki tingkat tekanan psikologis yang tinggi (Ross, 2000). Keadaan stres yang berlangsung lama lainnya adalah pernikahan yang bermasalah, kondisi kerja yang menindas, atau tekanan dari orang tua. Perspektif sosiologis memprediksi bahwa kondisi kehidupan, peran, dan hubungan terkait dengan tingkat kesejahteraan psikologis yang rendah dan melebihi kualitas individu tertentu yang harus menghadapi situasi ini. Banyak sosiolog mempelajari bagaimana kondisi sosial mempengaruhi tingkat kesehatan mental. Sebagian lainnya melihat reaksi sosial terhadap masalah kesehatan mental. Beberapa faktor itu mengarahkan orang untuk menanggapi kesulitan emosional dengan berbagai cara yang melibatkan karakteristik sosial seperti jenis kelamin, etnis, usia, dan pendidikan.

Pendekatan sosiologis berbagi gagasan bahwa kesehatan mental bukan hanya sekedar tentang kualitas hidup seseorang tetapi juga berasal dari berbagai aspek keadaan sosial. Orang-orang termasuk dalam kelompok sosial apa, periode sejarah dan masyarakat apa mereka hidup, dan nilai-nilai budaya apa yang mereka pegang secara mendalam membentuk perasaan orang tentang diri mereka sendiri, seberapa besar kemungkinan mereka menjadi sakit jiwa, jenis-jenis masalah mereka cenderung berkembang, apa yang mereka lakukan jika mereka mengembangkan kesulitan mental, dan jenis bantuan yang tersedia bagi mereka.

Dikomentari [u29]: Ross, C. E., & Huber, J. (1985). Hardship and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 26,312–327

4. LATIHAN

1. Jelaskan perbedaan pandangan biologis, psikologis dan sosiologis terhadap penyakit mental
2. Jelaskan 3 teori tentang gangguan mental
3. Jelaskan pendapat Selye terkait eksperimennya di laboratorium dengan sejumlah hewan
4. Jelaskan pandangan sosiologis tentang kesejahteraan psikologis
5. Jelaskan pandangan sosiologis tentang kesehatan mental yang buruk

BAB 3.

PARADIGMA KESEHATAN MENTAL

Tujuan Umum Pembelajaran

Pada akhir kuliah Bab ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang perbedaan pendekatan dari ilmu sosiologi, psikologi dan psikiatri terhadap kesehatan mental.

Tujuan Khusus pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang konsepsi kesehatan mental dalam beragam paradigma

1. KONSEPSI KESEHATAN MENTAL

Sepanjang sejarah manusia, konsepsi kesehatan telah berkembang dan dibagi atas tiga pendekatan yaitu *patogenic*, *salutogenic* dan *complete state model*. Pendekatan *pathogenic* merupakan pandangan yang dominan secara historis. *Patogenic* berasal dari Bahasa Yunani *pathos* yang memiliki arti penderitaan atau emosi yang membangkitkan simpati. Pendekatan *patogenic* memandang kesehatan sebagai tidak adanya kecacatan, penyakit, dan kematian dini. Pendekatan *salutogenic*, yang ditemukan dalam tulisan-tulisan Yunani dan Romawi awal dan dipopulerkan oleh Antonovsky (1979) dan sarjana humanistik (seperti Abraham Maslow). *Salutogenic* berasal dari kata *salus* dari kata Latin untuk kesehatan. Pendekatan *salutogenic* memandang kesehatan sebagai adanya keadaan positif dari kapasitas manusia dan

Dikomentari [u30]: italic

berfungsi dalam berpikir, merasakan, dan perilaku. Pendekatan ketiga adalah *complete state model* yang berasal dari kata kuno untuk kesehatan sebagai sehat, yang berarti utuh. Pendekatan ini dicontohkan dalam definisi Organisasi Kesehatan Dunia (1948) tentang kesehatan secara keseluruhan sebagai keadaan lengkap, terdiri dari keberadaan positif dari kapasitas dan fungsi manusia serta tidak adanya penyakit atau kelemahan. Pendekatan *complete state model* adalah satu-satunya paradigma yang dapat mencapai kesehatan mental penduduk yang sebenarnya. Pendekatan ini sejalan dengan definisi WHO (1948) yang mendefinisikan kesehatan mental sebagai bukan hanya ketiadaan psikopatologi tetapi juga adanya tingkat yang memadai dari kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial.

2. KESEHATAN MENTAL SEBAGAI “SESUATU YANG POSITIF”

Sampai saat ini, kesehatan mental sebagai sesuatu yang lebih dari sekedar ketiadaan psikopatologi tetap tidak terdefinisi, tidak terukur, dan oleh karena itu tidak dikenali pada tingkat pemerintah dan organisasi non pemerintah. Pada tahun 1999, Dr. David Satcher, memahami kesehatan mental sebagai "keadaan kinerja yang berhasil dari fungsi mental, menghasilkan aktivitas yang produktif, memenuhi hubungan dengan orang-orang, dan kemampuan untuk beradaptasi terhadap perubahan dan mengatasi kesulitan" (Surgeon General, 1999).

Dikomentari [u31]: di daftar Pustaka belum ada

Pada tahun 2004, WHO menerbitkan laporan pertama yang bersejarah tentang promosi kesehatan mental, konsep kesehatan mental bukan hanya sebagai ketidakhadiran penyakit mental tetapi juga sebagai adanya "keadaan kesejahteraan di mana individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan normal hidup, dapat bekerja secara produktif, serta mampu memberikan kontribusi terhadap komunitasnya" (WHO, 2004). Definisi ini menegaskan visi ilmiah perilaku dan sosial yang ada kesehatan mental tidak hanya sebagai tidak adanya penyakit mental tetapi juga sebagai adanya sesuatu yang positif (Gurin, Veroff, & Feld, 1960; Jahoda, 1958).

Dikomentari [u32]: di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u33]: di daftar Pustaka belum ada

3. KESEHATAN MENTAL SEBAGAI LEBIH DARI SEKEDAR TIDAK ADANYA SAKIT MENTAL

Beberapa ahli di Amerika melakukan suatu analisa faktor untuk menguji teori bahwa ukuran kesehatan mental dan penyakit mental memiliki dua kontinum laten. Tiga skala yang berfungsi sebagai indikator kesehatan mental digunakan yaitu skala kesejahteraan emosional, skala kesejahteraan psikologis dan skala kesejahteraan sosial yang dijumlahkan. Selanjutnya, model faktor tunggal dan model dua faktor - diuji. Model faktor tunggal berhipotesis bahwa ukuran kesehatan mental dan penyakit mental mencerminkan faktor laten tunggal, dukungan yang akan menunjukkan bahwa tidak adanya penyakit mental menyiratkan adanya kesehatan mental. Model dua faktor berhipotesis bahwa ukuran kesejahteraan subjektif mewakili faktor laten kesehatan mental yang berbeda dari, tetapi berkorelasi dengan, faktor laten penyakit mental yang diwakili oleh ukuran penyakit mental. Model dua faktor - atau model kontinu ganda mendukung pendekatan keadaan lengkap terhadap kesehatan mental, karena hal ini menyiratkan bahwa kesehatan mental lebih dari sekadar tidak adanya penyakit mental.

Dikomentari [u34]:

4. LATIHAN

1. Jelaskan pendekatan *patogenic* dalam memandang kesehatan
2. Jelaskan pendekatan *salutogenic* dalam memandang kesehatan
3. Jelaskan pendekatan *complete state model* dalam memandang kesehatan
4. Jelaskan definisi WHO tentang kesehatan mental
5. Jelaskan hipotesis dari model factor tunggal

BAB 4.

SISTEM KESEHATAN MENTAL DALAM KONTEKS LINTAS BUDAYA

Tujuan Umum Pembelajaran

Pada akhir kuliah Bab ini mahasiswa mampu menjelaskan **Menjelaskan** sistem kesehatan mental dari konteks lintas budaya

Dikomentari [u35]: hilangkan

Tujuan Khusus pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang **Mampu menjelaskan** perbedaan **system** kesehatan mental dalam konteks lintas budaya

Dikomentari [u36]: hilangkan

Dikomentari [u37]: sistem

Budaya adalah istilah yang luas dan dapat didefinisikan dalam berbagai cara, tergantung pada bidang studi dan perspektif orang yang menggunakan istilah tersebut. Budaya adalah konsep berlapis yang dipengaruhi oleh berbagai masalah seperti jenis kelamin, kelas, agama, bahasa, dan bangsa. Perspektif sosiologis menampilkan budaya sebagai seperangkat nilai yang dipegang oleh anggota kelompok tertentu dan mencakup norma-norma yang mereka ikuti dan material yang mereka ciptakan. **Dalam** bab ini, istilah budaya diartikan dalam konteks identitas etnis atau kumpulan multidimensi dari identitas kelompok yang menjadi tempat asal agama, bahasa, dan ras (sebagai konstruksi sosial) dan semuanya berkontribusi pada pandangan seseorang.

Dikomentari [u38]: tidak boleh diawal kalimat

1. KONSEP KESEHATAN MENTAL ANTAR BUDAYA

Keragaman budaya di seluruh dunia memiliki dampak yang signifikan pada banyak aspek kesehatan mental, mulai dari cara memandang kesehatan dan penyakit, perilaku pencarian kesehatan, sikap konsumen serta praktisi dan sistem kesehatan mental. Budaya mempengaruhi apa yang didefinisikan sebagai masalah, bagaimana masalah dipahami dan solusi mana yang dapat diterima (Hernandez, dkk, 2009).

Konsep kesehatan mental, perbedaan antara kesehatan mental dan penyakit mental, dan perbedaan antara penyakit mental dan fisik sangat bervariasi antar budaya. Konseptualisasi ini umumnya menentukan sifat sumber daya yang dikhususkan untuk layanan kesehatan mental. Hampir semua budaya di dunia, dari unit kesukuan hingga negara-bangsa, mengakui sistem medis dan kesehatan mental Barat yang diakui secara resmi.

Budaya secara garis besar memiliki 2 variasi, berorientasi individualistis versus sosiosentris atau kolektifis. Orientasi ini mempengaruhi sejauh mana individu menghargai otonomi pribadi dan merendahkan ketergantungan. Antropolog Francis Hsu (1972) mencirikan nilai inti Amerika sebagai ketakutan akan ketergantungan. Norma budaya dan struktur sosial yang mempromosikan nilai-nilai kemandirian versus saling ketergantungan dan yang merendahkan status ketergantungan memiliki relevansi khusus dengan konsep kesehatan mental dan pengobatan cacat mental dan fisik. Dalam budaya yang menghargai individualisme, kebutuhan seseorang akan dukungan dari orang lain dapat mengancam ego, menghasilkan konsep diri yang berkurang dan seringkali penolakan penyakit secara defensif.

Dalam mendefinisikan kesehatan mental, budaya memiliki tipe peran yang ideal, serta ekspektasi normatif yang dapat menghasilkan perasaan sejahtera pada individu yang sangat berbeda dalam kondisi yang sangat berbeda. Hal lain dianggap sama, norma budaya menentukan apakah ciri-ciri ketundukan atau ketegasan cenderung dikaitkan dengan perasaan sejahtera

Dikomentari [u39]: di daftar Pustaka belum ada

pada wanita. Pria yang sangat kompetitif mungkin dihormati di satu tempat dan dibenci di tempat lain. Mungkin ada ambang yang sangat berbeda untuk kesejahteraan fisik dalam ekonomi agraria dan industri, untuk orang yang terlibat dalam kerja manual dan kognitif, atau untuk budaya di mana somatisasi keadaan emosional adalah pola perilaku normatif (Kleinman & Good, 1985).

2. KONTEKS BUDAYA DALAM MENDEFINISIKAN PENYAKIT MENTAL

Ada banyak bukti empiris yang memungkinkan untuk melampaui perdebatan sebelumnya tentang validitas transkultural dari penyakit mental sebagai sebuah konstruksi (Gorenstein, 1984). Seperti yang telah dicatat oleh Horwitz (1982), setiap budaya mengenali bentuk perilaku menyimpang yang dinilai negatif yang dibedakan dari perilaku antisosial dengan ketidakpahaman mereka dalam idiom budaya itu.

Banyak teori dan praktik kesehatan mental, termasuk psikiatri dan psikologi muncul dari tradisi budaya Barat dan pemahaman Barat tentang kondisi manusia. Gagasan tentang dualisme Cartesian tentang tubuh dan pikiran, positivisme, dan reduksionisme telah menjadi pusat pengembangan sistem kesehatan mental seperti yang diterapkan secara luas saat ini. Sementara pemahaman yang relatif monokultural tentang kesehatan mental ini telah memberikan alat dan kerangka kerja konseptual yang kuat untuk mengurangi tekanan mental di banyak pengaturan, dan menjadi sangat bermasalah ketika diterapkan pada konteks budaya non-Barat tanpa mempertimbangkan kompleksitas lintas budaya. Pendekatan budaya Barat terhadap kesehatan cenderung didasarkan pada model yang berfokus pada pengalaman intrapsikis individu atau patologi individu, sementara tradisi lain mungkin lebih didasarkan pada proses komunitas atau keluarga.

Dikomentari [u40]: Horwitz, A. V., & White, H. (1991). Becoming married, depression, and alcohol problems among young adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 221–237.
Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. (1996). The use of multiple outcomes in stress research: A case study of gender differences in responses to marital dissolution. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 278–291.
Yang mana?

3. LATIHAN

- a. Jelaskan pengertian budaya
- b. Jelaskan pengertian budaya yang berorientasi individualis
- c. Jelaskan pengertian budaya yang berorientasi kolektifis
- d. Jelaskan peran budaya dalam kesehatan mental
- e. Jelaskan perbedaan pendekatan budaya barat dan budaya non-barat terhadap kesehatan mental

BAB 5.

STRESSOR, STRESS, AND DISTRESS

Dikomentari [u41]: STRESOR, STRES DAN DISTRES

Tujuan Umum Pembelajaran

Pada akhir kuliah Bab ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang perbedaan tentang penyebab stress, keadaan stress dan distress

Dikomentari [u42]: ?

Tujuan Khusus pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang mampu menjelaskan stressor, stress dan distress

Dikomentari [u43]: hilangkan

Dikomentari [u44]: ?

Istilah "stress" sering digunakan secara luas, baik dalam buku-buku populer, media maupun kehidupan sehari-hari. Stres merupakan hal yang normal, karena semua orang pernah mengalaminya pada suatu waktu, namun jika stres terus menerus dialami tanpa melakukan koping yang tepat, stress dapat menyebabkan masalah, tidak hanya secara psikis tetapi juga secara fisiologis. Stress muncul karena adanya stressor dari internal dan eksternal individu.

Dikomentari [u45]: stres

Dikomentari [u46]: ?

Dikomentari [u47]: ?

Dikomentari [u48]: stresor

1. STRESSOR

Dikomentari [u49]: ?

Stresor adalah kondisi ancaman, tantangan, tuntutan, atau kendala yang kehadiran atau keberadaannya mengancam individu. Definisi ini menyiratkan bahwa stres dapat terjadi dengan cara yang berbeda, dengan masing-masing masih mewakili suatu tipe tekanan lingkungan. Ancaman melibatkan kemungkinan akan potensi bahaya.

Stresor mengacu pada semua jenis kondisi yang dapat mengganggu kapasitas adaptasi individu. Ada banyak jenis peristiwa dan ketegangan yang menimbulkan stres, dan penyebab stres yang serius biasanya menimbulkan

stres tambahan — proses yang disebut sebagai "penyebaran stres". Dalam memberikan respons terhadap stres, individu menggunakan sumber daya koping, dukungan sosial, dan penguasaan untuk mengatasi **stressor**. Ketiga sumber daya ini semuanya telah diberi perhatian penelitian yang cukup besar, dan diperoleh hasil yang dapat menengahi efek stres. Hasil tersebut mengacu pada kesehatan dan kesejahteraan mental, atau pada tingkat penyakit dan gangguan mental.

Dikomentari [u50]: ?

2. STRES

Stress terjadi tidak lepas daripada peran variabel-variabel didalam diri individu seperti tipe perilaku, *locus of control* dan ketahanan. Pada variabel tipe perilaku, tipe kepribadian dan gaya perilaku seseorang berpengaruh terhadap kecenderungan **stress**. *Locus of control* adalah sejauhmana seseorang merasa dirinya mampu membuat perbedaan pada hal-hal disekitar dirinya dan juga dalam kehidupannya. Ketahanan menggambarkan sekumpulan sifat yang dapat melindungi seseorang dari pengaruh **stress**.

Dikomentari [u51]: ?

Dikomentari [u52]: ?

Stress dapat disebabkan oleh gangguan dalam sistem biologis dan sebaliknya stres juga dapat menyebabkan gangguan pada **system** biologis. Stres merupakan respon alami terhadap keadaan bahaya. Ketika seseorang berada dalam mode *fight or flight*, efek-efek yang terjadi sebagai berikut pada **system** biologis adalah perubahan detak jantung, tekanan darah meningkat, penebalan pembuluh darah di kulit, otot bersiap untuk bereaksi dengan meningkatkan aliran darah, kelenjar keringat bekerja lebih cepat, paru-paru menghirup lebih banyak udara, pupil mata membesar, salivasi dinonaktifkan untuk sementara, proses pencernaan diubah dan berubahnya aktivitas usus.

Dikomentari [u53]: ?

Dikomentari [u54]: ?

Dikomentari [u55]: sistem

Dikomentari [u56]: k kecil

Meskipun banyak orang menafsirkan stres sebagai hal yang negatif, **stress** juga dianggap oleh banyak ahli sebagai sesuatu hal yang netral atau tidak spesifik. Mereka menggambarkan stres sebagai internal (dari dalam diri kita) atau eksternal (seperti kebisingan dari lingkungan) dan stres tidak selalu merupakan hasil dari sesuatu yang tidak menyenangkan. Para ahli

Dikomentari [u57]: ?

Dikomentari [u58]: ?

memastikan bahwa sejumlah stres dalam hidup individu sebenarnya penting agar cukup terstimulasi untuk memenuhi tantangan kehidupan sehari-hari. Namun jika stres terus-menerus dan akut dan individu tidak menemukan cara yang sehat untuk mengatasinya, hal itu dapat menimbulkan konsekuensi yang berbahaya. Meskipun individu yang berbeda mungkin memiliki tingkat toleransi yang berbeda terhadap stres, stres kronis pada akhirnya akan melemahkan bahkan orang yang paling kuat sekalipun.

3. STRES DAN MANIFESTASI FISIOLOGISNYA

Stres memiliki konsekuensi fisiologis pada tubuh. Sejak pertengahan 1800-an, ahli fisiologi Prancis terkenal Claude Bernard telah berbicara tentang lingkungan dalam suatu organisme, yang menurutnya penting untuk memahami penyakit. Selanjutnya Walter Bradford Cannon mencetuskan bidang fisiologi stres dan lebih lanjut mengembangkan ide ini dalam konsep homeostasis, sebagai upaya organisme secara terus-menerus untuk mencapai keseimbangan internal dalam menanggapi perubahan eksternal.

Cannon adalah orang pertama yang menguraikan *fight – flight response*; respons adaptif internal tubuh terhadap bahaya. Mekanisme *fight – flight response* ini penting untuk kelangsungan hidup sehari-hari ketika manusia menghadapi stres fisik yang akut, seperti ancaman hewan liar. Pilihannya adalah apakah akan melawan atau lari. Namun, di zaman modern, manusia lebih sering dihadapkan pada tekanan psikologis dan sosial kronis jangka panjang, seperti pengangguran, kemiskinan, dan kejahatan. Oleh karena itu *fight – flight response* kurang bermanfaat.

Cannon menelusuri cara kerja stres di dalam ke sistem saraf otonom. Sistem saraf otonom mengontrol fungsi tubuh yang tidak disengaja dan memiliki dua komponen berbeda, yang beroperasi yaitu **Sistem Saraf Simpatis** dan **Sistem Saraf Parasimpatis**.

Ketika seseorang menjadi cemas atau bersemangat, sistem saraf simpatik bereaksi, dengan menyebabkan tubuh melepaskan hormon stres yang disebut katekolamin yang membangkitkan organ-organ kunci. Hormon ini termasuk epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin), yang bereaksi seketika. Perubahan fisiologis meliputi peningkatan detak jantung (takikardia), pernapasan lebih cepat (**hiperпноea**) dan peningkatan tekanan darah (hipertensi). Kognisi dipertajam, dan persepsi nyeri tumpul. Sementara itu, aktivitas yang tidak terlalu mendesak ditunda. Lambung dan usus kecil menjadi tidak aktif dan proses pertumbuhan atau reproduksi terhambat.

Dikomentari [u59]: *hiperпноea*

Aktivasi respons stres jangka panjang dapat merusak kesehatan dengan berbagai cara. Seiring waktu, perubahan kardiovaskular terkait meningkatkan tekanan darah tinggi (hipertensi), berkontribusi pada serangan jantung (infark miokard), stroke (kecelakaan pembuluh darah otak) dan pengerasan arteri (aterosklerosis). Ketegangan otot yang meningkat bahkan bisa mengakibatkan diare. Selain itu, ketika gula darah dimobilisasi alih-alih disimpan, jaringan sehat dapat mengalami atrofi dan kelelahan dapat terjadi. Ketika proses tubuh yang konstruktif ditunda; fungsi kekebalan tubuh, perbaikan jaringan, pertumbuhan dan kesuburan bisa berkurang. Penting juga untuk menyadari bahwa meskipun stres itu sendiri bukanlah penyakit, stres dapat memperburuk sejumlah kondisi fisik yang sudah serius.

Sistem saraf simpatis distabilkan oleh pasangannya - sistem parasimpatis. Dengan demikian, kedua sistem hidup berdampingan dan saling memediasi. Jika sistem saraf simpatis mengalihkan darah dari saluran pencernaan dan menuju otot, parasimpatis melakukan yang sebaliknya. Ketika sistem saraf simpatis mempercepat detak jantung, parasimpatis memperlambatnya. Selain itu, sistem saraf parasimpatis menurunkan tekanan darah dan laju pernapasan, meningkatkan penyimpanan energi, mendorong pertumbuhan, dan umumnya menginduksi relaksasi. Teknik manajemen stres seperti meditasi, **biofeedback**, dan hipnosis bertujuan untuk memperoleh keadaan parasimpatis positif ini.

Dikomentari [u60]: *italic*

Status parasimpatis mungkin tampak diinginkan untuk terus aktif, tetapi ini tidak benar. Sama seperti aktivitas berlebihan dari respons stres dapat menyebabkan penyakit, begitu juga aktivitas di bawah respons ini. Di antara gangguan yang mungkin terkait dengan penurunan abnormal pada respons stres adalah penyakit inflamasi, seperti rheumatoid arthritis; jenis depresi tertentu, seperti depresi musiman; sindrom kelelahan kronis dan di bawah aktivitas kelenjar tiroid (hipotiroidisme).

4. LATIHAN

- Jelaskan apa yang dimaksud dengan **stressor**
- Jelaskan apa yang dimaksud dengan **stress**
- Jelaskan konsep homeostatis yang dikemukakan oleh Cannon
- Jelaskan **stress** dan manifestasi biologisnya
- Jelaskan perbedaan antara **system** syaraf simpatis dan **system** syaraf parasimpatis

Dikomentari [u61]: ?

Dikomentari [u62]: ?

Dikomentari [u63]: ?

Dikomentari [u64]: ?

Dikomentari [u65]: ?

BAB 6.

DUKUNGAN SOSIAL DAN KESEHATAN MENTAL

Tujuan Umum Pembelajaran

Mahasiswa memahami dukungan sosial dan kaitannya dengan kesehatan mental

Dikomentari [u66]: ?

Tujuan Khusus Pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang dukungan sosial dan kesehatan mental

1. RUANG LINGKUP DUKUNGAN SOSIAL DAN KESEHATAN MENTAL

Setiap individu yang hidup bermasyarakat pasti memerlukan dukungan sosial dari orang-orang yang ada disekitarnya karena individu tidak akan bisa bertahan hidup tanpa menjalin hubungan dengan orang lain, tidak hanya dari segi hubungan secara sosial namun juga berperan penting dengan tingkat kesejahteraan psikologisnya dan juga berpengaruh terhadap kesehatan fisiknya.

Dukungan sosial merupakan aspek yang harus diperhatikan dan diperhitungkan bagi keberlangsungan kesehatan baik secara fisik maupun secara psikisnya, hal ini dikarenakan dukungan sosial digambarkan sebagai "penyangga" terhadap stressor yang dialami oleh individu serta merupakan faktor yang penting dalam mempromosikan kesehatan dan kesehatan psikis individu (Dollete, Steese, Phillips, & Matthews, 2004). Lingkungan yang baik

Dikomentari [u67]: ?

Dikomentari [u68]: ?

Dikomentari [u69]: ?

Dikomentari [u70]: Di daftar Pustaka belum ada

kana memberikan rasa nyaman yang membuat seseorang merasa dikasih sayangi dan dicintai, sehingga mampu membentuk suasana emosi yang baik, dan membuat orang tersebut bahagia selalu.

Dikomentari [u71]: akan

Dukungan sosial memiliki pengaruh besar pada perilaku individu lainnya, misalnya kebiasaan makan, olahraga, gaya hidup, dan sebagainya. Meskipun dikatakan bahwa kelompok sosial merupakan salah satu hal yang dibutuhkan dalam menunjang kesehatan mental individu, namun kelompok sosial terkadang juga dapat memberikan pengaruh negatif bagi individu lainnya, misalnya dalam suatu kelompok, terdapat salah satu anggota kelompok yang mengarah pada hal-hal yang buruk, misalnya gaya hidup maka anggota lainnya akan mengikuti.

Namun demikian, dukungan kelompok yang baik juga dapat membuat orang melakukan perilaku yang sehat. Misalnya ketika seseorang sedang mencoba menghentikan kebiasaan buruk, seperti merokok atau minum, maka kita akan menyadari betapa pentingnya memiliki *support system*. Jika hubungan sosial tidak mendukung tujuan kita, itu bisa menjadikan individu merasa kesulitan dalam mencapai tujuannya. Sebaliknya, jika teman dan keluarga menawarkan dukungan dan dorongan semangat, akan sangat mungkin akan lebih cepat mencapai tujuan yang diinginkannya. Walaupun begitu, *support system* bukanlah hubungan satu arah. Selain mengandalkan orang lain, orang dengan gangguan mental juga harus bisa berperan sebagai pendukung bagi banyak orang dalam kelompok *support system* yang dibangun.

Dikomentari [u72]: menjadikan

Banyak pakar kesehatan mental sering mewanti-wanti tentang pentingnya memiliki *support system* yang kuat. Ketika menghadapi suatu hal yang besar, kadang kala kita perlu bersandar pada teman dan keluarga untuk mendapatkan dukungan. Hal ini menjadikan bukti bahwa *kelompok sosial* memengaruhi setiap sendi ataupun aspek kehidupan sehari-hari individu, termasuk kesehatan mentalnya.

2. DUKUNGAN SOSIAL

Pada dasarnya kata "dukungan sosial" menggambarkan sumber seperti bantuan-bantuan dari individu, kelompok sosial seseorang, atau satu komunitas atau masyarakat terhadap individu lainnya. Secara harfiah, dukungan sosial berasal dari kata *social support*. *Social* (sosial) artinya adanya hubungan atau relasi yang terjalin **diantara** dua atau lebih individu (Chaplin, 1999). Sedangkan *support* (dukungan) yang artinya 1. Mengadakan atau menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. 2. Memberikan dorongan atau pengobaran semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuatan-keputusan (Chaplin, 1999).

Konsep dukungan sosial (*social support*) didefinisikan sebagai informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya, dimana dukungan sosial tersebut terdiri **terdiri** dari informasi atau nasehat verbal dan atau non-verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983). Dalam artian, bahwa individu yang merasa memperoleh dukungan sosial tersebut, secara emosional akan merasa lega karena individu merasa diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya dari individu lainnya. Yaitu orang-orang dapat mencakup kerabat, tetangga, rekan kerja, dan teman-teman dengan siapa individu berinteraksi dengannya.

Selain itu, juga terdapat beberapa definisi tentang dukungan sosial dari beberapa ahli lainnya, diantaranya Sarafino (2002) mendefinisikan dukungan sosial sebagai kenyamanan, perhatian, penghargaan ataupun bantuan yang diterima individu dari orang lain. Tersedianya orang-orang

Dikomentari [u73]: di daftar Pustaka tertulis tahun 2001

Dikomentari [u74]: tidak boleh diawal kalimat

Dikomentari [u75]: ?

Dikomentari [u76]: hilangkan

Dikomentari [u77]: di daftar Pustaka tertulis tahun 2008 dan 1990

yang dapat diandalkan, orang-orang yang menunjukkan kepedulian, menghargai, dan mencintai individu (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). Sebagai suatu informasi dan umpan balik dari orang lain serta adanya individu yang menunjukkan seseorang dicintai, diperhatikan, dihargai, dihormati, serta dilibatkan dalam jaringan komunikasi (King, 2010). Sebagai proses komunikasi antar individu yaitu komunikasi verbal dan nonverbal yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan coping individu, kompetensi, rasa memiliki atau harga diri (Mattson dan Hall, 2011). Dukungan sosial sebagai informasi yang membuat seseorang meyakini bahwa ia dipedulikan, disayangi, dihargai dan termasuk anggota suatu jaringan yang memiliki beberapa kewajiban timbal balik (Cobb, 1976).

Dikomentari [u78]: di daftar Pustaka tertulis tahun 2012

2.1. Komponen Dukungan Sosial

Sarason, Levine, Basham, dan Sarason (1983), dua elemen dasar dukungan sosial yaitu:

- a) *Perceived availability*. Dimana elemen ini berkaitan dengan persepsi individu akan adanya sejumlah orang yang dapat diandalkan sebagai pemberi dukungan ketika dibutuhkan. Pendekatan ini berdasarkan jumlah sumber dukungan yang tersedia atau dukungan sosial yang bersifat kuantitas.
- b) *Satisfaction with the available support*. Diman elemen ini berkaitan dengan tingkat ataupun derajat kepuasan individu terhadap dukungan yang dapat diterimanya. Pendekatannya 19 berdasarkan ekspresi kepuasan individu terhadap dukungan sosial yang dirasakannya atau disebut dengan dukungan sosial yang bersifat kualitas.

Disisi lain, secara khusus Cohen, Mermelstein, Kamarck dan Hoberman (1985) merumuskan empat komponen dasar dukungan

sosial yang berpengaruh terhadap respon individu pada kondisi yang menekan, yaitu:

- a) Dukungan Praktis (*tangible support*), atau bantuan-bantuan yang bersifat pelayanan seperti membantu dalam melakukan kegiatan sehari-hari maupun bantuan secara finansial.
- b) Dukungan Informasi (*appraisal support*), atau suatu bentuk bantuan yang membantu individu dalam memahami kejadian yang menekan dengan lebih baik serta memberikan pilihan strategi coping yang harus dilakukan guna menghadapi kejadian tersebut.
- c) Dukungan Harga Diri (*self-esteem*), atau suatu bentuk bantuan dimana individu merasakan adanya perasaan positif akan dirinya bila dibandingkan keadaan yang dimiliki dengan orang lain, yang membuat individu merasa sejajar dengan orang lain seusianya.
- d) Dukungan *Belonging*, atau suatu bentuk bantuan dimana individu tahu bahwa ada orang lain yang dapat diandalkan ketika ia ingin melakukan suatu kegiatan bersama.

b. Bentuk-bentuk Dukungan Sosial

Cohen, Mermelstein, Kamarck, dan Hoberman (1985) juga merumuskan bentuk-bentuk dukungan sosial, yang diterima oleh individu, yaitu:

- a. Dukungan emosi, yaitu suatu bentuk dukungan yang diekspresikan melalui perasaan positif yang berwujud empati, perhatian dan kepedulian terhadap individu lain.
- b. Dukungan Penghargaan, adalah suatu bentuk dukungan yang diekspresikan melalui penghargaan dan tanpa syarat atau apa adanya. Bentuk dukungan sosial seperti ini dapat menimbulkan perasaan berharga dan kompeten.

- c. Dukungan instrumental, merupakan dukungan sosial yang diwujudkan dalam bentuk langsung. Misalnya seperti memberi uang.
- d. Dukungan informasi, adalah suatu dukungan yang diungkapkan dalam bentuk pemberian nasehat atau saran.
- e. Integritas sosial, yaitu bentuk hubungan yang diperoleh melalui keterlibatan dalam suatu aktivitas kelompok yang diminati oleh individu yang bersangkutan.

Aspek penting lainnya dari dukungan sosial ialah *perceived support*, yaitu persepsi mengenai dukungan yang diterima. *Perceived support* tidak berhubungan dengan *enacted support* atau dukungan yang diberikan secara aktual oleh sang pemberi dukungan (Cutrona, 1990). Artinya, meskipun seseorang merasa telah memberi dukungan, belum tentu si penerima merasa didukung. Faktor yang mempengaruhi *perceived support* antara lain ialah atribusi mengenai perilaku pasangan (atribusi: pikiran mengenai alasan perilaku tersebut, apakah perilaku tersebut dilakukan secara sukarela dan dilandasi oleh motif yang tidak egois), *mood*, dan kepuasan pernikahan (Fincham & Bradbury, 1990; Cutrona & Suhr, 1994). Penelitian Sarason, Sarason & Gurung (2001) memperlihatkan bahwa *perceived support availability* paling berhubungan dengan kesehatan yang baik dan penyesuaian terhadap pengalaman yang menekan.

Dikomentari [u79]: Cutrona, C. E. Dan Suhr, J. A. (1994). *Social support communication in the context of marriage: an analysis of couples' supportive interactions*. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht., & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community*. Thousand Oak, CA: Sage

3. KESEHATAN MENTAL

Sejarah perkembangan kesehatan mental merupakan sebuah kajian berdasarkan faktor empirik dari manusia sendiri yang telah bermula sejak era transisi dari masa pra sejarah/ ilmiah kepada era sejarah dan masa-masa setelahnya. Pada era pra ilmiah, konsep tentang kesehatan mental tidaklah lepas dari mistisisme masyarakat

setempat, yang pada masa itu **bersumber** pada kepercayaan-kepercayaan primitif seperti animisme, dinamisme dan totemisme.

Dikomentari [u80]: bersumber

Secara harfiah "kesehatan mental" berasal dari konsep *mental hygiene*, kata "mental" berasal dari bahasa Yunani yang **beartu artinya** psikis, jiwa, ataupun kejiwaan (Kartono, 1983). Kartono dan Andari (1989) **merumuskan** bahwa *mental hygiene* atau kesehatan mental merupakan bidang kajian yang mempelajari tentang kesehatan mental/ jiwa, yang bertujuan untuk mencegah timbulnya gangguan/ penyakit mental dan gangguan emosi, berusaha mengurangi atau menyembuhkan penyakit mental, serta memajukan kesehatan mental/ jiwa individu.

Dikomentari [u81]: berarti

Dikomentari [u82]: hilangkan

Dikomentari [u83]: di daftar Pustaka tidak ada

Dikomentari [u84]: merumuskan

Beberapa defenisi tentang kesehatan mental lainnya dari para ahli, misalnya: Veit dan Ware (1983), kesehatan mental merupakan suatu kondisi dimana individu dapat mengelola tekanan dalam hidup seperti stres, kecemasan, dan perilaku negatif, dan berkaitan dengan kemampuan individu dalam mempresentasikan emosi positif seperti rasa senang dan bahagia serta memiliki hubungan emosi yang bermakna dengan orang lain.

Menurut **Daradjat (1993)**, empat konsep dalam menjelaskan kesehatan mental, yaitu 1) terhindarnya seseorang dari gangguan dan penyakit mental (neurosis dan psikosis); 2) individu juga memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri, orang lain dan masyarakat serta lingkungan dimana ia hidup; 3) individu mampu mewujudkan keharmonisan antara fungsi-fungsi jiwa serta mempunyai kesanggupan untuk mengatasi masalah yang biasa terjadi serta terhindar dari kegelisahan dan pertentangan batin (konflik); 4) individu juga memiliki pengetahuan dan perbuatan yang bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan potensi, bakat dan pembawaan semaksimal mungkin sehingga membawa kebahagiaan diri dan orang lain, dan terhindar dari gangguan dan penyakit jiwa.

Dikomentari [u85]: di daftar Pustaka belum ada

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2012), kesehatan mental bukan hanya ketiadaan gangguan mental saja tetapi juga dianggap sebagai bagian dari kesejahteraan dimana setiap orang menyadari potensinya, mampu mengatasi kesulitan yang normal dari kehidupan, mampu bekerja secara produktif dan dapat memberikan kontribusinya kepada masyarakat.

3.1. Komponen Kesehatan Mental

Konsep tentang kesehatan mental dapat dilihat secara jelas berdasarkan ~~berdasarkan~~ komponennya, yaitu:

- a) *Psychological distress*, seperti kemarahan atau lekas marah (*anger or irritability*), kecemasan dan kelelahan (*anxiety or exhaustion*) sebagai bagian dari distres psikologis serta kecenderungan mengisolasi diri dengan tidak terlibat dalam kegiatan bersama orang lain. Tiga komponen yang termasuk ke dalam dimensi ini, yaitu kecemasan (*anxiety*), depresi (*depression*), dan kehilangan kontrol (*loss of control*).
- b) *Psychological well-being*, sering dikaitkan dengan *kebahagiaan*, keseimbangan dan kekuatan yang disertai dengan perasaan harga diri serta rasa penguasaan (*sense of mastery*), *self-efficacy*, dan mencari hubungan baru serta kebutuhan untuk terlibat dalam kerjasama dengan orang lain. Dua komponen yang termasuk ke dalam dimensi ini, yaitu afek positif secara umum (*general positive affect*) dan ikatan emosi (*emotion ties*).

Dikomentari [u86]: hilangkan

Dikomentari [u87]: distres

3.2. Prinsip Dasar Kesehatan Mental

Dikomentari [u88]: lebih baik ke halaman berikutnya

Prinsip kesehatan mental merupakan dasar yang harus ditegakkan oleh individu dalam dirinya yang bertujuan untuk mencapai kesehatan mental yang baik dan terhindar dari gangguan kejiwaan. Susrurin (2004), prinsip-prinsip dalam kesehatan mental, yaitu:

- a) Gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri (*self image*).

Gambaran dan sikap individu yang positif dapat terlihat dari adanya penerimaan diri, kepercayaan dan keyakinan pada diri sendiri, memiliki sikap dan pola hidup positif, cara pikir dan penghayatan serta perbuatan yang positif. Gambaran dan sikap positif (*self image*) terdiri dari dua, yaitu citra diri aktual (*the actualized self image*), yang berkaitan dengan gambaran individu mengenai dirinya pada situasi sekarang, dan citra diri ideal (*the idealized self image*) yang menggambarkan individu seperti yang ia harapkan dan inginkan.

- b) Keterpaduan antara integrasi diri

Gambaran dari adanya keterpaduan antara integrasi diri yaitu terdapatnya keseimbangan antara kesatuan pandangan (falsafah) dalam hidup, kesanggupan dalam mengatasi masalah, dan stres dapat ditangani secara personal (menggunakan kemampuan/ kekuatan mental dalam diri individu).

- c) Perwujudan diri (Aktualisasi diri)

Individu yang mampu mengaktualisasikan dirinya atau mampu mewujudkan potensi dan memenuhi kebutuhannya adalah tanda bahwa individu tersebut merupakan pribadi yang sehat mental.

- d) Memiliki kemampuan sosial yang baik

Dikomentari [u89]: lebih baik ke halaman berikutnya

Hal ini dapat dilihat dari adanya penerimaan terhadap individu lainnya, mampu melakukan aktivitas sosial dan mampu menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Selain itu, penyesuaian diri dapat dilihat dari adanya hubungan yang erat dengan teman-teman dan figur otoritas dekat lainnya.

e) Berminat dalam tugas dan pekerjaan

Hal ini ditandai dari kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan yang berat bila dibandingkan dengan pekerjaan ringan lainnya namun tidak diminatinya.

f) Agama, cita-cita, dan falsafah hidup

Agama menjadi salah satu "pedoman" hidup yang dibutuhkan individu dalam pembinaan dan pengembangan kesehatan mentalnya.

g) Pengawasan diri

Pengawasan diri ini ditandai dari adanya kemampuan dalam diri individu dalam mengendalikan hawa nafsu atau dorongan dan keinginan serta kebutuhannya.

h) Rasa benar dan tanggung jawab

Rasa benar yang ada dalam diri individu akan memengaruhi ia untuk melakukan kebaikan, demikian pula dengan tanggung jawab yang dapat membebaskan individu dari rasa bersalah dan kecewa.

Dikomentari [u90]: mempengaruhi

4. DUKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN MENTAL

Dukungan sosial dapat menjadi pelindung terhadap berbagai kesehatan psikologis, salah satunya depresi (Kao, Chuong, Reddy, Gobin, Zlotnick, & Johnson, et al, 2014). Dukungan sosial baik dari keluarga dan teman merupakan koping utama dalam menyelesaikan suatu masalah. Friedman, Bowden, & Jones (2009), menjelaskan bahwa dukungan sosial dapat mengurangi dampak stres serta mengurangi

Dikomentari [u91]: hilangkan karena penulisnya sudah dituliskan semua

dampak negatif yang ditimbulkan, dengan kata lain dukungan sosial dapat menjadi strategi coping penting yang harus ada dalam masa stres. Dukungan sosial juga dipengaruhi oleh pemberi dan penerima dukungan sosial karena kedua hal tersebut menjadi kunci untuk membentuk dukungan sosial yang efektif (Videbeck, 2011). Dijelaskan bahwa Individu yang memiliki kebutuhan akan dukungan sosial harus merasakan tindakan yang diberikan oleh pemberi dukungan secara konsisten, dukungan yang diberikan oleh pemberi juga harus sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh penerima dukungan.

Dukungan sosial memberikan kontribusi bagi seseorang dalam menghadapi stres. Dukungan sosial memiliki peranan penting untuk mencegah dari ancaman kesehatan mental. Artinya, individu yang memiliki dukungan sosial yang lebih kecil, lebih memungkinkan mengalami konsekuensi psikis yang negatif. Dan sebaliknya, individu yang memperoleh dukungan sosial yang tinggi akan menjadi individu lebih optimis dalam menghadapi kehidupan saat ini maupun masa yang akan datang, lebih terampil dalam memenuhi kebutuhan psikologi dan memiliki sistem yang lebih tinggi, serta tingkat kecemasan yang lebih rendah, mempertinggi interpersonal skill (keterampilan interpersonal), memiliki kemampuan untuk mencapai apa yang diinginkan dan lebih dapat membimbing individu untuk beradaptasi dengan stress (Masbow 2009).

Dikomentari [u92]: tidak boleh ditulis di awal kalimat

Dikomentari [u93]: stres

Dikomentari [u94]: di daftar Pustaka belum ada

BAB 7.

GENDER DAN KESEHATAN MENTAL

Tujuan Umum Pembelajaran

Mahasiswa memahami isu gender dan kaitannya dengan kesehatan mental

Tujuan Khusus pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan persoalan gender dan kaitannya dengan kesehatan mental

Istilah “gender” pada awalnya dikembangkan untuk mendeskripsikan orang-orang yang tidak mengidentifikasi dirinya dengan jenis kelamin biologisnya. Namun saat ini, terdapat banyak istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan “gender”, beberapa dari istilah-istilah yang **yang digunakan** adalah “feminin,” “maskulin”, dan “androgini” (kombinasi dari karakteristik maskulin dan feminin).

Dikomentari [u95]: hilangkan

Gender sering disamakan dengan jenis kelamin. Meski gender dapat dihubungkan dengan jenis kelamin, namun ini adalah konsep yang sangat berbeda. Gender secara umum dipahami sebagai konstruksi sosial, dan dapat berbeda tergantung masyarakat dan budayanya. Di sisi lain jenis kelamin ditentukan oleh kromosom dan anatomi yang diberi label laki-laki atau perempuan.

1. KONSEP DAN ISU GENDER

Berbagai literatur yang membahas mengenai gender antara lain dikemukakan diantaranya oleh pusat penelitian gender dan peningkatan kualitas perempuan (2001), bunga rampai panduan dan bahan pembelajaran **pengarusutamaan** gender dalam pembangunan nasional

Dikomentari [u96]: ?

(2004). Darahim (2003) dan berbagai literatur lainnya, menyimpulkan bahwa seks dan gender merupakan dua konsep yang berbeda.

Istilah "gender" yang sering digunakan berasal dari bahasa Inggris yaitu "*gender*", dimana artinya tidak dapat dibedakan secara jelas mengenai seks dan *gender*. Oleh karena itu, untuk memahami konsep gender, harus dapat dibedakan terlebih dahulu mengenai konsep "seks dan gender".

Kata "seks" adalah suatu pembagian jenis kelamin ke dalam dua jenis yaitu laki-laki dan perempuan, di mana setiap jenis kelamin tersebut memiliki ciri-ciri fisik yang melekat pada setiap individu, di mana masing-masing ciri tersebut tidak dapat digantikan atau dipertukarkan satu sama lain, karena penentuannya merupakan kodrat atau ketentuan dari Tuhan (Faqih, 2020). Sementara istilah *gender* lebih bersifat pada sosial budaya yaitu melalui proses kultural dan sosial, bukan pendefinisian yang berasal dari ciri-ciri fisik biologis seorang individu. Dengan demikian, *gender* senantiasa dapat berubah dari waktu ke waktu, sedangkan *seks* atau jenis kelamin senantiasa tidak berubah.

Satoto (2017) menguraikan tentang perbedaan dasar antara seks dan gender, menurutnya gender merupakan hasil buatan dari manusia yang dapat diubah maupun dipertukarkan serta memiliki sifat relative, yang terdapat pada laki-laki dan perempuan. Sedangkan jenis kelamin (seks) merupakan status/ kondisi biologis seseorang yang tidak dapat berubah dan dipertukarkan antara jenis kelamin laki-laki dan wanita.

Sementara isu gender diartikan sebagai suatu masalah yang menyangkut ketidakadilan yang berdampak negatif bagi perempuan dan laki-laki, khususnya sering terjadi kasus bagi perempuan. Misalnya anggapan bahwa perempuan lemah, tidak mampu memimpin, cengeng. Mengakibatkan perempuan menjadi nomor dua setelah laki-laki. Sehingga melahirkan adanya ketidaksetaraan gender yang dapat

Dikomentari [u97]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u98]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u99]: Tidak boleh ditulis diawal kalimat

menimbulkan kerugian dan menurunkan kesejahteraan hidup bagi pihak-pihak yang termarginalisasi dan tersubordinasi.

2. DEFINISI GENDER

Apa itu gender? Sebuah pertanyaan yang sering dikaitkan dengan jenis kelamin ataupun seks, namun pada kenyataannya berbicara tentang gender pastinya mengacu pada apa yang dianggap masyarakat yang seharusnya sesuai baik laki-laki maupun perempuan sejak usia dini. Misalnya ketika anda bertanya tentang gender seseorang, maka jawabannya yang anda terima dapat berbeda dari jawaban yang diberikan mengenai jenis kelamin, karena pada dasarnya identitas gender tidak sama dengan jenis kelamin.

Secara umum, dapat diartikan bahwa gender merupakan suatu perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan apabila dilihat dari nilai dan tingkah laku. Dalam Women Studies Ensiklopedia dijelaskan bahwa gender adalah suatu konsep kultural, berupaya membuat perbedaan (distinction) dalam hal peran, perilaku, mentalitas, dan karakteristik emosional antara laki-laki dan perempuan yang berkembang di suatu masyarakat.

Gender merupakan adanya suatu perbedaan yang dilihat berdasarkan peran, fungsi, persifatan, kedudukan, tanggung jawab dan hak perilaku baik perempuan, maupun laki-laki yang dibentuk dan disosialisasikan oleh norma, adat kebiasaan, dan juga kepercayaan masyarakat. Lebih lanjut dijelaskan bahwa, gender berkaitan erat dengan peran dan tugas yang pantas/ tidak pantas, baik untuk laki-laki, maupun perempuan (KPP, 2004).

Megawati (199) menjelaskan bahwa gender diartikan sebagai "konstruksi" sosio kultural yang membedakan karakteristik maskulin dan feminine, karena pada dasarnya gender berbeda dengan seks atau jenis kelamin laki-laki dan perempuan yang bersifat biologis. Namun demikian,

Dikomentari [u100]: Megawangi, R. (1999). Membiarkan Berbeda?: Sudut Pandang Baru Relasi Gender. Bandung: Mizan Pustaka

hubungan antara jenis kelamin dengan gender bukan merupakan korelasi absolut.

Secara etimologis, gender memiliki arti sebagai perbedaan jenis kelamin yang diciptakan oleh seseorang melalui proses sosial budaya, perbedaan perilaku antara laki-laki dengan perempuan selain disebabkan oleh faktor biologis juga faktor proses sosial dan budaya. Oleh sebab itu, gender dapat berubah-ubah dari tempat ke tempat, waktu ke waktu, bahkan antar kelas sosial ekonomi di masyarakat.

Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa gender sebagai suatu konsep merupakan hasil pemikiran atau rekayasa manusia, yang dibentuk oleh masyarakat sehingga bersifat dinamis dapat berbeda karena perbedaan adat istiadat, budaya, agama, sistem nilai dari bangsa, masyarakat, dan suku bangsa tertentu. Selain itu gender dapat berubah karena perjalanan sejarah, perubahan politik, ekonomi, sosial dan budaya, atau karena kemajuan pembangunan. Dengan demikian gender tidak bersifat universal dan tidak berlaku secara umum, akan tetapi bersifat situasional masyarakatnya.

3. NORMA, STEREOTIP, DAN PERAN GENDER

Norma dan nilai gender merujuk pada suatu gagasan tentang bagaimana seharusnya atau layaknya laki-laki dan perempuan dalam suatu masyarakat. Misalnya, di kalangan masyarakat umum anak perempuan harus taat dan bersikap manis serta diperbolehkan untuk menangis, namun sebaliknya bagi anak laki-laki diharapkan untuk tampil berani dan tidak boleh menangis.

Stereotip gender adalah pandangan masyarakat tentang apa yang anak laki-laki/ lelaki dewasa dan anak perempuan/ perempuan dewasa mampu lakukan. Misalnya; pandangan bahwa perempuan adalah penata rumah tangga yang lebih baik dan laki-laki lebih baik dalam menangani mesin, atau anak laki-laki lebih baik dalam matematika dan

anak perempuan lebih baik dalam keperawatan. **Peran gender** merujuk pada kegiatan-kegiatan nyata yang dilakukan oleh kedua jenis kelamin. Misalnya; anak laki-laki membantu ayahnya bekerja di luar rumah dan anak perempuan membantu ibunya dalam pekerjaan rumah tangga.

Peran gender diperkuat oleh nilai, norma dan stereotip gender yang dianut masyarakat setempat. Namun, peran gender dapat dan selalu berubah, seringkali bahkan lebih cepat daripada gagasan-gagasan tentang bagaimana perempuan dan laki-laki seharusnya atau tidak seharusnya bertingkah laku. Sebagai contoh; anak perempuan dan perempuan dewasa seharusnya menjadi jenis kelamin yang lebih lemah dan mereka dilindungi dari beban pekerjaan yang berat. Pada kenyataannya perempuan dari kelompok masyarakat miskin sering bekerja di pekerjaan berat untuk waktu yang lama, di luar rumah bersama laki-laki. Hal yang sama juga terlihat, terkadang para orang tua “cenderung untuk berinvestasi” lebih banyak dalam pendidikan anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuannya sebab anak laki-laki diharapkan menjadi pemberi nafkah keluarga di kemudian hari. Namun faktanya, nilai ekonomis dari anak perempuan telah meningkat di banyak masyarakat sebab anak perempuan dapat membawa pendapatan secara teratur bagi keluarganya. Hal ini menunjukkan bahwa sikap mengenai peran gender anak perempuan telah berubah, walaupun belum tentu hal tersebut membawa kebaikan bagi anak perempuan tersebut.

Ketika berbicara mengenai peran dan norma gender, maka akan tertuju pada beberapa konsep di dalamnya, yaitu :

- a) *Gender role* (peran gender), merupakan definisi atau preskripsi yang berakar pada kultur terhadap tingkah laku pria atau wanita.
- b) *Gender identity* (identitas gender), yaitu bagaimana seseorang mempersepsi dirinya sendiri dengan memperhatikan jenis kelamin dan peran gender.

- c) *Sex role ideology* (ideologi peran-jenis kelamin), termasuk di antaranya stereotipe-stereotipe gender, sikap pemerintah dalam kaitan antara kedua jenis kelamin dan status-status relatifnya (Segall, Dasen, Berry, & Poortinga, dalam Ye Lily, 2012).

4. DISKRIMINASI GENDER

Diskriminasi adalah setiap perbedaan, pengeluaran (*exclusion*), atau preferensi berdasarkan pada jenis kelamin, gender (atau penggolongan lain yang ada di masyarakat seperti etnis, warna, agama, atau opini politik), yang berakibat pada peniadaan atau pengurangan kesetaraan kesempatan dan perlakuan.

Terdapat dua jenis diskriminasi:

- a. **Diskriminasi langsung** pada umumnya disengaja dan eksplisit. Kadang-kadang diskriminasi langsung ditemukan secara eksplisit dalam hukum, yang dikenal dengan istilah **diskriminasi 'de jure'**. Contoh: pada umumnya diberbagai negara perempuan tidak dapat secara sah memiliki harta seperti bangunan atau tanah/ perempuan yang menikah tidak dapat menandatangani dokumen legal/ perempuan dibatasi oleh undang-undang dalam beberapa bentuk pekerjaan tertentu. Meskipun banyaknya negara melarang diskriminasi berdasarkan jenis kelamin atau gender dan meningkatkan kesetaraan antara laki-laki dan perempuan dalam undang-undang/ hukum. Namun, diskriminasi '*de facto*' ini masih terus berkembang dalam praktek di masyarakat hingga saat ini. Misalnya saja terdapat iklan pekerjaan yang dominan menyebutkan persyaratan untuk usia dan jenis kelamin tertentu.
- b. **Diskriminasi tidak langsung** merujuk pada situasi, peraturan, atau praktek yang kelihatannya netral tetapi pada kenyataannya membawa akibat adanya perlakuan yang berbeda bagi sebagian orang. Terjadi pengeluaran (*exclusion*) karena preferensi atau karena

Dikomentari [u101]: italic

Dikomentari [u102]: de facto atau de jure, karena diatas ditulis de jure

stereotip, dengan kata lain suatu undang-undang atau praktek yang netral memiliki pengaruh negatif bagi kelompok tertentu secara tidak proporsional. Sebagai contoh: di beberapa perusahaan tertentu lebih senang merekrut laki-laki dibandingkan dengan perempuan, sebab mereka memperhitungkan bahwa perempuan tersebut akan lebih sering tidak masuk kerja karena kehamilan atau urusan keluarga/ posisi supervisor sering diisi oleh laki-laki karena perempuan dipandang tidak dapat menjadi pemimpin yang baik dibandingkan dengan laki-laki.

Bentuk diskriminasi langsung maupun tidak langsung terus berlangsung di masyarakat dan tempat kerja, yang pada akhirnya membawa dampak yang tidak menguntungkan terutama bagi perempuan, hal ini bukanlah karena disengaja oleh masyarakat, tetapi karena budaya dan adat dalam prakteknya lebih memihak laki-laki dan anak laki-laki serta mendudukan perempuan dan anak perempuan dalam posisi "kelas dua".

BAB 8.

PERKAWINAN DAN KESEHATAN MENTAL

Tujuan Umum Pembelajaran

Mahasiswa memahami tentang status perkawinan dan kaitannya dengan kesehatan mental.

Tujuan Khusus pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan seputar perkawinan dan kaitannya dengan kesehatan mental.

Secara umum, dewasa awal yang telah menikah mempunyai **kesehatan mental** yang lebih baik dibandingkan yang belum menikah. Pada dimensi *psychological well-being* kelompok belum menikah memiliki skor yang lebih baik, sedangkan pada dimensi *psychological distress* kelompok yang sudah menikah memiliki skor yang lebih rendah.

Secara historis, pernikahan disebut baik untuk kesehatan fisik dan mental. Banyak yang meyakini, hadirnya seseorang dalam hidup akan membawa dampak itu. Sayangnya, fakta di balik pernikahan dapat mengubah seseorang tidak sesederhana itu. Penelitian baru-baru ini mengungkap, hubungan antara pernikahan dengan kesejahteraan dan kesehatan lebih rumit. Ada untung dan rugi dari pernikahan.

Para ahli pun telah mengidentifikasi berbagai hal yang menunjukkan menikah dapat mengubah seseorang. Namun kabar baiknya, pasangan yang sudah menikah terbukti berisiko kecil terserang penyakit jantung. Perlu diingat, para ahli menekankan hal tersebut mungkin tidak dialami semua orang. Semuanya tergantung pada individu yang terlibat, relasi, perencanaan masa depan, gaya hidup, dan lain sebagainya. Menurut penelitian besar yang terbit tahun lalu, orang yang sudah menikah tidak selalu memiliki kesehatan yang lebih baik dibanding mereka yang belum menikah. Studi itu

Dikomentari [u103]: distres

mengatakan, orang yang baru menikah justru tidak melihat manfaat kesehatan secara keseluruhan dibandingkan teman sebaya yang belum menikah. Sementara gagasan yang mengatakan menikah dapat menaikkan berat badan, peneliti melihat itu karena baik perempuan dan laki-laki cenderung kurang berolahraga setelah menikah. Selain itu, penelitian ini juga membenarkan pasangan yang telah menikah berisiko rendah terserang penyakit jantung. Namun perlu dicatat, pasangan yang bercerai memiliki risiko terserang penyakit jantung lebih tinggi.

Dikomentari [u104]: peneliti atau penelitian

Menurut survei kesehatan masyarakat Kanada, orang yang sudah menikah mengaku memiliki kesehatan mental yang lebih baik, jauh dari stres, dan minim mengonsumsi alkohol. Namun, studi terbaru menemukan fakta berbeda terkait hal tersebut. Di tahun pertama pernikahan, pria yang sudah menikah cenderung lebih berhati-hati dan perempuan mengalami sedikit gangguan neurotik, yakni gangguan mental yang paling ringan. Masih dalam studi yang sama, ahli juga menemukan perempuan menjadi kurang terbuka dan pria menjadi kurang ekstrovert. Meski demikian, para ahli memperingatkan untung dan rugi dari pernikahan tidak dapat dijadikan alasan untuk menikah atau tidak. Seiring waktu, bagaimana pernikahan memengaruhi mental dan fisik seseorang akan menjadi lebih halus dan bisa diterima. Jika alasan menikah hanya untuk menjadi sehat, para ahli berpikir alasan itu tidak cukup untuk memutuskan pernikahan. Mempertahankan suatu hubungan terbukti menjadi kunci kesehatan yang baik untuk jangka panjang. Apapun jenis hubungannya.

1. STATUS PERKAWINAN DAN KESEHATAN MENTAL

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa status pernikahan memengaruhi kesehatan mental individu. Selama bertahun-tahun, pernyataan ini didasarkan pada hasil penelitian *cross-sectional* yang membandingkan kesehatan mental rata-rata dari individu yang menikah dengan yang belum menikah (Scheid & Brown, 2010). Penelitian tersebut dengan jelas

Dikomentari [u105]: mempengaruhi

Dikomentari [u106]: di daftar Pustaka belum ada

menunjukkan bahwa individu yang menikah melaporkan tingkat rata-rata depresi, tekanan psikologis, dan gangguan kejiwaan yang lebih rendah dan tingkat kepuasan hidup dan kesejahteraan subjektif yang lebih tinggi dibandingkan individu yang belum menikah (Umberson & Williams, 1999; Waite & Gallagher, 2000). Konsistensi dan perbedaan yang relatif besar dari perbedaan yang diamati, serta ketekunan mereka sepanjang waktu dan di banyak negara mengarah pada kesimpulan bahwa pernikahan meningkatkan kesehatan mental bagi kebanyakan orang (Mastekaasa, 1994; Stack & Eshleman, 1998).

Mengapa Pernikahan Berhubungan dengan Kesehatan Mental yang Lebih Baik? Pernikahan dianggap memberi rasa kewajiban, kepemilikan, makna, dan tujuan, aspek integrasi sosial yang memfasilitasi kepercayaan, penyediaan dan penerimaan dukungan emosional (Umberson & Williams, 1999; Waite, 2009). Skala ekonomi yang terkait dengan tempat tinggal bersama dan spesialisasi yang terjadi dalam pernikahan menyediakan sumber daya ekonomi yang melindungi kesehatan mental (Ross & Huber, 1985; Oppenheimer, 2000). Status hukum khusus pernikahan juga memberikan sejumlah hak termasuk akses ke jaminan social dan pensiun, tunjangan asuransi kesehatan pasangan, dan kemampuan untuk membuat keputusan perawatan kesehatan satu sama lain. Rasa aman yang diberikan oleh ikatan pernikahan ini mungkin memiliki beberapa konsekuensi positif bagi kesehatan mental (Scheid & Brown, 2010).

Scheid dan Brown (2010) menyebutkan bahwa penjelasan yang dominan terkait manfaat kesehatan mental dari pernikahan berfokus pada sumber daya ekonomi dan psikososial. Pada tingkat yang paling dasar, **model sumber daya perkawinan** memprediksi bahwa setiap individu yang belum menikah, termasuk yang belum pernah menikah, bercerai, dan janda, akan memiliki kesehatan mental yang lebih buruk daripada yang menikah karena mereka kekurangan sumber daya peningkat kesehatan yang disediakan oleh perkawinan. Demikian pula, menikah harus meningkatkan

Dikomentari [u107]: di daftar Pustaka belum ada

kesehatan mental, dan keluar dari pernikahan harus memiliki konsekuensi negatif yang bertahan lama (Scheid & Brown, 2010).

Sebaliknya, **model krisis perkawinan** menunjukkan bahwa ketegangan dalam perkawinan merusak kesehatan mental lebih dari sekedar melindunginya dari sumber daya perkawinan (Scheid & Brown, 2010). Jika ini benar, maka kesehatan mental yang dimiliki oleh pasangan yang menikah tidak banyak berbeda dibandingkan dengan yang belum pernah menikah yang tidak pernah mengalami perceraian. Lebih jauh, menikah seharusnya tidak secara substansial meningkatkan kesehatan mental. Model krisis juga secara umum memprediksi bahwa keluar dari pernikahan harus dikaitkan dengan penurunan sementara dalam kesehatan mental dari mana individu akhirnya pulih, meskipun tetap mungkin bahwa beberapa ketegangan yang terkait dengan pembubaran perkawinan dan pengaruhnya terhadap kesehatan mental tetap ada (Scheid & Brown, 2010)

Bias seleksi merupakan penjelasan alternatif atas perbedaan status perkawinan dalam kesehatan mental (Scheid & Brown, 2010). Bias seleksi mengaitkan perbedaan kesehatan mental antara individu yang menikah dan belum menikah pada dua sumber. Pertama, individu yang sudah menikah mungkin memiliki kesehatan mental yang lebih baik pada awalnya. Daripada pernikahan menyebabkan peningkatan kesejahteraan, orang yang lebih sehat secara mental mungkin lebih cenderung masuk dan bertahan. Kedua, mungkin ada banyak perbedaan lain yang sudah ada sebelumnya antara individu yang sudah menikah dan individu yang belum menikah yang tidak dapat sepenuhnya diukur oleh para peneliti (Scheid & Brown, 2010). Jika individu yang memilih untuk menikah (atau bercerai) berbeda dari individu yang tidak memiliki karakteristik yang mempengaruhi kesehatan mental, hubungan status pernikahan dengan kesehatan mungkin bias atau palsu (Ribar, 2003). Karena sebagian besar penelitian sosiologis bergantung pada data observasi, bias seleksi biasanya ditangani melalui koreksi statistik atau

penyertaan variabel kontrol, dengan tujuan untuk mengisolasi pengaruh status pernikahan pada kesehatan mental.

Menurut Scheid dan Brown (2010) peneliti yang mengkaji perbedaan status pernikahan dalam kesehatan mental tidak dapat menggunakan desain penelitian eksperimental karena ini berarti, berdasarkan penugasan acak oleh peneliti, beberapa orang dalam penelitian akan diminta untuk menikah, sedangkan yang lain akan diminta untuk tetap melajang, bercerai, atau bahkan menjadi janda. Jelas individu tidak bersedia mengubah status pernikahan mereka untuk kepentingan penelitian, dan meminta mereka melakukannya akan sangat tidak etis. Namun, akibatnya, dalam banyak hal, individu yang menikah berbeda dengan orang yang belum menikah, dan ini membuat sulit untuk menentukan apakah perkawinan menyebabkan kesehatan mental

Mayoritas bukti historis untuk efek menguntungkan pernikahan pada kesehatan mental didasarkan pada data *cross-sectional* yang dikumpulkan pada satu waktu tertentu, yang sangat terbatas dalam kemampuannya untuk membedakan di antara penjelasan-penjelasan yang menimbulkan pro dan kontra tersebut (Scheid & Brown, 2010). Pastinya, studi *cross-sectional* yang membandingkan kelompok menikah dengan kelompok agregat dari semua individu yang belum menikah tidak dapat memberikan bukti kuat untuk satu penjelasan di atas yang lain.

Penelitian yang memisahkan individu yang belum menikah biasanya menunjukkan bahwa perbedaan status pernikahan dalam kesehatan mental paling besar ketika kelompok pembanding adalah yang bercerai atau janda dan tidak pernah menikah menyarankan dukungan parsial untuk model krisis (Cairney & Krause, 2005; Williams dkk., 1992). Sebagian besar studi yang dilakukan dalam beberapa tahun terakhir menggunakan data longitudinal yang mengikuti individu yang sama dari waktu ke waktu untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan ini secara lebih jelas. Kekuatan penelitian ini adalah menilai bagaimana perubahan kesehatan mental individu ketika masuk ke

dalam suatu pernikahan atau mengakhiri pernikahan, mempertimbangkan apakah perubahan dalam kesehatan mental yang terkait dengan transisi pernikahan bertahan dari waktu ke waktu, dan memeriksa apakah kesehatan mental sebelumnya memprediksi masuk ke dalam suatu pernikahan atau mengakhiri pernikahan (Scheid & Brown, 2010).

2. KAJIAN RISET TENTANG STATUS PERNIKAH DAN KESEHATAN MENTAL

Dikomentari [u108]: PERNIKAHAN

a. Pernikahan

Beberapa penelitian longitudinal terdahulu menunjukkan bahwa memasuki pernikahan dikaitkan dengan peningkatan kesejahteraan psikologis dan penurunan tekanan psikologis (Horwitz, White, & Howell-White, 1996; Marks & Lambert, 1998; Simon, 2002; Kim & McHenry, 2002; Wu & Hart, 2002; Lamb, Lee, & DeMaris, 2003; Williams dkk., 2003; Evans & Kelley, 2004; Strohschein dkk., 2005; Frech & Williams, 2007). Pola-pola ini tampaknya memberikan dukungan yang kuat model sumber daya perkawinan. Namun, beberapa peneliti menyebutkan bahwa kemungkinan peningkatan kesejahteraan yang terkait dengan memasuki pernikahan mungkin bersifat sementara yaitu efek bulan madu. Hal ini dapat menjelaskan mengapa studi *longitudinal* yang berlangsung dalam periode waktu yang relatif singkat menemukan bukti peningkatan kesejahteraan dengan masuk ke dalam pernikahan, tetapi studi *cross-sectional* (yang mencakup pernikahan jangka panjang) menemukan perbedaan yang lebih kecil antara tidak pernah menikah dan menikah (Scheid & Brown, 2010).

Hasil penelitian yang "mengejutkan" secara langsung menguji efek bulan madu untuk kesehatan mental, penelitian yang dilakukan pada orang dewasa Jerman menunjukkan bahwa kepuasan hidup meningkat dalam waktu sekitar pernikahan, tetapi kemudian menurun

lagi dalam waktu sekitar 5 tahun (Lucas dkk., 2003; Zimmerman & Easterlin, 2006). Studi tentang perubahan kualitas hubungan perkawinan selama perjalanan hidup secara tidak langsung menunjukkan bahwa manfaat kesehatan mental dari perkawinan dapat menghilang seiring waktu. Kualitas perkawinan tampaknya menurun semakin lama orang menikah (Johnson, Amoloza, & Booth, 1992; Umberson, Van Laningham, Johnson, & Amato, 2001; Williams, Powers, Chen, & Campbell, 2005). Ini bisa berarti bahwa manfaat kesehatan mental dari pernikahan, bergantung pada kualitas pernikahan juga berkurang seiring waktu (Williams, 2003; Hawkins & Booth, 2005). Penelitian lain menunjukkan bahwa kehilangan pasangan memiliki dampak yang lebih besar pada psikologis kesulitan daripada mendapatkannya (Strohschein dkk., 2005).

Beberapa penelitian lainnya menunjukkan bahwa baik gejala depresi maupun penyalahgunaan alkohol tidak terkait dengan masuknya pernikahan berikutnya atau tetap lajang (Kim & McHenry, 2002; Lamb, Lee, & DeMaris, 2003). Namun, yang lain menunjukkan bahwa, sebelum menikah, individu yang akhirnya sudah menikah menunjukkan tekanan psikologis yang lebih rendah (Hope dkk., 1999) dan kepuasan hidup yang lebih besar (Lucas dkk., 2003; Stutzer & Frey, 2006) dibandingkan mereka yang tetap melajang. Kebanyakan sarjana umumnya setuju bahwa seleksi menjelaskan beberapa tetapi tidak semua hubungan antara status perkawinan dan kesehatan mental. Keuntungan dari studi *longitudinal* adalah, karena mereka mengikuti individu dari waktu ke waktu, mereka dapat menggunakan metode statistik untuk mempertahankan tingkat kesehatan mental yang konstan sebelum menikah. Dengan melakukan itu, para peneliti dapat memperkirakan efek menikah pada kesehatan mental, dengan asumsi bahwa mereka yang menikah memiliki tingkat kesehatan mental sebelumnya yang sama dengan mereka yang tidak menikah.

Ini mengurangi peran seleksi dalam menjelaskan hubungan yang diamati dari status perkawinan dengan kesehatan mental. Namun, perbedaan lain yang sudah ada sebelumnya antara yang menikah dan yang belum menikah mungkin masih tidak diperhitungkan dalam pendekatan ini (Ribar, 2003).

Pada akhirnya, menentukan apakah pernikahan memiliki efek kausal pada kesehatan mental membutuhkan pemahaman yang jauh lebih lengkap tentang proses yang melaluinya efek apa pun dihasilkan. Bukti empiris jauh tertinggal dari teori dalam hal ini. Model sumber daya perkawinan menunjukkan bahwa perkawinan bermanfaat bagi kesehatan mental karena ia menyediakan sumber daya ekonomi dan psikososial, termasuk dukungan sosial dan integrasi sosial, tetapi hanya sedikit penelitian yang secara langsung menguji hipotesis ini. Dalam banyak kasus, adanya integrasi sosial atau penerimaan dukungan sosial disamakan dengan menempati status perkawinan tertentu.

Penelitian terbaru secara serius menantang pendekatan ini. Berbeda dengan asumsi lama tentang fungsi integratif perkawinan, Gerstel dan Sarkisian (2006) menyebutkan bahwa orang yang menikah memiliki lebih sedikit kontak dan lebih sedikit mendapatkan dukungan dengan orang tua, saudara kandung, teman, dan tetangga daripada yang belum menikah (Sarkisian & Gerstel, 2008). Penemuan ini konsisten dengan penelitian pada ibu tunggal yang menemukan bahwa mereka lebih sering berhubungan dengan keluarga dan teman dan menerima lebih banyak dukungan dari mereka daripada ibu yang sudah menikah (Marks & McLanahan, 1993). Penelitian selanjutnya harus terus memeriksa apakah masuk dan keluar dari pernikahan memicu perubahan dalam berbagai keadaan pribadi dan sosial yang terkait dengan kesehatan mental

dan mengidentifikasi sejauh mana perubahan ini berkontribusi pada manfaat kesehatan mental apa pun dari pernikahan.

b. Perceraian dan Janda

Dibandingkan dengan temuan yang sedikit beragam tentang manfaat kesehatan mental dalam pernikahan. Sejumlah penelitian *longitudinal* telah memberikan bukti yang meyakinkan bahwa transisi ke perceraian dikaitkan dengan peningkatan gejala depresi dan penurunan kesejahteraan (Mastekaasa, 1995; Marks & Lambert, 1998; Hope dkk., 1999; Kim & McHenry, 2002; Simon, 2002; Wu & Hart, 2002; Williams, 2003; Strohschein dkk., 2005; Kalmijn & Monden, 2006). Menjanda, juga jelas disertai dengan penurunan kesehatan mental (Carr dkk., 2000; Lucas dkk., 2003; Wilcox dkk., 2003; Williams, 2003; Strohschein dkk., 2005; Lee & DeMaris, 2007).

Masalah yang belum terselesaikan adalah apakah pembubaran/ perceraian merupakan krisis sementara dari mana individu pulih atau apakah konsekuensi negatifnya tetap ada. Salah satu studi *longitudinal* paling awal untuk memeriksa pertanyaan perceraian ini menunjukkan bahwa individu pulih dari stres perceraian setelah sekitar 2 tahun (Booth & Amato, 1991). Bukti yang lebih baru, bagaimanapun, menunjukkan bahwa efek negatif tetap ada meskipun beberapa pemulihan awal (Johnson & Wu, 2002; Hetherington & Kelly, 2003; Lucas, 2005). Sebaliknya, penelitian tentang janda umumnya mendukung model krisis, yang menunjukkan bahwa kesehatan mental pulih dalam beberapa tahun setelah kematian pasangan (Harlow, Goldberg, & Comstock, 1991; Lund, Caserta, & Dimond, 1993; McCrae & Costa, 1993; Stroebe & Stroebe, 1993; Leon, Rapp, & Kast, 1994; Wilcox et al., 2003; Lucas dkk., 2003; Lee & DeMaris, 2007).

Pembubaran perkawinan paling baik dipandang sebagai suatu proses karena pengaruhnya terhadap kesehatan mental terungkap dari waktu ke waktu, bahkan sebelum keluar dari perkawinan terjadi. Lucas (2005) menemukan bahwa kepuasan hidup turun dalam 4 tahun sebelum perceraian dan mencapai titik terendah sekitar satu tahun sebelum perceraian terjadi. Oleh karena itu, dukungan untuk model krisis, yang menunjukkan bahwa individu kembali ke kesehatan mental dasar beberapa tahun setelah perceraian, mungkin menyesatkan jika dasar tersebut diukur setelah peningkatan tekanan antisipatif telah terjadi (Lee & DeMaris, 2007).

Dengan kata lain, orang yang bercerai atau duda mungkin kembali ke tingkat kesusahan mereka yang sudah meningkat sebelumnya, tetapi masih memiliki kesehatan mental yang lebih buruk daripada sebelum masalah perkawinan mereka dimulai. Meskipun banyak kemajuan telah dibuat dalam memahami proses *longitudinal* perceraian perkawinan, perhatian yang lebih besar pada waktu pengukuran dikombinasikan dengan meningkatnya ketersediaan data dalam periode yang lebih lama akan membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan ini secara lebih lengkap.

Penurunan kesejahteraan sebelum perceraian perkawinan juga memperumit tes seleksi *diferensial* di luar pernikahan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa, sebelum pernikahan mereka berakhir, mereka yang kemudian akan bercerai sudah memiliki tingkat kesusahan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak bercerai (Aseltine & Kessler, 1993; Hope et al., 1999; DR Johnson & Wu, 2002; Simon, 2002; Wade & Pevalin, 2004; Lucas, 2005; Stutzer & Frey, 2006). Kesejahteraan yang lebih rendah dari mereka yang kemudian bercerai dibandingkan dengan mereka yang tetap menikah mungkin hanya mencerminkan antisipasi perceraian

Dikomentari [u109]: Di daftar Pustaka belum ada

(Hope dkk., 1999), daripada efek kesehatan mental yang buruk pada kemungkinan perceraian.

Dukungan yang lebih kuat untuk seleksi diberikan oleh penelitian terbaru yang menunjukkan bahwa mereka yang kemudian bercerai sudah kurang bahagia dengan kehidupan bahkan sebelum mereka memasuki pernikahan daripada mereka yang tidak akan bercerai (Stutzer & Frey, 2006), tetapi tidak jelas apakah pola ini ada. Untuk mengukur tekanan psikologis, Seleksi umumnya dianggap kurang berperan dalam menjanda karena individu memiliki sedikit kendali atas bentuk kehilangan perkawinan ini. Tes empiris langsung umumnya tidak menemukan bukti kesejahteraan yang lebih rendah atau tekanan yang meningkat beberapa tahun sebelum menjanda (Lucas dkk., 2003; Wilcox dkk., 2003; Wade & Pevalin, 2004; Lee & DeMaris, 2007).

Dikomentari [u110]: ?

BAB 9. KESEHATAN MENTAL DAN TERORISME

Tujuan Umum Pembelajaran

Mahasiswa memahami tentang kesehatan mental dan terorisme.

Tujuan Khusus Pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan kesehatan mental yang berkaitan dengan terorisme.

Secara personal, penulis berpendapat bahwa terorisme muncul karena adanya persepsi dari individu terhadap nilai-nilai tertentu yang diyakini benar, sehingga untuk mendukung keyakinnya tersebut maka dilakukanlah cara-cara kekerasan, yang dianggap sebagai cara paling efektif untuk membuktikan kebenarannya. Secara umum, hal yang menyebabkan teroris dianggap menderita ketidakehatan jiwa adalah aksi teror dengan kekerasan bahkan hingga mengakibatkan korban jiwa termasuk jiwanya sendiri (bunuh diri).

Adanya "persepsi" ataupun pandangan terhadap suatu nilai yang diyakininya benar secara subjektif tanpa adanya pertimbangan norma-norma tertentu di masyarakat, maka dalam kajian ilmu psikologi dberhubungan erat dengan teori-teori yang terdapat dalam kajian kesehatan mental. Walaupun tidak selamanya uraian teori tersebut dapat digunakan oleh ahli profesional lainnya dalam penegakan hukuman terhadap pelaku terorisme, mengingat bahwa "pelaku kejahatan yang mengalami gangguan mental", jika mengacu pada KUHP, tidak bisa dikenai tindakan hukuman apapun. Dalam salah satu Teori Psikiatrik Ketidakehatan Jiwa menyatakan bahwa ketidakehatan jiwa mendorong individu melakukan kekerasan yang ekstrim. Selain itu orang yang mempunyai perilaku fanatik akan berkarakter sadisme dan buas.

Dikomentari [u111]: efektif

Dikomentari [u112]: ?

Dikomentari [u113]: mengingat

Dikomentari [u114]: tidak boleh ditulis di awal kalimat

Namun demikian, dalam tatanan ilmu kesehatan mental untuk menentukan apakah seseorang normal atau abnormal, tentunya tidak hanya dengan suatu persepsi saja, melainkan perlu dilakukannya observasi serta tes mental yang mendalam dengan prinsip-prinsip psikologi untuk mendiagnosa tentang gangguan yang dialaminya.

1. MUNCULNYA TERORISME

Terorisme menjadi ancaman global yang kerap terjadi di seluruh dunia, sehingga menjadi "momok" yang sangat menakutkan bagi siapa saja, sehingga aksi atau peristiwa terorisme di Indonesia dianggap sebagai kejahatan luar biasa (*Extraordinary Crime*) dan juga sebagai kejahatan terhadap kemanusiaan (*Crime Against Humanity*). Maraknya kasus terorisme di Indonesia bisa ditelusuri sejak kasus konflik di Aceh tahun 1990an, Bom Malam Natal tahun 2000, Bom Bali I tahun 2002, hingga penembakan terhadap pos polisi di Solo ("Penembakan Pos Polisi Singosaren Solo", 2012). Selain itu, aksi-aksi terorisme di Indonesia sudah banyak terjadi dan banyak memakan korban jiwa. Peneliti di Pusat Kajian Terorisme dan Konflik Sosial Universitas Indonesia, Solahudin (2016) mengungkapkan dari tahun 2000 hingga 2015 telah terjadi lebih dari 260 kasus terorisme di Indonesia dengan jumlah pelaku teror yang ditangkap mencapai lebih dari seribu orang.

Dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2003 Tentang Pemberantasan Tindak Pidana Terorisme bahwa "terorisme adalah penggunaan kekerasan atau ancaman kekerasan menimbulkan suasana teror atau rasa takut terhadap orang secara meluas atau menimbulkan korban yang bersifat massal, dengan cara merampas kemerdekaan atau hilangnya nyawa dan harta benda orang lain atau mengakibatkan kerusakan atau kehancuran terhadap objek-objek vital yang strategis atau lingkungan hidup atau fasilitas publik atau fasilitas Internasional. Dari sisi psikologis, terorisme adalah bentuk konflik yang sangat

Dikomentari [u115]: di daftar Pustaka belum ada

kompleks, karena terdapat berbagai macam motivasi yang dapat membuat seseorang terlibat dalam terorisme. Dari sekadar ikut-ikutan (tanpa mengetahui apa yang sesungguhnya terjadi) sampai jihad ekstrem yang rela mengorbankan jiwanya hingga menyebabkan kerusakan di bebrbagai aspek kehidupan lainnya, mulai dari menghilangkan nyawa orang lain hingga kerusakan fasilitas sosial lainnya.

Dikomentari [u116]: berbagai

Pertanyaan yang paling mendasar ketika terjadi terorismen yang menimbulkan suasana mencekam, rasa takut, gelisah, cemas dan bahkan ketakutan berlebihan serta adanya korban, adalah “mengapa terjadi terorisme? Apa dampaknya bagi kondisi mental masyarakat atau orang-orang yang secara tidak langsung menjadi korban. Mengapa si A melakukan bunuh diri dengan bom sehingga menimbulkan banyak korban? Lalu bagaimana para pelaku tersebut dapat melakukan aksi yang begitu kejam, membunuh manusia lain, bahkan melakukan bunuh diri hanya untuk kepentingan atau keyakinannya?. Normalkah orang-orang yang menjadi pelaku terorisme? Jika ternyata pelaku aksi terorisme tersebut cenderung sehat/ normal, kenapa aksinya bisa begitu kejam? Atau justru memang pada dasarnya pelaku aksi terorisme adalah orang-orang yang tidak normal dalam sudut pandang psikologi?”

Perlu kajian yang mendalam untuk menjawab semua pertanyaan-pertanyaan tersebut, terutama perlu dilakukan kajian-kajian latar belakang terjadinya terorisme.

2. KONSEP TERORISME

Akar sejarah praktik terorisme bermula dari tokoh Syi'ah ekstrim Hasan bin Sabah dari sekte Hasyasyin (1057 M) yang diberi gelar *The Old Man of the Mountain in Alamut* (dekat laut Kaspia), dan nama *Hasyasyin* (berhubungan dengan penggunaan *hasyis*, narkoba), yang kemudian dibaratkan sebagai *Assasination* karena kelompok ini selalu

Dikomentari [u117]: dibaratkan atau diibaratkan

membunuh lawan-lawan politiknya secara tiba-tiba. Ideologi terorisme modern merujuk kepada teori Evolusi Darwin *struggle for survival between the races* dan teori *natural selection*. Istilah '*terrorism*' pertama kali digunakan untuk menggambarkan tindakan kekerasan dan intimidasi dari Club Jacobin selama *the Reign of Terror (la Terreur)* dalam Revolusi Prancis, Maximilien Robespierre merupakan salah satu tokoh yang dianggap berkontribusi terhadap munculnya dasar terorisme modern. Beberapa tokoh terkenal lain diantaranya, Vladimir Lenin dan Yoseph Stalin (Rusia) yang diberi predikat *master executive terror* (1924), Mao Tse Tung (Cina) yang melakukan teror untuk menjamin kesetiaan rakyat kepada negara dengan menghancurkan institusi keluarga dan agama (Praja, 2004).

Di Amerika, terorisme bukanlah sesuatu yang asing sejak perang abad ke tujuh belas. Bahkan menurut sejarahnya, Amerika dirumuskan dan dilahirkan dalam kejahatan "*this nation was, as one historian note, conceived and born in violence*". Oleh karena itu perang Amerika terhadap terorisme sesungguhnya merupakan perang melawan diri sendiri, atau bagian dari kultur teroristiknya (Brown, 1997). Terorisme telah didefinisikan oleh US *Federal Bureau of Investigation* (FBI) sebagai penggunaan kekuatan yang melanggar hukum, kekerasan yang bersifat mengintimidasi terhadap orang atau properti, memaksa sebuah pemerintahan, penduduk sipil, dan segmen apapun daripadanya dengan tujuan untuk memajukan politik atau sosial (Seger 2003).

Menurut Moghaddam (2005) terorisme didefinisikan sebagai kekerasan yang bermuatan politis, yang dilakukan oleh individu, kelompok, atau negara, untuk menimbulkan perasaan terteror dan tidak berdaya pada suatu populasi, dengan tujuan mempengaruhi suatu proses pengambilan keputusan atau mengubah perilaku. Secara umum serangan teroris dapat dianggap sebagai salah satu bentuk kekerasan interpersonal. Namun, sulit dalam mengkategorisasikan peristiwa

Dikomentari [u118]: di daftar Pustaka belum ada

kekerasan sebagai terorisme, karena adanya perbedaan persepsi peristiwa dengan pengaruh sosial politik dan budaya di seluruh dunia. Misalnya, apa yang di satu sisi dianggap salah dari konflik regional atau internasional sebagai terorisme, di satu sisi lainnya dapat dianggap sebagai fenomena positif, seperti perjuangan untuk kebebasan (Fischer dan Ai, 2008).

Menurut Praja (2004) definisi yang paling netral mengenai terorisme adalah definisi yang di jelaskan oleh Ali A. Mazrui dan Hamden (2003), yaitu menurut Ali A. Mazrui harus dibedakan antara teroris yang mengerikan (*horrific terrorism*) yang membunuh manusia tak berdosa tanpa pandang bulu dengan bentuk terorisme yang dilakukan oleh para pejuang kemerdekaan (*heroic terrorism*) dalam menghadapi kekuatan penindas, atau bahkan negara adidaya penindas. Teroris yang terakhir ini mengandung nuansa patriotik dan kepahlawanan. Sedangkan Hamden (2003) berpendapat bahwa terorisme dilatar belakangi oleh berbagai faktor, seperti pandangan politik, ideologi suatu agama, pertarungan politik melawan pemerintah yang mapan, dan terorisme yang dilakukan oleh orang yang mengidap sakit mental.

Comb (2011) menyebutkan terdapat 5 komponen krusial dari terorisme, yaitu:

a. *Violence*

Ancaman bahaya atau kematian merupakan faktor penting dalam terorisme. Bahaya yang ditimbulkan paling sering terjadi pada orang dan properti. Kebanyakan insiden terorisme setidaknya melibatkan kemungkinan hilangnya nyawa yang signifikan.

b. *Mood of Fear*

Tujuannya adalah untuk memberikan teror ke dalam pikiran korban. Terorisme sering dianggap sebagai perang psikologis karena dilakukan untuk mengintimidasi orang. Itulah sebabnya aksi teroris

Dikomentari [u119]: tidak boleh ditulis diawal kalimat

Dikomentari [u120]: Combs, C. C. (2011). *Terrorism in the twenty-first century*. 6th ed. Boston: Longman

cenderung dilakukan dalam skala besar berdampak pada orang sebanyak mungkin.

c. *Audience*

Persepsi *audience* tentang potensi kekerasan itulah yang sangat penting untuk mengklasifikasikan suatu tindakan sebagai terorisme. Bertujuan untuk menciptakan suasana ketakutan atau teror pada *audience* tersebut.

d. *Innocent Victims*

Tindakan teroris dilakukan, bukan terhadap sasaran militer atau terhadap orang yang menentang langsung para pelakunya, karena tujuan akhir biasanya bukan kematian satu pemimpin. Berbeda dengan terorisme yang dipraktikkan oleh kaum anarkis abad kesembilan belas, tindakan teroris abad ke-20 dengan sengaja ditujukan kepada non-pejuang sipil, pihak ketiga yang kehilangan kesejahteraannya diharapkan dapat membangkitkan tanggapan yang diinginkan dari pihak oposisi dan/ atau penonton yang menonton acara tersebut selama ini. Target yang tidak bersalah seringkali menjadi sasaran.

e. *Political Goals or Motives*

Beberapa orang berpendapat bahwa terorisme dilakukan hanya untuk alasan politik. Penggulingan kepemimpinan saat ini atau penghancuran musuh politik biasanya menjadi akar dari serangan teroris. Banyak yang merasa bahwa terorisme juga sering dimotivasi oleh keyakinan agama. Kelompok militan yang percaya bahwa agama lain sesat dapat menggunakan kekerasan untuk mencoba dan menghancurkan pengikutnya.

3. TERORISME DAN KESEHATAN MENTAL

Perdebatan tentang hubungan sebab akibat antara penyakit mental dan terorisme tetaplah penting. Pandangan yang diterima dalam literatur adalah bahwa ada sedikit bukti bahwa patologi sebelumnya menyebabkan

individu terlibat dalam tindakan teroris (Ginges, 1997; Shaw, 1986). Informasi tentang bagaimana individu diradikalisasi untuk mengambil tindakan teroris, membuka banyak interpretasi dan spekulasi tentang apa yang memicu perilaku tersebut. Profil yang berbeda ada di antara teroris, yaitu pelaku kelompok yang bekerja dalam suatu organisasi, dan pelaku tunggal yang tidak terkait dengan kelompok teror apapun, ada orang yang menjadi sukarelawan untuk misi bunuh diri, dan orang yang secara strategis memanipulasi orang lain untuk melaksanakannya untuk memastikan kelangsungan hidup dirinya sendiri (Cyrus, Quek, Roger & Choo, 2019).

Menurut **Weatherston dan Moran (2003)**, terorisme dan penyakit mental mungkin terkait, ada dampak yang dihasilkan pada beberapa individu karena keterlibatannya dalam aktivitas teroris. Proses bersembunyi dan terlibat dalam aktivitas kekerasan dan berbahaya dapat menyebabkan stres. Gejala patologi dapat merupakan reaksi yang wajar dan bukan merupakan indikasi adanya suatu kelainan. Para teroris yang telah menjalani pemeriksaan kejiwaan terperinci dan terdeteksi mengalami gangguan jiwa, tidak dapat langsung disimpulkan bahwa gangguan jiwa tersebut merupakan akibat dari kegiatan teroris, karena ada kemungkinan gangguan jiwa tersebut muncul karena kondisi saat penangkapan atau penahanan.

Weatherston dan Moran (2003) juga menjelaskan variabel-variabel yang mungkin penting dalam berkontribusi pada penyakit mental mungkin diantaranya: gaya hidup teroris, efek terorisme, konflik kelompok teroris, efek interogasi, dan efek pada individu dari kondisi penjara (penahanan). Akan tetapi, tidak dapat diklaim bahwa paparan kondisi-kondisi tersebut menyebabkan gangguan kejiwaan dalam setiap kasus, tetapi faktor-faktor tersebut berpotensi menyebabkan penyakit mental pada beberapa individu.

Dikomentari [u121]: Weatherston, D., & Moran, J. (2003). Terrorism and mental illness: is there a relationship? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(6), 698–713.

Dikomentari [u122]:

Gangguan stres pasca-trauma (PTSD) merupakan salah satu gangguan yang kondisi tersebut merupakan reaksi psikologis yang wajar terhadap situasi yang ekstrem. Biasanya tidak hanya dialami oleh kombatan tetapi juga termanifestasikan oleh individu yang terlibat dalam situasi mengancam yang luar biasa (Cavenar & Spaulding, 1976; Kentsmith, 1984). Bukti signifikan yang menunjukkan bahwa PTSD secara khusus terkait dengan pemicu stres yang intens dijelaskan oleh penelitian yang dilakukan oleh (Jordan, Schelenger, Hough, Kulka, Weiss, Fairbank, dkk, 1991) terhadap 3.016 personel militer dan nonmiliter dengan karakteristik serupa yang memperhitungkan perbedaan paparan konflik. Hasil penelitian tersebut memberikan beberapa dukungan empiris untuk gagasan bahwa paparan terhadap peristiwa bencana yang mengancam jiwa, seperti pertempuran, meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami berbagai keadaan kronis yang parah.

Selain kombatan, PTSD juga telah didiagnosis pada personel nonmiliter yang beroperasi dalam kondisi serupa. Sindrom ini telah diidentifikasi pada petugas polisi (Mann & Neece, 1990), anggota layanan darurat (Anderson, Anders, & Peterson, 1991; Armstrong, O'Callahan, & Marmar, 1991), korban kecelakaan (Badenhorst & Van-Schalkwyk, 1992; Hickling, Blanchard, Silverman, & Shirley, 1992), korban pelecehan dan kejahatan dengan kekerasan (Bownes & O'Gorman, 1991; Graziano, 1992; Mcleer, Deblinger, & Orvaschel, 1992; Riggs et al., 1992), **6** dan personel pasukan keamanan yang ditugaskan untuk memerangi teroris (Ryder, 2000).

Menurut Taylor (1988), Penyakit mental mungkin bukan cara yang tepat untuk mengkonseptualisasikan terorisme, akan tetapi tindakan terorisme dan keanggotaan dalam organisasi teroris mungkin memiliki implikasi bagi kesehatan mental teroris. Catatan rinci oleh Collins, yang memainkan peran dalam *South Armagh Provisional Irish Republican Army* (PIRA), dengan jelas menunjukkan bahwa perannya, yang melibatkan

Dikomentari [u123]: Maksudnya apa ya

perencanaan pembunuhan dan sebagai anggota unit keamanan internal, menyebabkan depresi, kecemasan, dan hampir melakukan bunuh diri, gejala diperkuat oleh perannya sebagai "supergrass" (informan kriminal) (Collins, 1998).

Zimbardo (2004) berpendapat bahwa orang biasa dapat diubah menjadi agen kekerasan melalui pencucian otak psikososial, sehingga ada kemungkinan orang yang sudah mengalami gangguan mental sebelum terlibat dalam terorisme, akan tetapi jumlahnya cenderung rendah, karena termasuk diantara yang melakukan kegiatan kriminal biasa. Stoddard, Gold, dan Henderson (2011) berpendapat bahwa teroris yang tergabung dalam suatu kelompok bertindak menurut kelompok bukan atas dasar psikopatologi individu. Hal ini diilustrasikan pada teroris bunuh diri yang direkrut sebagai bagian dari sebuah kelompok, yang percaya bahwa dirinya terlibat dan dilatih dengan cermat untuk melakukan pengorbanan hidup. Keyakinan tersebut didorong oleh tekanan sosial dan tanggung jawab berat yang dibebankan, yang mengarah pada persepsi jika melakukan penarikan diri dari misi pada titik mana pun niscaya akan membawa rasa malu dan penghinaan. Sentimen ini digaungkan oleh pakar terorisme terkemuka. Hal ini sejalan dengan pendapat Horowitz (2015) yang menegaskan bahwa pelaku bunuh diri yang tergolong kelompok terutama didorong oleh situasi geopolitik dan agama, bukan faktor personal.

4. FAKTOR PENDORONG TERORISME

Keyakinan yang kuat akan suatu hal yang dianggap kebenaran mutlak membuat pelaku bom bunuh diri rela melakukan aksinya demi menjadi pahlawan sebagai jawaban atas pencarian identitas diri. Untuk menuju keyakinan yang kuat tersebut tentu saja diperlukan proses. Sarwono (2012) dalam penelitiannya mengatakan bahwa para pelaku teror pada awalnya mereka bergabung dengan kelompok belajar Islam di

Dikomentari [u124]: Di daftar Pustaka belum ada

sekolah atau universitas atau di lingkungannya yang didorong oleh keingintahuannya. Sarwono (2012) juga menyebutkan bahwa banyak pelaku yang mempunyai motivasi seperti balas dendam karena keluarganya dibunuh umat Kristen. Motivasi lain adalah para pelaku teror ingin memperbaiki keadaan, yang mereka anggap sebagai tidak adil dan tidak sejalan dengan ajaran Islam.

Prof. Sarlito dalam karyawannya berjudul "Terorisme di Indonesia, Dalam Tinjauan Psikologi" (2012) menyatakan bahwa teroris pelaku bom bali bukan psikopat[5]. Sarlito juga menjelaskan bahwa keterlibatan seseorang dalam aksi teror dipengaruhi oleh lingkungan, seperti faktor kekerabatan, ajakan teman, mengikuti perintah senior, dan sebagainya.

Kecenderungan bahwa para pelaku aksi teror dimanfaatkan oleh pihak tertentu juga dijelaskan oleh Sarlito[7]. Yang unik adalah ada kondisi tertentu yang biasanya direkrut sebagai kandidat pelaku bom bunuh diri seperti usia yang cukup muda antara 15-25, penuh dengan kebimbangan, disorientasi, dan secara sosial-psikologis terisolasi[8]. Sarwono (2012) juga menyebutkan bahwa perilaku teror lebih banyak disebabkan oleh sikap yang dipelajari, bukan gangguan jiwa bawaan.

Sarwono (2012) menyimpulkan tidak ditemukan indikasi/ simtom gangguan jiwa baik dari jenis psikosis maupun antisosial. Penelitian Sarwono ini menentang perkiraan beberapa peneliti Barat (Rehov, 2005; Bizot, 2000). Dalam kasus khusus palaku aksi terorisme dapat dianggap sebagai penderita ketidaksehatan jiwa seperti pada pelaku mutilasi siswi SMA di Poso.

Untuk melakukan aksi teror diperlukan suatu kecerdasan tersendiri. Aksi teror tidak gampang dilakukan begitu saja. Perlu sebuah perencanaan yang matang, menghitung risiko, bahkan teroris juga melakukan simulasi awal untuk memastikan keberhasilan aksi bom bunuh diri tersebut. Selain kecerdasan, seorang pemimpin aksi teror juga membutuhkan kemampuan organisasi dan kepemimpinan. Para pelaku

Dikomentari [u125]: Mohon di kaji ulang apakah tulisan ini perlu atau tidak?

Dikomentari [u126]: *simptom*

teror yang telah tertangkap terbukti juga memiliki keluarga dan menjalin hubungan kekerabatan secara normal. Mereka juga mempunyai anak, dan menunjukkan perilaku yang menyangi keluarganya. Kecerdasan, kemampuan berorganisasi, dan kehidupan berkeluarga yang wajar menunjukkan bukti bahwa para pelaku teror ini adalah orang yang relatif normal, atau tidak tepat jika dikatakan sebagai penderita ketidakehatan jiwa.

Crenshaw (1998) menyebutkan bahwa tindakan terorisme bukanlah merupakan tindakan yang irasional namun sebagai hasil dari *strategic choice*, sehingga tindakan kekerasan yang diambil dalam kegiatan terorisme adalah suatu pilihan dan bukan sesuatu yang tidak dikehendaki. Hal ini menunjukkan bahwa aksi terorisme dilakukan oleh orang yang rasional.

Penulis juga meyakini bahwa aksi teror dilakukan dengan proses yang panjang. Pelaku akan melakukan operasi *klandestin* dengan mempelajari sasaran, perkiraan korban, rute yang dilalui, bahkan dampak yang akan terjadi pasti juga sudah diperkirakan. Untuk melakukan hal seperti ini tentu saja diperlukan suatu tingkat kecerdasan tertentu. Meskipun dalam aksi bom bunuh diri bisa saja pelaku tinggal menjalankan dengan instruksi orang lain.

5. PRO DAN KONTRA KAJIAN TERORISME DAN KESEHATAN MENTAL

Ada beberapa perbedaan pendapat dan Kontroversi seputar asosiasi antara terorisme dan penyakit mental. Menurut Lankford (2014) mayoritas teroris yang direkrut sebagai bagian dari operasi kelompok tidak memiliki psikopatologi. Pelaku lebih mungkin dimotivasi oleh kelompok dan faktor eksternal (Stoddard, 2011 ; Horowitz, 2015). Weatherson dan Moran (2003) berpendapat bahwa individu dengan ciri-ciri kepribadian paranoid, antisosial dan sadomasokis terkait dengan

Dikomentari [u127]: di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u128]: Weatherston, D., & Moran, J. (2003). Terrorism and mental illness: is there a relationship? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(6), 698–713.

perilaku terorisme. Sedangkan menurut Merari, Diamant, dan Bibi (2009) pelaku bom bunuh diri lebih cenderung memiliki gaya kepribadian impulsif dan tidak stabil secara emosional.

Dikomentari [u129]: Tidak boleh ditulis di awal kalimat

Pelaku tunggal terorisme lebih sering dikaitkan dengan penyakit mental, karena kemungkinan besar dikucilkan secara sosial yang kemudian mempengaruhi kepribadian yang dapat menjadi pencetus penyakit mental. Penelitian yang dilakukan oleh Corner & Gill (2015) melaporkan bahwa 43% dari pelaku tunggal teroris memiliki riwayat penyakit jiwa, dan kemungkinan pelaku tunggal memiliki penyakit jiwa adalah 13,49 kali lebih tinggi daripada kemungkinan pelaku kelompok memiliki penyakit jiwa. Penelitian lainnya oleh Merari, Diamant, dan Bibi (2009) menunjukkan bahwa 40% pelaku bom bunuh diri Palestina yang dipenjarakan dinilai memiliki gejala klinis perilaku bunuh diri dan 53,3% memiliki kecenderungan depresi.

Dikomentari [u130]: Mempengaruh atau mempengaruhi

Dikomentari [u131]: Corner, E., Gill, P., & Mason, O. (2016). Mental health disorders and the terrorist: a research note probing selection effects and disorder prevalence. *Studies in Conflict & Terrorism*, 39, 560–8

Beberapa peneliti telah membantah bahwa tipe kepribadian tertentu, seperti individu dengan kecenderungan paranoid, antisosial atau sadomasokis terkait dengan terorisme, karena bisa saja individu yang marah dan getir karena marginalitas juga tertarik pada kekerasan yang dipupuk oleh terorisme. Selain itu, individu yang tidak stabil secara emosional masih dapat digunakan secara strategis oleh organisasi teroris sebagai aset sekali pakai untuk melakukan serangan bunuh diri (Cyrus, Quek, Roger & Choo, 2019).

Sebuah meta-analisis oleh Campelo, Oppetit, dan Neau (2018) dari 22 studi tentang pemuda Eropa yang teradikalisasi oleh menghasilkan model yang diusulkan untuk mengidentifikasi faktor risiko radikalisasi di kalangan remaja Eropa dan dewasa muda. Faktor risiko sosial-lingkungan yang termasuk: disfungsi keluarga, persahabatan dengan individu yang teradikalisasi, lingkungan geopolitik yang tidak stabil, dan polarisasi sosial (kondisi sosial ekonomi yang tidak setara dinegara tersebut). Namun, satu

kelemahan utama dalam studi tersebut adalah analisis yang digunakan sebagian besar didasarkan pada studi kualitatif.

Penelitian lainnya oleh Bazex, Benezech dan Mensach (2017) menemukan bahwa sebagian besar pemuda yang teradikalisasi pernah mengalami permasalahan pada masa kanak-kanak, yaitu berkaitan dengan gaya pengasuhan yang buruk ditandai, adanya riwayat upaya bunuh diri, dan kecacatan.

Moller-Leimkuhler (2018) mengemukakan bahwa laki-laki bisa menjadi radikal karena ketidakbahagiaan, ketidaksesuaian antara tingkat pendidikan dan pekerjaan, dan stagnasi ekonomi di negara tersebut. Sedangkan perempuan juga berisiko mengalami radikalisasi akan tetapi tidak bervariasi secara signifikan, berbeda dengan laki-laki yang dipengaruhi oleh konteks nasionalisme, trauma, balas dendam dan marginalisasi (Speckhard 2007).

Selain dipengaruhi faktor sosial-lingkungan, menurut Bogerts (2018) pelaku kekerasan juga dipengaruhi oleh faktor neurobiologis, seperti penurunan materi abu-abu di korteks orbitofrontal dan prefrontal, penurunan volume dari semua struktur temporo limbik dan korteks cingulate posterior, berkurangnya konektivitas fungsional antara korteks frontal dan area limbik, insula anterior, dan korteks cingulate posterior, dan adanya defisit struktural dan fungsional di daerah otak yang penting untuk empati dan kasih sayang, serupa dengan individu dengan gangguan kepribadian antisosial, juga telah ditemukan (Blair 2005 ; Marazziti 2013).

Perdebatan mengenai kaitan agama dan terorisme, saat ini tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa agama merupakan faktor penyebab terorisme. Sebaliknya, eksploitasi ideologi dan larangan yang disengaja untuk mengakomodasi proses pemikiran alternatif dapat memicu terorisme (Tarlow, 2017).

Dikomentari [u132]: Bazex, H., Bénézech, M., & Mensat, J. Y. (2017).

Dikomentari [u133]: Tidak boleh ditulis di awal kalimat

BAB 10.

RESILIENSI DAN KESEHATAN MENTAL

Tujuan Umum Pembelajaran

Mahasiswa akan memahami resiliensi dan perannya dalam kesehatan mental

Tujuan Khusus Pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan peran resiliensi dalam kesehatan mental

Resiliensi lebih dikenal dengan sebutan ketahanan atau ketangguhan, Resilien umumnya dikonseptualisasikan sebagai kemampuan untuk beradaptasi dan berkembang meskipun mengalami kesulitan (Masten et al., 1995; Elder, 1998; Masten & Coatsworth, 1998). Seorang individu yang tangguh telah diuji (Rutter, 2006) dan terus menunjukkan respons stres psikologis dan fisiologis yang sehat (McEwen, 2003; Charney, 2004). Beberapa peneliti mengalami kesulitan dalam mengoperasionalkan ketahanan pada tingkat neurobiologis. Ahli saraf telah berfokus pada kapasitas untuk mengalami stres tanpa mengembangkan penyakit mental (Conrad & Hammen, 1989; Tiet et al., 1998; New et al., 2009); yang lain kurang menekankan pada perkembangan gejala kejiwaan dan, sebaliknya, fokus pada kemampuan untuk pulih dari penyakit mental dengan (atau tanpa) pengobatan (Nitschke et al., 2009).

Istilah resiliensi dalam dunia psikologi perkembangan disebutkan oleh Block (dalam Papalia, Olds, dan Feldman, 2009) dengan sebutan *ego resilience* pada teori kepribadian tipologis yang dikemukakannya. Model kepribadian tipologis ini menyatakan ada tiga dasar kepribadian yaitu *ego*

resilience (ego-ulet), *overcontrolled* (kontrol berlebihan) dan *undercontrolled* (kekurangan kontrol). *Ego resilience* dapat diartikan sebagai kemampuan beradaptasi terhadap sumber **stress** potensial (Papalia, Olds, dan Feldman, 2009).

Dikomentari [u134]: stres

1. DEFINISI RESILIENSI

Teori resiliensi sudah sangat banyak di ajukan oleh para ahli, di antaranya mengacu pada resiliensi sebagai karakteristik individual yang menghambat efek negatif dari stres dan menghasilkan perubahan yang positif (Wagnild & Young, 1993), sebuah proses transaksional antara individu dengan lingkungannya (Kumpfer, 1999), kemampuan untuk mengatasi dan berbuat baik dalam hidup meskipun harus menghadapi sejumlah kesulitan Arve Gunnestad (2006), kemampuan seseorang untuk menghadapi masalah, mengatasi rintangan, atau menahan tekanan yang disebabkan oleh situasi yang merugikan, tanpa mengalami perpecahan (Fernandes, Amaral dan Varajao, 2016).

Bonanno (2004 & 2008) menjelaskan bahwa resiliensi merupakan kemampuan individu untuk membangun ketahanan fisik serta psikis ketika mengalami peristiwa traumatis, atau keadaan tidak normal yang berpotensi mengancam jiwa, untuk membangun kehidupan kembali normal, sehingga mendapatkan emosi yang positif dan pengalaman baru. Hal ini sejalan dengan apa yang dijelaskan oleh Shatte dan Reivich (2002) yang menyebutkan bahwa resiliensi adalah kemampuan untuk merespon secara sehat dan produktif ketika menghadapi rintangan atau trauma.

Menurut Grotberg (1995) resiliensi adalah kemampuan manusia untuk menghadapi, mengatasi, menjadi kuat ketika menghadapi rintangan dan hambatan. Resiliensi bukan merupakan suatu keajaiban, tidak hanya ditemukan pada sebagian manusia dan bukan merupakan sesuatu yang berasal dari sumber yang tidak jelas. Setiap manusia memiliki kemampuan

Dikomentari [u135]: Bonano, G. A. (2004). *Loss, Trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive event*. American Psychologist Association

untuk menjadi resilien dan setiap orang mampu untuk belajar bagaimana menghadapi rintangan dan hambatan dalam hidupnya.

Connor dan Davidson (2003) menjelaskan bahwa resiliensi sebagai sebuah kualitas personal seseorang yang memungkinkannya untuk berkembang dalam menghadapi kesulitan dalam hidup. Melalui kualitas personal yang dimilikinya, diharapkan individu yang mengalami kesulitan dalam hidup dapat bangkit dan tidak kalah dengan keadaan. Hal yang sama juga diutarakan oleh Papalia, Olds dan Feldman (2003) yang menjelaskan resiliensi merupakan sikap ulet dan tahan banting yang dimiliki seseorang ketika dihadapkan dengan keadaan yang sulit.

Zautra, Arewasikporn, dan Davis (2010) memaparkan bahwa resiliensi merupakan respon adaptif terhadap kesulitan yang dihadapi. Tiga komponen utama dari hasil respon adaptif diidentifikasi dari pemulihan, keberlanjutan, dan pertumbuhan. Individu yang menunjukkan resiliensi ditandai dengan kekuatan dan kemampuan untuk bangkit dari keterpurukan, yaitu dengan cara memperoleh pengalaman baru, bangkit dan berkembang menjadi lebih baik dari kesulitan yang dihadapinya. Oleh sebab itu, tingkat resiliensi yang membuat seseorang mampu untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang demikian dinamakan resiliensi (Sales, 2005).

Grotberg (1995) mendefinisikan resiliensi sebagai kapasitas universal yang memungkinkan seseorang, kelompok atau masyarakat untuk mencegah, meminimalkan atau mengatasi dampak kemalangan yang merusak. Ada tiga sumber resiliensi menurut Grotberg (1995) yaitu *I have*, *I am*, dan *I can*. *I have* merupakan faktor dukungan eksternal dan sumber daya yang menghasilkan resiliensi seperti rasa dicintai, ada orang yang selalu menolong dan melindungi individu tersebut, dan lain-lain. *I am* adalah kekuatan internal dan pribadi individu seperti perasaan, sikap, dan keyakinan di dalam diri. *I can* adalah keterampilan sosial dan interpersonal individu.

Dikomentari [u136]: Connor, K. M., Davidson, Jonathan R. T. (2003)

Dikomentari [u137]: Di daftar Pustaka belum ada

individu belajar keterampilan ini dengan berinteraksi dengan orang lain dan dari mereka yang mengajar mereka.

Masten (2001) mengemukakan bahwa resiliensi mengacu pada kelas fenomena yang dicirikan oleh hasil yang baik dalam limpahan ancaman serius terhadap adaptasi atau pengembangan. Masten juga memahami bahwa proses sangat penting diperhatikan untuk mengetahui bagaimana hasil yang baik dapat muncul. Individu tidak dianggap resilien jika tidak pernah ada ancaman signifikan terhadap perkembangan hidupnya, harus ada keadaan bahaya (*hazard*) saat ini atau masa lalu yang dinilai memiliki potensi untuk menggagalkan pengembangan normatif.

Menurut Reivich dan Shatte (2003), resiliensi merupakan kemampuan untuk tetap gigih dan beradaptasi ketika terjadi sesuatu yang "salah" dalam hidupnya. Resiliensi bukan bawaan, namun bisa dipelajari oleh setiap orang dan bisa ditingkatkan karena resiliensi pada hakikatnya berada di bawah kontrol manusia itu sendiri. Individu dituntut tidak hanya bangkit dari kesulitan yang dihadapi, tetapi mampu mengembangkan kemampuan diri yang bersifat positif dalam melanjutkan kehidupan. Reivich dan Shatte (2003) sangat berkeyakinan bahwa pemikiran manusia tentang masalah yang dihadapi sangat berpengaruh pada daya resiliensi individu. Oleh sebab itu, Reivich dan Shatte (2003) mengembangkan cara-cara untuk menjadi orang yang resilien dengan mengubah pemikiran individu tentang masalah sehingga individu dapat membangun resiliensi yang lebih besar dan sukses menjadi individu yang resilien.

Bonnano (2004) menyatakan bahwa resiliensi adalah kemampuan orang dewasa dalam keadaan normal yang terpapar pada kejadian terisolasi dan berpotensi mengganggu kehidupan seperti kematian hubungan dekat atau situasi yang mengancam jiwa atau mengancam jiwa menyebabkan tingkat fungsi psikologis dan fisik yang relatif stabil dan sehat. Resiliensi juga didefinisikan sebagai kapasitas untuk pengalaman generatif dan emosi positif. Bonnano, Galea, Bucciarelli, dan Vlahov (2007) menyatakan bahwa poin

Dikomentari [u138]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u139]: Reivich,K. & Shatte, A. (2002)

Dikomentari [u140]:

Dikomentari [u141]:

Dikomentari [u142]: Bonano, G. A. (2004)

utama dari teori tersebut adalah meskipun individu yang resilien mungkin mengalami beberapa disregulasi dan variabilitas jangka pendek dalam kesehatan emosional dan fisik mereka, reaksi individu terhadap penanda PTE (*Post traumatic event*) cenderung relatif singkat dan biasanya tidak menghalangi kemampuan individu tersebut untuk berfungsi pada tingkat signifikan.

Coutu (dalam Scharff, 2015) menyatakan ada tiga karakteristik orang yang resilien, yaitu ; penerimaan realitas yang teguh, keyakinan mendalam yang ditopang oleh nilai-nilai yang kuat bahwa hidup itu bermakna, dan terakhir adalah kemampuan luar biasa untuk berimprovisasi. Manusia dapat bangkit kembali dari kesulitan hanya dengan satu atau dua dari karakteristik saja, tapi manusia seringkali memiliki ketiga karakteristik kualitas tersebut. Orang yang tangguh menghadapi kenyataan dengan gigih, mengambil makna dari kesulitan daripada hanya menangis putus asa, dan berimprovisasi mengenai solusi dari “udara yang tipis” (keadaan genting). Prinsip dari resiliensi ini bisa membantu menjelaskan mengapa beberapa orang membutuhkan waktu pemulihan. Definisi menurut Connor dan Davidson (2003) yang menyebutkan bahwa resiliensi adalah sebuah kualitas personal seseorang yang memungkinkannya untuk berkembang dalam menghadapi kesulitan dalam hidup dengan kualitas personalnya yang dimilikinya, diharapkan individu yang mengalami kesulitan dalam hidup dapat bangkit dan tidak kalah dengan keadaan

2. FAKTOR DALAM RESILIENSI

Menurut Luthar, Cicchetti, dan Becker (2007), resiliensi menggambarkan tiga fenomena yaitu perkembangan positif yang dihasilkan oleh anak dalam konteks berisiko tinggi, kompetensi yang dimungkinkan muncul di bawah tekanan yang berkepanjangan, dan kesembuhan dari trauma. Menurut Fadzlul et al. (2016), faktor risiko dan faktor protektif dikenal sebagai

Dikomentari [u143]: Connor, K. M., Davidson, Jonathan R. T. (2003)

Dikomentari [u144]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u145]: Di daftar pustaka belum ada

pelindung perilaku seseorang. Seseorang yang mengetahui faktor risiko dan faktor protektif cenderung menunjukkan perilaku positif. Beberapa faktor resiliensi menurut para ahli terdapat dalam tabel 1.

Tabel 1. Faktor resiliensi menurut beberapa ahli

Kumpfer (1999)	Bonanno, Galea, Bucciarelli, dan Vlahov (2007)	Reivich dan Shatte (2003)
Stressor	Demografis	Regulasi emosi
External environmental context	Sumber daya	Pengendalian impuls
Person-environment interactional processes	Peningkatan stress hidup	Optimisme atau Optimisme Realitas
Internal self characteristics	-	Empati
Resilience process	-	Efikasi Diri
Positive outcome	-	Causal Anlisis
-	-	Reaching out

Dikomentari [u146]: stresor

Wagnild & Young Young (1993), menyebutkan karakteristik resiliensi sebagai berikut,

- a. *Maningfulness*, memiliki tujuan tentang apa yang harus dilakukan dalam hidup.
- b. *Perseverance*, keinginan untuk terus maju meskipun mengalami kesulitan dan kekecewaan.
- c. *Self reliance*, Percaya kepada diri sendiri, dengan pemahaman yang jelas mengenai kelebihan dan kekurangan yang dimilikinya.

Dikomentari [u147]: di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u148]: karakteristik

- d. *Equanimity*, Keseimbangan dan harmoni. Seorang individu yang resilien akan terbuka terhadap banyak kemungkinan.
- e. *Existential aloneness*, Individu yang resilien akan belajar bagaimana cara untuk hidup dengan dirinya sendiri.

Lebih lanjut Reivich dan Shatte (2003) menyatakan ada empat fungsi umum resiliensi bagi individu, yaitu :

- a. *Overcome* (menghadapi masalah)

Resiliensi dibutuhkan untuk menghadapi kesulitan-kesulitan yang dihadapi individu seperti mengatasi hambatan masa kecil, rumah yang rusak, kemiskinan, atau bahkan pelecehan baik secara emosional maupun fisik. Individu membutuhkan resiliensi untuk membuat individu "meninggalkan" kerusakan yang mungkin terjadi di masa muda dan bertanggung jawab untuk menciptakan kedewasaan yang diinginkan.

- b. *Steer Through* (mengatasi)

Semua individu membutuhkan resiliensi untuk mengatasi kesulitan sehari-hari. Seperti argumen dengan teman dan keluarga, atau ketidaksepakatan dengan atasan. Hidup kaya akan stres dan kerepotan, tapi jika individu tersebut resilien, maka individu tersebut tidak akan membiarkan kesengsaraan kehidupan sehari-hari mengganggu produktivitas dan kesejahteraan.

- c. *Bounce back* (bangkit kembali)

Setiap individu pasti pernah berada dalam sebuah kejadian yang berpengaruh besar dalam merubah kehidupan. Mungkin pada beberapa individu, kehilangan pekerjaan atau perceraian dapat membuat individu tersebut terpuruk, tetapi bagi orang lain, bisa jadi kematian orang tua atau anak. Hal tersebut adalah krisis monumental yang membatasi resiliensi seseorang. Tergantung pada kadar resiliensi yang dimiliki, individu akan menjadi tidak berdaya dan menyerah, atau akan bangkit kembali dan menemukan cara untuk melangkah maju.

Dikomentari [u149]: Reivich,K. & Shatte, A. (2002)

d. *Reach out* (pencapaian)

Kegunaan ini bersifat reaktif, menentukan respon individu terhadap kesengsaraan. Reivich dan Shatte (2003) juga mengeksplorasi fungsi keempat resiliensi yang lebih dari sekedar melindungi dan mempertahankan diri. Tujuan tersebut yaitu untuk menemukan makna dan tujuan baru dalam hidup dan terbuka terhadap pengalaman dan tantangan baru. Individu dapat menerapkan resiliensi untuk berjuang menggapai impian sehingga individu tersebut dapat mencapai impiannya.

Dikomentari [u150]: Reivich, K. & Shatte, A. (2002)

Resiliensi merupakan periode atau tahapan sebagai hasil ketika seseorang menghadapi sebuah ancaman atau kondisi yang menekan. Menurut Carver (1998) ada empat level yang dapat terjadi ketika seseorang mengalami situasi yang cukup menekan (*significant adversity*) yaitu :

a. *Succumbing* (mengalah)

Merupakan istilah untuk menggambarkan kondisi yang menurun dimana individu mengalah (*succumbs*) atau menyerah setelah menghadapi suatu ancaman atau kondisi yang menekan. Level ini merupakan kondisi ketika individu menemukan atau mengalami kemalangan yang terlalu berat bagi mereka. Penampakan (*outcomes*) dari individu yang berada pada kondisi ini berpotensi mengalami depresi, narkoba sebagai pelarian, dan pada tataran ekstrim bisa menyebabkan individu bunuh diri.

b. *Survival* (bertahan)

Pada level ini individu tidak mampu meraih atau mengembalikan fungsi psikologis dan emosi yang positif setelah saat menghadapi tekanan. Efek dari pengalaman yang menekan sangat melemahkan mereka yang membuat mereka gagal untuk kembali berfungsi secara wajar (*recovery*). Individu pada kondisi ini bisa mengalami perasaan, perilaku dan kognitif yang negatif yang berkepanjangan seperti menarik diri dalam hubungan sosial, berkurangnya kepuasan kerja, dan depresi.

c. Pemulihan (*recovery*)

Merupakan kondisi ketika individu mampu pulih kembali (*bounce back*) pada fungsi psikologis dan emosi secara wajar dan dapat beradaptasi terhadap kondisi yang menekan, meskipun masih menyisakan efek dari perasaan yang negatif. Dengan demikian individu dapat kembali beraktivitas dalam kehidupan sehari-harinya, mereka menunjukkan diri mereka sebagai individu yang resilien.

d. *Thriving* (berkembang dengan pesat)

Pada kondisi ini individu tidak hanya mampu kembali pada level fungsi sebelumnya setelah mengalami kondisi yang menekan, namun mereka mampu melampaui level ini pada beberapa aspek. Proses pengalaman menghadapi dan mengatasi kondisi yang menekan dan menantang hidup mendatangkan kemampuan baru yang membuat individu menjadi lebih baik. Hal ini dapat termanifestasi pada perilaku, emosi dan kognitif seperti *sense of purpose of in life*, kejelasan visi, lebih menghargai hidup, dan keinginan akan hubungan sosial yang positif.

Resiliensi merupakan proses interaksi aktif antara individu dan lingkungannya, Kumpfer (1999) menjelaskan, bahwa ada enam faktor resiliensi, yaitu :

1. *Stressor* atau tantangan hidup

Level stres yang di terima tergantung pada persepsi, penilaian kognitif, dan interpretasi masing-masing individu untuk menilai stres tersebut sebagai hal yang mengancam.

2. *External environmental context*

meliputi keseimbangan dan interaksi antara faktor resiko dan faktor protektif

Dikomentari [u151]: Di daftar pustaka belum ada

3. *Person-environment interactional processes*

Meliputi proses transaksional antara individu dan lingkungannya ketika individu berusaha secara aktif maupun pasif untuk mengatasi ancaman dan lingkungan yang menyulitkan.

4. *Internal self characteristics*

Keadaan internal individu dalam kekuatan atau kompetensi spiritual, kognisi, sosial, fisik, dan emosional atau afeksi.

5. *Resilience process*

Meliputi resiliensi jangka pendek dan jangka panjang dan juga proses *coping* yang dipelajari individu melalui paparan bertahap terhadap tantangan hidup.

6. *Positive outcomes*

Adaptasi hidup yang berhasil pada tugas perkembangan yang spesifik yang kemudian membantu adaptasi positif pada tugas perkembangan berikutnya.

3. RESILIENSI DAN SOSIAL BUDAYA

Menurut Unggar (2008) beberapa penelitian sudah menekankan kepada pentingnya hubungan antara resiliensi dan budaya. Penelitian-penelitian awal tentang resiliensi mengacu kepada hal yang dimiliki oleh individu untuk menyesuaikan diri dalam lingkungan yang penuh tekanan (Clauss-Ehlers, Yang, & Chen, 2008).

Ploner (2011) menjelaskan bahwa resiliensi sangat jarang dikaitkan dengan keragaman struktural atau demografis yang sedang berlangsung melalui internasionalisasi di seluruh Universitas di dunia. Perpindahan melintasi lingkungan geografis, bahasa, budaya, dan akademik yang berbeda mengharuskan mahasiswa memiliki tingkat adaptasi yang tinggi, kemampuan menyelesaikan masalah, dan kegigihan, jika seseorang memperhitungkan banyaknya potensi untuk mengeksplorasi perspektif budaya dan interaksi yang penting di dalam lingkungan kampus yang semakin beragam, semuanya

Dikomentari [u152]: Di daftar Pustaka: Ungar, M. (2012)?

Dikomentari [u153]: Di daftar Pustaka belum ada

digambarkan sebagai komponen kunci untuk pengembangan resiliensi dan pemikiran yang tangguh untuk tidak mudah menyerah (Wang, 2009).

Dikomentari [u154]: Di daftar Pustaka belum ada

Penelitian mengenai pengaruh resiliensi dengan budaya pernah dilakukan oleh Clauss-Ehlers (2008) dalam penelitiannya menemukan bahwa identifikasi terhadap etnis dan gender seseorang adalah faktor yang penting dalam proses *coping* dan resiliensi pada beberapa populasi masyarakat. Clauss-Ehlers (2008) dalam penelitiannya berfokus kepada stres dan resiliensi pada mahasiswa dari berbagai latar belakang budaya. Dari hasil penelitian tersebut diketahui bahwa mahasiswa yang mempelajari sejarah dan tradisi budayanya memiliki resiliensi yang lebih baik dibanding dengan mahasiswi yang tidak terlibat didalam dalam tradisi budayanya.

Dikomentari [u155]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u156]:

4. RESILIENSI KELUARGA

5. RESILIENSI KOMUNITAS

6. RESILIENSI DAN BUDAYA PADA SITUASI KHUSUS

Dikomentari [u157]: Belum ada penjelasannya

BAB 11.

KONTEKS DAN PROSES SOSIAL KESEHATAN MENTAL

Tujuan Umum Pembelajaran

Mahasiswa akan memahami konteks dan proses sosial kesehatan mental

Tujuan Khusus Pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan konteks dan proses sosial kesehatan mental

Masalah kesehatan mental dipahami dan dijelaskan melalui biologis, psikologis, dan kerangka kerja sosial budaya (Kendler, 2008). Mereka mungkin dikonseptualisasikan sebagai masalah pribadi yang hanya mempengaruhi kehidupan individu; bagaimanapun, mereka adalah juga masalah kesehatan masyarakat yang terkait dengan masalah publik dan sistem sosial (Mills, 1959).

Penelitian menunjukkan bahwa gangguan mental memiliki kedua faktor penyebab sosial dan konsekuensi sosial (Aneshensel & Phelan, 1999). Kebutuhan dan penggunaan perawatan kesehatan mental di seluruh kelompok demografis adalah subjek yang luas dan penelitian empiris yang sedang berlangsung dalam epidemiologi psikiatri, termasuk klinis dan studi berbasis komunitas di Amerika Serikat (Kessler, 1994). Kesehatan mental sistem perawatan digunakan oleh berbagai individu yang mengalami lintasan dan penyakit karir penyakit, dan individu-individu ini dipengaruhi oleh konteks budaya keduanya kesehatan dan perawatan kesehatan (Pescosolido, 2006).

Dikomentari [u158]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u159]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u160]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u161]: Di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u162]: ?

Dikomentari [u163]: rancu

Dikomentari [u164]: di daftar Pustaka belum ada

Perawatan kesehatan mental membantu individu dan komunitas menanggapi kesehatan mental masalah. Organisasi dan distribusi perawatan kesehatan mental bervariasi dalam konteks dan struktur sosial, dalam sistem organisasi dan institusi yang dinamis (Scheid & Greenberg, 2007). Perawatan kesehatan mental disediakan oleh para profesional di organisasi sektor publik dan swasta, dipimpin oleh dokter yang semakin meningkat terintegrasi dengan rumah sakit dan sistem perawatan kesehatan (Rundall, Shortell, & Alexander, 2004).

Dikomentari [u165]: rancu

Dikomentari [u166]: di daftar Pustaka belum ada

Dikomentari [u167]: di daftar Pustaka belum ada

Sistem kesehatan memiliki tanggung jawab yang vital dan berkelanjutan untuk kesehatan masyarakat sepanjang umur. Mereka sangat penting untuk perkembangan individu, keluarga, dan masyarakat yang sehat di mana pun. Kemajuan nyata di bidang kesehatan menuju Tujuan Pembangunan Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa dan prioritas kesehatan nasional lainnya sangat bergantung pada sistem kesehatan yang lebih kuat berdasarkan perawatan kesehatan primer.

Dikomentari [u168]: ?

Meningkatkan kesehatan jelas merupakan tujuan utama dari setiap sistem kesehatan, tetapi ini bukan satu-satunya. Tujuan dari kesehatan yang baik itu sendiri sebenarnya ada dua: tingkat rata-rata terbaik yang dapat dicapai - kebaikan - dan perbedaan terkecil yang mungkin terjadi di antara individu dan kelompok - keadilan. Kebaikan berarti sistem kesehatan merespons dengan baik apa yang diharapkan orang, dan keadilan berarti merespons sama baik kepada semua orang, tanpa diskriminasi.

1. INDIVIDU, ORGANISASI, DAN SISTEM

Untuk menggambarkan organisasi perawatan masalah kesehatan mental, penelitian di bidang sosial ilmu pengetahuan telah menciptakan teori, ukuran, dan metode penelitian pada tiga tingkatan abstraksi dan analisis:

1. Kesehatan mental dan gangguan antar individu
2. Perawatan kesehatan mental yang disediakan dalam organisasi

3. Perangkat dan sistem organisasi yang memberikan perawatan dalam kelembagaan Lingkungan

Dalam dunia yang kompleks saat ini, mungkin sulit untuk mengatakan dengan tepat apa itu sistem kesehatan, terdiri dari apa, dan di mana ia dimulai dan diakhiri. Artinya batas antara sistem kesehatan dan kesejahteraan tidak tajam dan jelas. Sistem kesehatan mencakup semua kegiatan dengan tujuan untuk meningkatkan, memulihkan, dan memelihara kesehatan. Artinya sistem kesehatan adalah kompleks dari unsur-unsur yang saling terkait yang berkontribusi terhadap kesehatan di rumah, lembaga pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan masyarakat, serta lingkungan fisik dan psiko-sosial serta kesehatan dan sektor terkait. Sistem kesehatan biasanya diselenggarakan di berbagai tingkatan, mulai dari tingkat paling pinggiran, juga dikenal sebagai tingkat masyarakat atau tingkat dasar pelayanan kesehatan, dan berlanjut sampai tingkat menengah (kabupaten, regional atau provinsi) hingga tingkat pusat. Tingkat menengah dan pusat menangani elemen-elemen sistem kesehatan yang memberikan perawatan dan dukungan yang semakin kompleks dan lebih terspesialisasi.

Prasarana sistem kesehatan mencakup layanan, fasilitas, lembaga atau instansi, organisasi, dan mereka yang mengoperasikannya untuk menyelenggarakan berbagai layanan dan program kesehatan. Mereka menyediakan perawatan kesehatan bagi individu, keluarga, dan komunitas yang terdiri dari kombinasi tindakan promotif, protektif, preventif, diagnostik, kuratif dan rehabilitatif. Sumber daya kesehatan adalah semua sarana sistem perawatan kesehatan yang tersedia untuk operasinya, termasuk tenaga kerja, gedung, peralatan, perbekalan, dana, pengetahuan dan teknologi. Sektor kesehatan mencakup kementerian dan departemen pemerintah, organisasi dan layanan, skema jaminan sosial dan asuransi kesehatan, organisasi sukarela dan individu serta kelompok

swasta yang menyediakan layanan kesehatan. Tindakan lintas sektoral adalah tindakan di mana bidang kesehatan dan sektor terkait lainnya berkolaborasi untuk pencapaian tujuan bersama. Sektor yang berbeda harus dikoordinasikan secara erat dalam tindakan kesehatan. Tindakan multisektoral biasanya merupakan istilah yang identik dengan tindakan intersektoral, tindakan intersektoral menekankan pada elemen koordinasi dan multisektoral merupakan kontribusi dari sejumlah sektor.

Pemahaman perawatan kesehatan mental di ketiga tingkat ini membutuhkan pengembangan dan mengevaluasi teori dan metode pada tingkat pengukuran dan analisis yang lebih tinggi, a tingkat abstraksi di atas dan di luar status kesehatan individu, perilaku individu, dan penggunaan perawatan kesehatan individu. Oleh karena itu, pahami tentang perawatan kesehatan mental organisasi dan sistem, kita harus memahami teori operasi organisasi dalam bidang organisasi dan lingkungan kelembagaan (Scott & Davis, 2007).

Dikomentari [u169]: ?

Dikomentari [u170]: Di daftar Pustaka belum ada

2. MENTAL HEALTH CARE ORGANIZATIONS

Penelitian layanan kesehatan mental tentang organisasi telah diinformasikan dan terinspirasi oleh teori kelembagaan (Scott, 2003; Scott & Davis, 2007) dan menurut ekologi-populasi teori (Aldrich, 1987). Masing-masing perspektif makro-teoretis ini menyertakan file praktek perawatan kesehatan mental dalam kelompok dan jaringan organisasi. Ini perspektif memeriksa bentuk struktural dari organisasi perawatan kesehatan mental dalam populasi, jaringan sosial, dan lingkungan, memungkinkan pembaca untuk memahami cara organisasi perawatan kesehatan mental terkait dengan sosial yan lebih besar konteks.

Teori kelembagaan meneliti pengaruh lingkungan kelembagaan di struktur, fungsi, dan adaptasi organisasi dalam bidang organisasi (Scott, 2001). Dalam teori ini, analisis dikelompokkan menjadi tiga tingkatan:

Dikomentari [u171]:

Dikomentari [u172]: Di daftar pustaka belum ada

Dikomentari [u173]:

psikologis sosial studi tentang hubungan individu, studi struktur organisasi dan proses, dan studi ekologi dari organisasi yang saling bergantung dalam kelembagaan lingkungan (Scott & Davis, 2007). Teori kelembagaan telah diterapkan untuk menjelaskan sekolah sebagai sistem terbuka dan langgar digabungkan dan kemudian diperluas untuk memahami perusahaan dan pengaturan perawatan kesehatan. Teori kelembagaan juga menjadi berpengaruh dalam perluasan dan evaluasi manajemen kualitas total dalam organisasi (Scott, 2001).

Dikomentari [u174]:

Jaringan antar organisasi dan antarpribadi melibatkan pertukaran dan berbagi sumber daya, sehingga menciptakan saling ketergantungan (Scott & Davis, 2007). Jaringan antar organisasi mempromosikan pertukaran ekonomi pasar, berkembang struktur sosial di sektor pasar. Jaringan yang saling terkait mempromosikan informasi bertukar lebih dari kendali. Ada banyak sistem klasifikasi untuk antar organisasi jaringan dan aliansi bisnis, yang dapat digunakan untuk menjelaskan keseluruhan industri dan sektor ekonomi.

Dikomentari [u175]:

Dikomentari [u176]:

Teori populasi-ekologi adalah pendekatan makro-sosiologis paralel untuk organisasi, dikembangkan untuk memahami kekuatan struktural yang membentuk organisasi dan populasi organisasi dari waktu ke waktu (Aldrich, 1987). Penelitian menggunakan populasi ekologi mempelajari penciptaan, difusi, dan adaptasi organisasi populasi dan bentuk organisasi dalam populasi bersaing yang berkembang organisasi (Hannan & Freeman, 1998). Menurut ekologi populasi, organisasi bentuk berkembang karena proses seleksi yang beroperasi pada beberapa organisasi sejenis. Perspektif ini mengadaptasi teori evolusi, menggunakan metafora dan konsep biologis untuk menggambarkan bagaimana populasi organisasi meningkat dan bentuk organisasi berkembang, dengan organisasi dan bentuk didirikan, beradaptasi dengan relung lingkungan tertentu, dan terkadang sekarat off, menyebabkan beberapa punah.

Dikomentari [u177]:

Dikomentari [u178]: Di daftar Pustaka belum ada

3. **MENTAL HEALTH CARE SYSTEMS AND NETWORKS**
4. **TRANSITIONS FROM YOUTH TO ADULT MENTAL HEALTH SYSTEMS**
5. **TANTANGAN DALAM MEMAHAMI PEMANFAATAN PERAWATAN KESEHATAN MENTAL**
 1. Apa yang Kita Ketahui tentang Siapa yang Menggunakan Layanan Formal?
 2. Teori Dominan Mencari-Bantuan
 3. Model Dominan dan Arah Baru dalam penggunaan layanan
6. **PENYAKIT MENTAL DAN SISTEM PERADILAN PIDANA**
7. **PERAWATAN KESEHATAN MENTAL DALAM ORGANISASI DAN SISTEM**
8. **INTEGRASI SISTEM LAYANAN BAGI ORANG DENGAN PENYAKIT MENTAL**

Dikomentari [u179]: Belum ada penjeleasannya/ uraiannya

BAB 12.

LABEL DAN STIGMA

Tujuan Umum Pembelajaran

Mahasiswa memahami tentang labelling dan stigma serta hubungannya dengan kesehatan mental

Tujuan Khusus Pembelajaran

Setelah mempelajari Bab ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan tentang label dan stigma dalam kesehatan mental.

Seiring peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia pekan lalu, diketahui bahwa kesadaran masyarakat Indonesia dalam isu ini dinilai terus meningkat, namun terganjal beberapa tantangan. Kesehatan tidak dilihat dari segi fisik saja tetapi dari segi mental juga harus diperhatikan agar tercipta sehat yang holistik. Seseorang yang terganggu dari segi mental dan tidak bisa menggunakan pikirannya secara normal maka bisa dikatakan mengalami gangguan kesehatan mental. Akar permasalahan pada kesehatan mental berasal dari tiga inti pokok. **Pertama** adalah pemahaman masyarakat yang kurang mengenai gangguan jiwa, **kedua** adalah stigma mengenai gangguan jiwa yang berkembang di masyarakat dan terakhir tidak meratanya pelayanan kesehatan mental.

Dulu Indonesia mungkin masih menutup mata ketika membahas gangguan jiwa karena dianggap hal yang tabu. Meski sudah banyak dibicarakan, sayangnya kesehatan mental masih dianggap stigma bagi beberapa orang. Indonesia dengan segala **keklenikannya** menganggap bahwa orang dengan masalah kesehatan mental adalah orang gila atau

Dikomentari [u180]: Lebih baik sebutkan tahunnya

Dikomentari [u181]: Baru dijelaskan 2, 1 lagi belum

Dikomentari [u182]: ?

kerasukan setan. Banyak juga yang menganggap orang dengan masalah kejiwaan adalah orang yang kurang pengetahuan agama dan tidak dekat dengan Tuhan. Padahal gangguan kejiwaan adalah kondisi medis di otak. Masyarakat masih memiliki stigma negatif terhadap penyintas kesehatan mental, cenderung menghindari dan tidak mau memberikan bantuan terhadap orang yang menderita gangguan kesehatan mental sehingga mempersulit dalam proses penanganan.

Stigma yang terus tumbuh di masyarakat dapat merugikan dan memperburuk bagi yang terkena label sosial ini. Individu yang terkena stigma di masyarakat sulit untuk berinteraksi sosial bahkan dalam kasus terburuk dapat menyebabkan individu melakukan tindakan bunuh diri. Selain itu penolakan untuk mencari pengobatan, penurunan kualitas hidup, kesempatan kerja yang lebih sedikit, penurunan peluang untuk mendapatkan pemukiman, penurunan kualitas dalam perawatan kesehatan, dan penurunan harga diri. Stigma pada dasarnya adalah fenomena sosial berakar pada hubungan sosial dan dibentuk oleh budaya dan struktur masyarakat. Jika stigma muncul dari hubungan sosial, solusi untuk memahami dan mengubah harus sama tertanam dalam mengubah hubungan sosial dan struktur yang membentuknya.

Meski sudah gencar yang mengampanyekan isu kesehatan mental, belakangan muncul orang-orang yang mengklaim dirinya punya masalah kesehatan mental. Masih banyak yang bingung ketika merespons orang yang mengalami depresi. Ini yang menjadi tugas buat kita semua terhadap edukasi tentang kesehatan mental. Peningkatan kesadaran kesehatan mental ini seharusnya dilanjutkan dengan pendidikan intervensi krisis mental tahap awal. Misal kalau merasa depresi, jangan langsung memvonis diri sendiri bahwa kamu nggak punya harapan. Namun, kesehatan mental di Indonesia masih terganjal masalah stigma. Banyak orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dinilai gila, tidak bisa sembuh, atau kurang pengetahuan agama.

Padahal, masih menurut Andreas, gangguan kejiwaan adalah kondisi medis di otak.

A. KONSEP LABEL DAN STIGMA

1. Definisi *Labeling*

Scheff (1966) membangun sebuah teori pelabelan formal penyakit mental yang sangat mendukung proses pelabelan dalam produksi penyakit mental yang stabil. Dalam teori Scheff ini, tindakan pelabelan sangat dipengaruhi oleh karakteristik sosial dari individu yang orang yang sedang diberi label, dan situasi sosial di mana interaksi mereka terjadi. Pelabelan didorong sebanyak oleh faktor-faktor sosial seperti itu oleh apa pun yang mungkin disebut gejala penyakit mental. Selain itu, menurut Scheff, setelah seseorang diberi label, kekuatan sosial yang kuat ikut bermain untuk menghasilkan pola stabil "penyakit mental."

Pada 1980-an Link dan rekan-rekannya mengembangkan teori pelabelan yang "dimodifikasi" yang memperoleh wawasan dari teori pelabelan asli, tetapi pelabelan tidak dianggap penyebab langsung penyakit mental (Link, 1982, 1987; Link, Cullen, Struening, Shrout, dan Dohrenwend, 1989). Teori tersebut menjelaskan proses dimana pelabelan dan stigma membahayakan keadaan hidup orang-orang dengan penyakit mental, merusak peluang kerja, jaringan sosial, dan harga diri mereka. Orang yang pernah mengalami label penyakit mental berada pada risiko yang lebih besar terhadap kambuh kembali penyakit mental. Teori pelabelan yang "dimodifikasi" juga memberikan penjelasan tentang bagaimana pelabelan dan stigma dapat menghasilkan penyakit mental dan bagaimana konsep dapat digunakan dalam menguji penjelasan dengan bukti empiris.

Teori dimulai dengan pengamatan bahwa orang mengembangkan konsep penyakit mental di awal kehidupan sebagai bagian dari sosialisasi (Angermeyer & Matschinger, 1996). Konsepsi

Dikomentari [u183]: rancu

orang menjadi teori awam tentang apa artinya memiliki penyakit mental (Angermeyer & Matschinger, 1994). Orang membentuk ekspektasi mengenai apakah kebanyakan orang akan menolak individu dengan penyakit mental sebagai teman, karyawan, tetangga, atau pasangan dekat dan apakah kebanyakan orang akan merendahkan seseorang dengan penyakit mental sebagai kurang dapat dipercaya, cerdas, dan kompeten. Keyakinan ini memiliki relevansi yang sangat menyentuh bagi orang yang memiliki penyakit mental yang serius, karena kemungkinan devaluasi dan diskriminasi menjadi relevan secara pribadi. Jika seseorang percaya bahwa orang lain akan merendahkan dan menolak orang dengan penyakit mental, sekarang dia harus takut bahwa penolakan ini akan berlaku secara pribadi. Mengharapkan dan takut ditolak, orang yang pernah dirawat di rumah sakit karena penyakit mental mungkin bertindak kurang percaya diri dan lebih defensif, atau mereka mungkin sama sekali menghindari kontak yang berpotensi mengancam. Hasilnya akan menjadi tegang dan interaksi sosial yang tidak nyaman dengan stigmatis potensial (Farina, Allen, dan Saul., 1968), jaringan sosial yang lebih terbatas (Link Cullen, Struening, Shrout, dan Dohrenwend., 1989), kualitas hidup yang terganggu (Rosenfield, 1997), harga diri yang rendah (Wright, Gronfein, & Owens, 2000), gejala depresi (Link, Struening, Rahav, Phelan, dan Nuttbrock., 1997), pengangguran, dan hilangnya pendapatan (Link, 1982, 1987).

Labeling merupakan pemberian julukan kepada kelompok atau seseorang atas ciri-ciri yang melekat pada dirinya. Ciri-ciri tersebut dapat berasal dari ciri fisik, ciri kolektif, karakter, penyakit yang diderita, etnik, dan golongan (Khoisiyah, 2014).

2. **Komponen Stigma**

Dikomentari [u184]: tersebut

Dikomentari [u185]: lebih baik ke halaman berikutnya

Link dan Phelan (2001) menjelaskan komponen stigma dalam kaitannya dengan pelabelan, stereotip, dan diskriminasi sebagai berikut:

1. *Distinguishing and labeling differences*, sebagian besar perbedaan manusia, seperti telinga berbulu atau sayuran yang disukai, tidak dianggap relevan secara sosial. Namun, beberapa perbedaan, seperti warna kulit dan preferensi seksual, saat ini mendapat penghargaan sosial yang tinggi. Pemilihan karakteristik yang menonjol dan pembuatan label untuk mereka adalah pencapaian sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma.
2. *Associating differences with negative attributes*, dalam komponen ini, perbedaan berlabel dikaitkan dengan stereotip negatif sedemikian rupa, misalnya, seseorang yang dirawat di rumah sakit karena penyakit mental dianggap memiliki risiko kekerasan.
3. *Separating "us" from "them"*, aspek ketiga dari proses stigma terjadi ketika label sosial berkonotasi dengan pemisahan "kita" dari "mereka". Misalnya, kelompok etnis atau nasional tertentu (Morone, 1997), orang dengan penyakit mental, atau orang dengan orientasi seksual yang berbeda dapat dianggap sebagai orang yang berbeda secara fundamental dari "kami".
4. *Emotional responses*, konseptualisasi stigma Link dan Phelan diperluas untuk memasukkan tanggapan emosional. Mereka mencatat bahwa stigma cenderung mengalami emosi marah, kesal, cemas, kasihan, dan takut. Emosi ini penting karena dapat dideteksi oleh orang yang distigmatisasi, sehingga memberikan pernyataan penting tentang tanggapan penstigmatis terhadapnya. Kemudian, respons emosional dapat membentuk perilaku selanjutnya terhadap orang atau kelompok yang

Dikomentari [u186]: di daftar Pustaka tidak ada

Dikomentari [u187]: Kemudian

distigmatisasi melalui proses yang diidentifikasi oleh teori atribusi (Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Dari sudut pandang orang yang distigmatisasi, emosi malu, malu, takut, terasing, atau marah mungkin terjadi.

5. *Status loss and discrimination*, ketika orang diberi label, dipisahkan, dan dikaitkan dengan karakteristik yang tidak diinginkan, sebuah alasan dibangun untuk menodevaluasi, menolak, dan mengecualikan mereka.
6. *The dependence of stigma on power*, ciri unik dari konseptualisasi Link dan Phelan (2001) adalah gagasan bahwa stigma sepenuhnya bergantung pada kekuatan sosial, ekonomi, dan politik. Kelompok dengan jumlah kekuatan yang lebih rendah (misalnya, pasien psikiatri) dapat memberi label, stereotip, dan memisahkan diri dari kelompok kekuatan yang lebih tinggi (misalnya, psikiater). Tetapi dalam kasus ini, stigma yang didefinisikan oleh Link dan Phelan tidak ada, karena kelompok yang berpotensi menstigmatisasi tidak memiliki kekuatan sosial, budaya, ekonomi, dan politik untuk mengilhami kognisi mereka dengan konsekuensi diskriminatif yang serius.

3. Bangkitnya Ketertarikan pada Stigma

Meskipun alasannya masih jauh dari sepenuhnya dipahami, sangat jelas bahwa telah terjadi peningkatan dramatis dalam minat stigma sejak perdebatan pelabelan muncul. Salah satu indikator meningkatnya minat ini adalah banyaknya artikel yang diterbitkan dengan kata stigma pada judul atau abstraknya. Menurut Link dan Phelan (2001) jumlah artikel seperti itu pada tahun 1980 berdiri di 19 untuk Medline dan 14 untuk Info Psik, tetapi meningkat secara dramatis pada akhir abad pada tahun 1999 menjadi 114 untuk Medline dan 161 untuk Info Psik. Hebatnya, hanya 6 tahun kemudian

pada tahun 2006 jumlahnya meningkat lebih dari dua kali lipat menjadi 416 untuk Medline dan 462 untuk Info Psik.

Stigma mengikis keyakinan bahwa gangguan mental adalah kondisi yang valid dan dapat diobati. Ini mengarahkan orang untuk menghindari bersosialisasi, mempekerjakan atau bekerja dengan, atau menyewa atau tinggal di dekat orang yang memiliki gangguan mental, terutama gangguan parah seperti skizofrenia. Stigma menghalangi masyarakat dari keinginan untuk membayar perawatan dan, dengan demikian, mengurangi akses konsumen ke sumber daya dan peluang untuk pengobatan dan layanan sosial. Ketidakmampuan atau kegagalan untuk mendapatkan pengobatan memperkuat pola destruktif dari harga diri rendah, isolasi dan keputusan. Stigma secara tragis merampas martabat orang dan mengganggu partisipasi penuh mereka dalam masyarakat. Itu harus diatasi.

B. STIGMA DALAM KAITANNYA DENGAN PELABELAN, STEREOTIP, DAN DISKRIMINASI

Dalam literatur tentang stigma, istilah tersebut telah digunakan untuk menggambarkan apa yang tampaknya merupakan konsep yang sangat berbeda. Hal ini telah digunakan untuk merujuk pada "tanda" atau "label" yang digunakan sebagai sebutan sosial, penautan label dengan stereotip negatif, atau kecenderungan untuk mengecualikan atau mendiskriminasi orang yang ditunjuk.

Tokoh terkenal **Goffman (1963)** memasukkan definisi yang agak berbeda, meskipun sangat instruktif. Sebagai konsekuensi dari variabilitas dalam penggunaannya, ada kebingungan tentang apa arti istilah tersebut. Selain itu, ketidakpuasan yang intens terhadap konsep tersebut muncul di beberapa kalangan karena dua alasan. Pertama, dikemukakan bahwa konsep stigma mengidentifikasi "atribut" atau "tanda" yang berada dalam diri seseorang sebagai sesuatu yang dimiliki

Dikomentari [u188]: Di daftar Pustaka belum ada

orang tersebut. Proses memilih dan memperbaiki label tidak dianggap bermasalah seperti yang seharusnya. Secara khusus, perhatian yang terlalu sedikit difokuskan pada identifikasi hanya satu karakteristik untuk arti penting sosial dari berbagai macam kemungkinan karakteristik yang mungkin telah dipilih sebagai gantinya. Kedua, terlalu banyak penekanan ditempatkan pada proses kognitif pembentukan kategori dan stereotip dan terlalu sedikit pada fakta diskriminasi yang luas dan sangat menonjol dan pengaruh diskriminasi tersebut terhadap distribusi peluang hidup.

1. Pelabelan dan Stigma Penyakit Mental

Orang yang pernah dirawat di rumah sakit karena penyakit mental yang serius dirugikan dalam hal profil umum peluang hidup seperti pendapatan, pendidikan, kesejahteraan psikologis, status perumahan, perawatan medis, dan kesehatan.

a. Kehilangan Status

Konsekuensi langsung dari keberhasilan pelabelan dan stereotip negatif adalah penempatan seseorang secara umum ke bawah dalam hierarki status. Orang tersebut terhubung dengan karakteristik yang tidak diinginkan yang mengurangi statusnya di mata kebanyakan orang. Fakta bahwa manusia menciptakan hierarki, tentu saja, terbukti dalam bagan organisasi, siapa yang duduk dalam rapat, siapa yang menentang siapa dalam pengambilan giliran dalam percakapan, dan seterusnya. Satu penelitian sosiologis tentang hierarki sosial, sangat relevan dengan studi tentang stigma dan kehilangan status (Berger, Fisek, Norman, & Zelditch, 1977; Ridgeway & Walker, 1995).

Berdasarkan temuan kecenderungan yang dapat diandalkan bahkan individu yang tidak mengenal untuk membentuk hierarki status yang cukup stabil ketika ditempatkan dalam situasi kelompok, para peneliti berangkat untuk

memahami proses ini. Penelitian ini menunjukkan bahwa status eksternal, seperti ras dan jenis kelamin, membentuk hierarki status dalam kelompok-kelompok kecil orang-orang yang tidak mengenalnya, meskipun status eksternal tidak berpengaruh pada kemahiran suatu tugas yang diminta untuk dilakukan oleh kelompok tersebut. Laki-laki dan kulit putih lebih mungkin dibandingkan perempuan dan kulit hitam untuk mencapai posisi kekuasaan dan prestise mereka lebih sering berbicara, memiliki ide-ide mereka lebih mudah diterima oleh orang lain, dan lebih mungkin untuk dipilih sebagai pemimpin kelompok (Mullen, Salas, & Driskell, 1989). Temuan ini menyiratkan bahwa kehilangan status memiliki konsekuensi langsung terhadap kekuatan dan pengaruh seseorang dan dengan demikian kemampuannya untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

b. Diskriminasi

Empat mekanisme diskriminasi sebagai bagian dari proses stigma: diskriminasi individu, diskriminasi yang terjadi melalui individu yang terstigma, diskriminasi interaksional, dan diskriminasi struktural.

- 1) Diskriminasi individu, biasanya terlintas dalam pikiran ketika berpikir tentang diskriminasi adalah model klasik prasangka dan diskriminasi individu, di mana individu A mendiskriminasi individu B berdasarkan prasangka atau stereotip individu A yang terkait dengan label yang diterapkan pada individu B (Allport, 1954). Druss, Marcus, Rosenheck, Olfson, Tanielian, dan Pincus (2000) telah menunjukkan bahwa orang dengan skizofrenia cenderung tidak menerima pengobatan yang optimal untuk penyakit jantung bahkan setelah mengontrol sifat kondisi dan ketersediaan layanan.

Dikomentari [u189]: Di daftar Pustaka belum ada

Ini adalah contoh diskriminasi individu, sebagai hasil dari perilaku dokter individu yang membuat keputusan pengobatan. Namun, kecil kemungkinan dokter mengetahui perilaku diskriminatif mereka atau alasannya. Membandingkan sampel pasien rawat inap medis dan psikiatri yang serupa secara demografis. Bromley dan Cunningham (2004) menemukan bahwa, pasien medis menerima hadiah seperti bunga, balon, dan cokelat, pasien psikiatri umumnya menerima hadiah yang lebih praktis berupa perlengkapan mandi, bahan makanan nonluxury, dan tembakau. Perbedaan perilaku pemberian hadiah di pihak teman dan anggota keluarga ini tentunya tidak disengaja atau disadari, melainkan mencerminkan dan memperkuat sikap masyarakat tentang apa artinya memiliki masalah medis versus kejiwaan. Diskriminasi individu dapat berasal dari berbagai sumber, termasuk anggota masyarakat, pemberi kerja, pengasuh kesehatan mental, anggota keluarga, dan teman (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, dan Parente., 2002).

- 2) Diskriminasi yang terjadi melalui individu yang distigmatisasi, bentuk diskriminasi lain yang tidak kentara dalam manifestasinya dan berbahaya dalam konsekuensinya beroperasi di dalam individu yang terstigmatisasi itu sendiri. Seperti dijelaskan sebelumnya, Link (1987) mengusulkan dalam teori pelabelannya yang dimodifikasi bahwa semua orang dihadapkan pada stereotip tentang penyakit mental sebagai bagian dari sosialisasi. Jika seseorang kemudian mengembangkan penyakit mental, keyakinan tentang bagaimana orang lain akan memperlakukan seseorang

dengan penyakit mental menjadi relevan secara pribadi (Link, 1982). Stigma internal terdiri dari devaluasi, rasa malu, kerahasiaan, dan penarikan diri yang dipicu oleh stereotip negatif yang diyakini orang lain disimpan (Corrigan, 1998).

- 3) Diskriminasi interaksi, jenis diskriminasi ketiga muncul bolak-balik antara individu dalam interaksi. Sebuah studi klasik yang mengungkap bentuk diskriminasi ini adalah studi eksperimental yang dilakukan oleh Sibicky dan Dovidio (1986). Dalam studi tersebut, 68 laki-laki dan 68 perempuan mahasiswa psikologi pengantar secara acak dalam pasangan jenis kelamin campuran untuk salah satu dari dua kondisi. Dalam satu kondisi, seorang "penerima" (tugas acak di sini juga) dituntun untuk percaya bahwa "target" direkrut dari klinik psikoterapi di perguruan tinggi. Dalam kondisi lain, pengamat dituntun untuk percaya bahwa individu tersebut adalah sesama siswa dalam psikologi pengantar. Faktanya, target selalu direkrut dari kelas, dan target serta penerima keduanya dituntun untuk percaya bahwa penelitian tersebut berfokus pada "proses pengenalan dalam interaksi sosial." Setiap anggota pasangan menyelesaikan inventaris singkat kursus, hobi, dan aktivitasnya. Kemudian pelaku eksperimen menukar inventori dan memberikan informasi pelabelan kepada penerima (siswa atau klien terapi).
- 4) Diskriminasi struktural, terjadi ketika kebijakan sosial, undang-undang, atau praktik kelembagaan lainnya merugikan kelompok yang distigmatisasi secara kumulatif dari waktu ke waktu. Contoh yang menonjol adalah kebijakan dari banyak perusahaan asuransi kesehatan yang

memberikan perlindungan lebih sedikit untuk penyakit kejiwaan daripada yang mereka lakukan untuk penyakit fisik (Schulze & Angermeyer, 2003) atau undang-undang yang membatasi hak-hak sipil orang dengan penyakit mental (Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004). Diskriminasi struktural tidak perlu melibatkan diskriminasi langsung atau disengaja oleh individu dalam konteks langsung (Corrigan et al., 2004); hal ini dapat diakibatkan oleh praktik atau kebijakan yang merupakan sisa dari diskriminasi yang disengaja di masa lalu.

2. Stigma “Mengganjai” Pengobatan Mental

Adanya “Stigma” terhadap gangguan jiwa dapat mengganggu proses pencarian untuk penyembuhan individu-individu dengan gangguan mental. Selain itu, stigma yang beredar di masyarakat dapat menyebabkan individu terisolasi, terasing, terus merasa tidak ada harapan. Sehingga stigma ini bukan hanya menghalangi pencarian batuanya, tapi juga makin bikin orang *suicidal* (memikirkan bunuh diri) dalam prosesnya,” ujarnya kepada VOA secara terpisah. Stigma sendiri, tambah Benny, bisa dikikis dengan pendidikan dan peningkatan kesadaran. Stigma juga bisa diruntuhkan dengan sering mempertemukan ODGJ dengan non-ODGJ.

Indonesia Perlu Sistem yang Lebih Komprehensif. Untuk mengupaya mengikis stigma dan pendidikan saja belum cukup, ujar Benny, yang menyerukan sistem yang lebih komprehensif “harus membentuk suatu sistem layanan yang lebih berkualitas, sistem layanan yang lebih merata,” agar stigma tersebut tidak menjadikan batas atau faktor penyebab tidak adanya proses penyembuhan terhadap individu yang membutuhkan penanganan secara psikologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alberry, I, P & Munafo, M, 2008. *Key concepts in health psychology*. London: SAGE Publication, Ltd
- Anderson, H. S., Anders, K. C., & Peterson, G. O. (1991). Post-traumatic stress reaction amongst rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Research*, 4(3), 245-251.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: The results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 39-45
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1996). Public attitudes towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 326-336
- Armstrong, K., O'Callahan, W., & Marmar, C. R. (1991). Debriefing Red Cross disaster personnel: The multiple stresser debriefing model. *Journal of Traumatic Stress*, 4(4), 581-593.
- Aroche J, Coello MJ. (2004). Ethnocultural considerations in the treatment of refugees and asylum seekers. In J. P. Wilson, B. Drozdek, editors, *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York, NY: Routledge. pp. 53–80.
- Ayers, S, Baum, A, McManus, Newman, S, Wallston, K, Weinman, J, West, R, 2007. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.
- Badenhorst, J. C., & Van-Schalkwyk, S. J. (1992). Minimizing post-traumatic stress in critical mining accidents. *Employee Assistance Quarterly*, 7(3), 79-90.
- Barrett, A. E. (2000). Marital trajectories and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 451–464.
- Bazex, H., Bénézech, M., & Mensat, J. Y. (2017). Le miroir de la haine'. La prise en charge pénitentiaire de la radicalisation : analyse clinique et criminologique de 112 personnes placées sous main de justice. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 175, 276–82.

Dikomentari [u190]: (2008)

Dikomentari [u191]: (2007)

- Bean R. (2006) *The Effectiveness of Cross-Cultural Training in the Australian Context*. Canberra: Department of Immigration and Multicultural Affairs.
- Beers CW, editor (1937). *A mind that found itself*. New York: Doubleday, Draw & Co
- Bertolote, J (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2); 113-116
- Blair, R. J. R. (2005). Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Development and Psychopathology*, 17,865–91.
- Boardman, J. D., Bialock, C.L & Button, T. M.M (2008). Sex differences in the heriability of resilience. *Twin Res Hum Genet*. 11(10, 12-27. Doi: 10.1375/twin.11.1.12
- Bogerts, B., Schone, M., & Breitschuh, S. (2018). Brain alterations potentially associated with aggression and terrorism. *CNS Spectrums*, 23, 129–40.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., Vlahov, D., et al. (2007). *What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress*. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Oct;75(5):671-82
- Bonano, G. A. (2004). *Loss, Trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive event*. *American Psychologist Association*.
- Booth, A., & Amato, P. (1991). Divorce and psychological stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 396–407.
- Bownes, I. T., & O’Gorman, E. C. (1991). Psychiatric symptoms, behavioural responses and post-traumatic stress disorder in rape victims. Division of Criminological and Legal Psychology First Annual Conference, Canterbury,UK. *Issues in Criminological&Legal Psychology*, 1(17), 25-33.
- Boyer, B.A & Paharia, M.I, 2008. *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology* Edited. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Brannon, L and Feist, J, 2010. *Health Psychology*, 6th edition. California: Wadsworth Cengage Learning

Dikomentari [u192]: (2008)

Dikomentari [u193]: (2010)

- Bromley, J. S., & Cunningham, S. J. (2004). You don't bring me flowers any more: An investigation into the experience of stigma by psychiatric in-patients. *Psychiatric Bulletin*, 28, 371-374
- Brower, M. C., & Price, B. H. (2001). Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 71, 720-6.
- Cairney, J., & Krause, N. (2005). The social distribution of psychological distress and depression in older adults. *Journal of Aging and Health*, 17(6), 807-835.
- Calhoun, J.F., and Acocella, J.R. (1990) *Psychology of adjustment and human relationship* McGraw-Hill Publishing New York.
- Campelo, N., Oppetit, A., & Neau, F, et al. (2018) Who are the European youths willing to engage in radicalisation? A multidisciplinary review of their psychological and social profiles. *European Psychiatry*, 52, 1-14.
- Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnega, J., & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 55(4), S197-S207.
- Carver, C. S. (1998). *Resilience dan thriving : issues, models and linkages*. *Journal of social issues*, 54 (2), 245-266.
- Cavenar, J. O., & Spaulding, J. G. (1976). Delayed psychiatric casualties from the Vietnam conflict. *Newsletter for Research in Mental Health & Behavioural Sciences*, 18(3), 8-12.
- Chaplin, J.P (2001). *Kamus lengkap psikologi (penerjemah Kartini Kartono)*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). *Measuring the functional components of social support*. In Sarason, I.G., & Sarason, B. R (Eds.) *Social Support: Theory, Research and Applications*, 73-94.
- Collins, E. (1998). *Killing rage*. London: Granta.

- Combs, C. C. (2011). *Terrorism in the twenty-first century. 6th ed.* Boston: Longman.
- Connor, K. M., Davidson, Jonathan R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Coppel, C. A. (2006). *Violent conflicts in Indonesia: Analysis, representation, resolution.* New York: Routledge.
- Corner, E., Gill, P., & Mason, O. (2016). Mental health disorders and the terrorist: a research note probing selection effects and disorder prevalence. *Studies in Conflict & Terrorism*, 39, 560-8.
- Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive & Behavioral Practice*, 5, 201-222
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 35-53
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 481-491
- Cortina, M.A, Stein A., Kahn, K., Hlungwani, T.M., Holmes, E.A., & Fazel, M. (2016). Cognitive styles and psychological functioning in rural South Africal school students: understanding influences for risk and resilience in the face of chronic adversity. *Journal of Adolescents*, 49, 38-46.
- Curtis, A. J. (2000). *Health Psychology.* London: Roudledge.
- Cutrona, C. E. Dan Suhr, J. A. (1994). *Social support communication in the context of marriage: an analysis of couples' supportive interactions.* In B. R. Burleson, T. L. Albrecht., & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community.* Thousand Oak, CA: Sage.
- Cyrus, S. H. Ho., Quek, T. C., Roger, C.M. Ho., & Choo, C. C. (2019). Terrorism and mental illness: a pragmatic approach for the clinician. *BJPsych Advances*, 25, 101-109.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143-155

Dikomentari [u194]: (2000)

- Druss, B. G., Marcus, S. C., Rosenheck, R. A., Olsson, M., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2000). Understanding disability in mental and general medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 157, 485-491.
- Evans, M. D. R., & Kelley, J. (2004). Effect of family structure on life satisfaction: Australian evidence. *Social Indicators Research*, 69, 303–349.
- Farina A., Allen, J. G., & Saul, B. (1968). The role of the stigmatized in affecting social relationships. *Journal of Personality*, 36, 169-182.
- Fernando S. Globalization of psychiatry – A barrier to mental health development. *Int Rev Psychiatry* (2014) 26:551–7. doi: 10.3109/09540261.2014.920305
- Fish MS, Brooks RS. Does diversity hurt democracy? *J Democr.* (2004) 15:154–66. doi: 10.1353/jod.2004.0009
- Fisher, P., & Ai, A. L. (2008) International Terrorism and Mental Health Recent Research and Future Directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(3), 339-361.
- Forshaw, M, 2003. *Advanced Psychology: Health Psychology*, Great Britain: Hodder and Stoughton Educational
- Frech, A., & Williams, K. (2007). Depression and the psychological benefits of entering marriage. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(2), 149–163.
- Friedman, H.S & Silver, R.C, 2007. *Foundations of Health Psychology*. Oxford University Press
- Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. (2009). *Keperawatan keluarga: Riset, teori, & praktik* (Edisi ke 5). Penerjemah: Achir Yani, Agus Sutarna, Nike Budhi S, Devi Yulianti, & Novayanti Herdina. Jakarta : EGC
- Gerstel, N., & Sarkisian, N. (2006). Marriage: The good, the bad, and the greedy. *Contexts*, 5(4), 16–21.
- Giddens A. *Sociology*. Cambridge: Polity Press (1993).
- Ginges, J. (1997). A psychological evaluation of different strategies for deterring terrorism. *Terrorism & Political Violence*, 9(1), 170-185.

Dikomentari [u195]: (2003)

Dikomentari [u196]: (2007)

- Gore, S., Aseltine, R. H., & Colten, M. E. (1993). Gender, social-relational involvement, and depression. *Journal of Research on Adolescence*, 3(2), 101–125.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social Support Strategies*. California:Sage Publication.
- Graziano, R. (1992). Treating women incest survivors: A bridge between "cumulative trauma" and post-traumatic stress. *Social Work in Health Care*, 17(1), 69-85.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening The Human Spirit*, Benard Van Leer Foundation
- Hamden, R. H. (2003). *Abstrack Book, Middle East and Nort Africa Conference of Psychology*. Dubai: Menarcp
- Hamden, R. H. (2003). *Terrorist Psychologu: A Typology*. Dubai: Menarcp
- Haque A. Mental health concepts in Southeast Asia: diagnostic considerations and treatment implications. *Psychol Health Med*. (2010) 15:127–34. doi: 10.1080/13548501003615266
- Hawkins, D. N., & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriage on well-being. *Social Forces*, 84(1), 451–471.
- Hernandez M, Nesman T, Mowery D, Acevedo-Polakovich ID, Callejas LM. Cultural Competence: a literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatr Serv*. (2009) 60:1046–50. doi: 10.1176/ps.2009.60.8.1046
- Hetherington, E. M., & Kelly, J. (2003). *For better or for worse: Divorce reconsidered*. NewYork: Norton.
- Hickling, E. J., Blanchard, E. B., Silverman, J., & Shirley, P. (1992). Motor vehicle accidents, headaches and post-traumatic stress disorder: Assessment findings in a consecutive series. *Headaches*, 32(3), 147-151.
- Holaday, M. (1997). Resilience and Severe Burns. *Journal of Counselingand Development*.
- Hope, S., Power, C., & Rodgers, B. (1999). Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers?. *Social Science & Medicine*, 49(12), 1637–1649.

Hope, S., Power, C., & Rodgers, B. (1999). Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers?. *Social Science & Medicine*, 49(12), 1637–1649.

Dikomentari [u197]: sama

Horánszky N. Hungary (1975). In: Howells JG, editor. *World history of psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 281–307.

Horowitz, M. C. (2015). The rise and spread of suicide bombing. *Annual Review of Political Science*, 18, 69–84.

Horwitz, A. V., & White, H. (1991). Becoming married, depression, and alcohol problems among young adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 221–237.

Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. (1996). The use of multiple outcomes in stress research: A case study of gender differences in responses to marital dissolution. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 278–291.

Hurst LH, Lucas MB (1975). South Africa. In: Howells JG, editor. *World history of psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 600–623.

International Committee on Mental Hygiene (1948). *International Congress on Mental Health*. London/New York: Lewis/Columbia University Press.

Johnson, D. R., Amoloza, T., & Booth, A. (1992). Stability and developmental change in marital quality: A three-wave panel analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 582–594.

Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Hough, R., Kulka, R. A., Weiss, D., Fairbank, J. A., et al. (1991, March). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among veterans and controls. *Archives of General Psychiatry*, 48, 207-215.

Kalmijn, M., & Monden, C. W. S. (2006). Are the negative effects of divorce on well-being dependent on marital quality?. *Journal of Marriage and Family*, 68, 1197–1213.

Kao, J., Chuong, A., Reddy, M., Gobin, R., Zlotnick, C., & Johnson, J. (2014). Associations between past trauma, current social support, and loneliness in incarcerated populations. *Health & Justice*, 2(1), 7. <http://dx.doi.org/10.1186/2194-7899-2-7>

Kartini, K., & Andari, J. (1989). *Hygiene Mental dan Kesehatan Mental dalam Islam*. Bandung: Mandar Maju.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan (KPP). (2004). Bunga Rampai: Panduan dan Bahan Pembelajaran Pelatihan Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional. (Kerjasama Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI, BKKBN, dan UNFPA).

Dikomentari [u198]: Masih Calibri

Kentsmith, D. (1984). Hostages and other prisoners of war. *Military Medicine*, 149, 237-243. Harlow, S. D., Goldberg, E. L., & Comstock, G. W. (1991). A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *American Journal of Epidemiology*, 134(5), 526–538.

Keyes, C. L. M & Michalec, B (2010). Viewing Mental Health from the Complete State Paradigm. In T. L. Scheid and T.N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (p. 125-134). Cambridge University Press.

Khoisiyah, N. H. (2014). Gambaran respon psikologis remaja yang mendapat *labeling* di SMK Perdana Kota Semarang. *Jurnal Keperawatan*, 7(2), 162-175

Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological wellbeing: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*, 23(8), 885–911.

King, L. A. (2012). *Psikologi Umum*. Jakarta: Salemba Humanika

Kleinman, A., & Good, B (Eds). 1985. Culture and depression. Berkeley: University of California Press.

Dikomentari [u199]: (1985)

Lamb, K. A., Lee, G. R., & DeMaris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family*, 65, 953–962.

Lamb, K. A., Lee, G. R., & DeMaris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family*, 65, 953–962.

Lankford, A. (2014). Précis of The Myth of Martyrdom: What Really Drive Suicide Bombers, Rampage Shooters, and Other Self-Destructive Killers. *Behavioral and Brain Sciences*, 37, 351–62.

Lefley, H.P (2010). Mental health systems in a cross-cultural context. In T. L. Scheid and T.N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental*

health: Social contexts, theories, and systems (p. 125-134). Cambridge University Press.

Lewis ND (1974). American psychiatry from the beginning to World War II. In: Arieti S, editor. *American handbook of psychiatry, 2nd ed.* New York: Basic Books, 28–43.

Lieberson, S. (1985). *Making it count: The improvement of social research and theory.* Berkeley: University of California Press.

Link, B. G. (1982). Mental patient status, work and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review, 47,* 202-215

Link, B. G. (1987). Understanding *labeling* effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review, 52,* 96-112

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27,* 363-385

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., ShROUT, P., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified *labeling* theory approach in the area of the mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review, 54,* 400-423

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., ShROUT, P., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified *labeling* theory approach in the area of the mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review, 54,* 400-423

Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health & Social Behavior, 38,* 177-190

Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(3), 527–539.

Lund, D. A., Caserta, M. S., & Dimond, M. F. (1993). The course of spousal bereavement in later life. Dalam M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson, *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (240–254). New York: Cambridge University Press.

Dikomentari [u200]: sama

Mann, J. P., & Neece, J. (1990). Workers' compensation for law enforcement related post-traumatic stress disorder. *Behavioural Sciences & the Law*, 8(4), 447-456.

Marks, N. F., & Lambert, J. D. (1998). Marital status continuity and change among young and mid-life adults: Longitudinal effects on psychological well-being. *Journal of Family Issues*, 19(6), 652-686.

Marks, N. F., & McLanahan, S. S. (1993). Gender, family structure, and social support among parents. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 481-494.

Mastekaasa, A. (1994). Marital status, distress, and well-being: An international comparison. *Journal of Comparative Family Studies*, 25(2), 183-205.

Mastekaasa, A. (1995). Marital dissolution and subjective distress: Panel evidence. *European Sociological Review*, 11, 173-185. Mcleer, S.V., Deblinger, E. B., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 857-879.

Mattson, M & Hall, J. G. (2011). *Health As Communication Nexus*. Dubuque : Kendall Hunt Publishing Company

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1993). Psychological resilience among widowed men and women: A 10-year follow-up of a national sample. Dalam M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson, *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (196-207). New York: Cambridge University Press.

Megawangi, R. (1999). *Membiarkan Berbeda?: Sudut Pandang Baru Relasi Gender*. Bandung: Mizan Pustaka

Dikomentari [u201]: masih Calibri 11

Mendes de Leon, C. F., Rapp, S. S., & Kast, S. V. (1994). Financial strain and symptoms of depression in a community sample of elderly men and women. *Journal of Aging and Health*, 6(4), 448-468.

Merari, A., Diamant, I., & Bibi, A., et al. (2009). Personality characteristics of 'self martyrs'/suicide bombers' and organizers of suicide attacks. *Terrorism and Political Violence*, 22, 87-101.

- Miller, R. B., Hollist, C. S., Olsen, J., & Law, D. (2013). Marital Quality and Health Over 20 Years: A Growth Curve Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 75(3), 667–680. <http://doi.org/10.1111/jomf.12025>
- Moghaddam, F. M. (2005). Staircase to terrorism: A psychological exploration. *American Psychologist*, 60(2), 161-169, DOI: 10.1037/0003-066X.60.2.161
- Moller-Leimkuhler, A. M. (2018). Why is terrorism a man's business? *CNS Spectrums*, 23, 119–28.
- Mora G. Italy (1975). In: Howells JG, editor. *World history of psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 39–89.
- Mullen B., Salas, E., & Driskell, J. E. (1989). Saliency, motivation, and artifact as contributions to the relation between participation rate and leadership. *Journal of Experimental Social Psychology*, 25, 545-559
- Oppenheimer, V. (2000). The continuing importance of men's economic position in marriage formation. Dalam L. Waite. *The ties that bind* (283–301). New York: Aldine de Gruyter.
- Pearlin, L. I. (1999). *Stress and mental health: A conceptual overview*. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (p. 161–175). Cambridge University Press.
- Praja, J. S. (2004). *Islam Globalisasi & Kontra Terorisme*. Bandung: Kaki Langit Silisilah Taisur al-Turats, 1996. *Ilm an Nafs fi at Turats al-Islamiy*. Cairo: IIIT.
- Reivich, K. & Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor*. New York: Broadway Books
- Ribar, D. C. (2003). What do social scientists know about the benefits of marriage? A review of quantitative methodologies. *IZA Discussion Paper No. 998*. Di akses pada 20 Maret 2021, <http://ssrn.com/abstract=500887>.
- Riggs, D. S., Dancu, C.V., Betg, S., Greenberg, D., et al. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(4), 613-625.
- Rosen G, editor, 1993. *The history of public health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Dikomentari [u202]: (1993)

- Rosenfield, S. (1997). *Labeling* mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Ross, C. E., & Huber, J. (1985). Hardship and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 26,312–327.
- Ryder, C. (2000). *The RUC 1922-2000*. London: Arrow.
- Sarafino EP. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 6 Edn. Hoboken: John Wiley & Sons (2008).
- Sarafino, E.P. (1990). *Health Psychology (3rd ed.)*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Sarason , I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support : the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127-139.
- Scheid, T. L., & Brown, T. N. (2010). *A handbook for the study of mental health*. New York: Cambridge University Press.
- Sarkisian, N., & Gerstel, N. (2008). Till marriage do us part: Adult children's relationships with their parents. *Journal of Marriage and Family*, 70, 360–376.
- Scheff, T. J. (1966). Users and nonusers of a student psychiatric clinic. *Journal of Health and Social Behavior*, 7, 1114
- Schneek JM (1975). United States of America. In: Howells JG, editor. *World history of psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, 432–475.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312
- Seeger, K. A. (2003). Deterring terrorists. In *Terrorists, Victims and Society: Psychological Perspectives on Terrorism and its Consequences* (ed A Silke): 257–70.
- Shaw, E. D. (1986). Political terrorists: Dangers of diagnosis and an alternative to the psychopathology model. *International Journal of Law & Psychiatry*, 8, 359-368.

Shelley E. Taylor, 2014. Health Psychology, 7th edition. McGraw-Hill International

Dikomentari [u203]: (2014)

Sibicky, M., & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 33, 148-154

Simon, R. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*, 107(4), 1065–1096.

Simon, R. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*, 107(4), 1065–1096.

Dikomentari [u204]: sama

Speckhard, A. (2007). The emergence of female suicide terrorists. *Studies in Conflict & Terrorism*, 31, 995–1023.

Stack, S., & Eshleman, J. R. (1998). Marital status and happiness: A 17-nation study. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 527–536.

Stoddard, F. J. Jr., Gold, J., Henderson, S. W., et al (2011). Psychiatry and terrorism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 537–43.

Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. Dalam M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson, *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (208–226). New York: Cambridge University Press.

Strohschein, L. (2005). Household income histories and child mental health trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 359–375.

Strohschein, L., McDonough, P., Monette G., & Shao, Q. (2005). Marital transitions and mental health: Are there gender differences in the short-term effects of marital status change?. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2293–2303.

Stutzer, A., & Frey, B. S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married?. *Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326–347.

Stutzer, A., & Frey, B. S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married?. *Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326–347.

Dikomentari [u205]: sama

Susrurin. (2004). *Ilmu jiwa agama*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

- Tarlow, P. (2017). The interaction of religion and terrorism. *International Journal of Safety and Security in Tourism/Hospitality*, 16, 1-2.
- Taylor, M. (1988). *The terrorist*. London: Brassey's.
- Tribe R. The mental health needs of refugees and asylum seekers. *Mental Health Rev.* (2005) 10:8–15. doi: 10.1108/13619322200500033
- Umberson, D., & Williams, K. (1999). Family status and mental health. Dalam C. Aneshensel & J. Phelan, *Handbook of the sociology of mental health* (225–254). New York: Kluwer.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D., Chen, M. & Campbell, A. (2005). As good as it gets? A life course perspective on marital quality. *Social Forces*, 84, 493–511.
- Ungar, M. (2012). *The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and practice*. New York: Springer Science Business Media.
- Van Laningham, J., Johnson, D., & Amato, P. R. (2001). Marital happiness, marital duration, and the U-shaped curve: Evidence from a 5-wave panel study. *Social Forces*, 78, 1313–1341.
- Veit, C. T., & Ware, Jr., J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing (5th ed)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Wade, T. J., & Pevalin, D. J. (2004). Marital transitions and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 155–170.
- Wagnlid, Gail. (2009). *A Review of the Resilience Scale*. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (2), 105-113, DOI: 10.189/1061-3749.17.2.105
- Waite, L. J., & Gallagher, M. (2000). *The case for marriage: Why married people are happier, healthier, and better off financially*. New York: Doubleday.
- Weatherston, D., & Moran, J. (2003). Terrorism and mental illness: is there a relationship? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(6), 698–713.

- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality & Social Psychology*, 55, 738-748
- Werner, E. E. (2000) *Protective Factors dan Individual Resilience*, diunduh dari *Handbook of early childhood intervention*, healthychild.ucla.edu
- Wheaton, B & Montazer, S (2010). Stressor, stress, and distress. In T. L. Scheid and T.N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (p. 125-134). Cambridge University Press.
- Wilcox, S., Evenson, K. R., Aragaki, A., Wassertheil-Smoller, S., Mouton, C. P., & Loevinger, B. L. (2003). The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: The Women's Health Initiative. *Health Psychology*, 22(5), 513-522.
- Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93, 200-208.
- Williams, D. R., Takeuchi, D. T., & Adair, R. K. (1992). Marital status and psychiatric disorders among Blacks and Whites. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 140-157.
- Williams, K. (2003). Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 470-487.
- World Health Organization (1951). *Annual Report of the Director-General to the World Health Organization and to the United Nations*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1951). *Mental health: report on the second session of the Expert Committee*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (1994). *Basic documents, 39th ed*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Diakses melalui http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_tomentalhealthEN27_08_12.pdf

Wright E. R., Gronfein, W. F. I., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health & Social Behavior*, 41, 68-90

Wu, Z., & Hart, R. (2002). The effects of marital and nonmarital union transition on health. *Journal of Marriage and Family*, 64, 420–432.

Wu, Z., & Hart, R. (2002). The effects of marital and nonmarital union transition on health. *Journal of Marriage and Family*, 64, 420–432.

Ye, Lily (2012). Gender Identity: Does It Matter for Consumers Perceptions ?, *Journal of Business Diversity*, Vol. 12, No. 3.

Zutra, A., Arewasikporn, A., & Davis, M. (2010). Resilience in the Context of Chronic Stress and Health in Adults, social Social and Personality Psychology Compass.

Zimbardo, P. G. (2004). A situationist perspective on the psychology of evil: understanding how good people are transformed into perpetrators. In *The Social Psychology of Good and Evil* (ed AG Miller): Guilford Press.

Zimmerman, A. C., & Easterlin, R. A. (2006). Happily ever after? Cohabitation, marriage, divorce, and happiness in Germany. *Population and Development Review*, 32(3), 511–528.

Dikomentari [u206]: sama

Dikomentari [u207]: masih Calibri 11

RIWAYAT HIDUP

DAHLIA

Dahlia, S.Psi, M.Sc lahir di Banda Aceh pada tanggal 17 Desember 1974. Dahlia memulai karier sebagai Dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala pada tahun 2000. Pada tahun 2006 Dahlia mendapatkan *Fulbright Scholarship* dan melanjutkan pendidikan *master program* di University of Arkansas, United States of America dengan spesialisasi di bidang *Clinical Mental Health Counseling*.



Dahlia menyelesaikan pendidikan master selama 2 tahun *on campus* dan satu tahun menjalankan *internship* di *Mental Health Hospital* di Arkansas. Setelah menyelesaikan pendidikan master pada tahun 2009, Dahlia kembali ke Universitas Syiah Kuala dan dipindah tugaskan ke Prodi Psikologi Fakultas Kedokteran untuk menjalankan tugasnya sebagai dosen. Hingga saat ini Dahlia sudah menerbitkan beberapa hasil penelitian dalam beberapa jurnal dan juga *book chapter* pada tahun 2019 dengan judul *Psychotherapy for Indonesians* dalam sebuah buku berjudul *Intercultural Psychotherapy* yang diterbitkan oleh Springer.

MARTY MAWARPURY

Lulus Sarjana Psikologi dari Universitas Islam Indonesia, melanjutkan Magister Profesi Psikologi dan Doktor Ilmu Psikologi ia peroleh dari Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada. Sebagai psikolog klinis, Marty mengawali karir di Crisis Center Fakultas Psikologi UGM yang bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran UGM dan World Vision Australia, membangun sistem layanan kesehatan jiwa, termasuk sistem referal, di Yogyakarta dan Aceh pasca Tsunami.



Sejak tahun 2007 hingga saat ini, menjadi dosen di Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Selain mengajar diawal karirnya se-

bagai dosen, ia juga memberikan pelayanan kesehatan mental di Puskesmas kota Banda Aceh hingga tahun 2011. Aktif meneliti baik bersama mahasiswa maupun kolaborasi dengan kolega dalam bidang psikologi klinis. Salah satunya mendapat kesempatan riset kolaborasi (Inter-partnership university) bersama UGM dan Harvard University untuk meningkatkan kesehatan mental di Indonesia. Buku ajar dan buku bunga rampai telah berhasil diterbitkan bersama Unsyiah, Ikatan Psikolog Klinis (IPK) wilayah Aceh, Kampus Desa, dan Konsorsium Psikologi Ilmiah Nusantara (KPIN) adalah beberapa publikasinya selain jurnal dan prosiding ilmiah.

ZAUJATUL AMNA

Menyelesaikan studi S1 Psikologi di Universitas Diponegoro (UNDIP) dan Magister dari Asia University, Taiwan. Ia mengawali karirnya sebagai asisten dosen, hingga tahun 2013 hingga saat ini, ia bertugas sebagai pengajar sekaligus praktisi di Program Studi Psikologi FK Univeristas Syiah Kuala, Banda Aceh setelah menyelesaikan Magister Psikologinya di bidang Psikologi Klinis dan Konseling.



Ia juga aktif terlibat dalam beberapa program *fellowship* seperti pertukaran staf pengajar di Oberlin College, Ohio, Amerika Serikat, serta pelatihan tenaga psikologi dalam bidang *Pan Asia Risk Reduction* yang merupakan kerjasama antar Amerika dan Philippina. Disisi lain, ia juga aktif sebagai peneliti dalam bidang psikologi klinis sekaligus aktif sebagai penulis, terdapat beberapa artikel yang dimuat di media cetak, maupun *online* sebagai hasil karyanya. Disisi lain, ia juga terlibat aktif menjadi pemateri dalam beberapa kegiatan mulai dari kegiatan formal sesuai dengan bidang kepakarannya, maupun acara non formal lainnya.