



# Kesehatan

Perspektif Nonmedis  
dan Multidisiplin



Kontributor Senior:  
**Johana Endang Prawitasari**

Editor:  
**Sri Mulyani Nasution**  
**Didin Palupi Ambardini**

# **KESEHATAN**

## **PERSPEKTIF NON-MEDIS & MULTI DISPLIN**

Kontributor Senior:

Prof. Johana Endang Prawitasari Ph.D.

Penyunting:

Dra. Sri Mulyani Nasution, M.Psi, psikolog

Dra. Palupi Ambardini, psikolog

## **KONTRIBUTOR:**

Akhmad Mustofa

Anita Novianty

Diantini Ida Viatric

Johana Endang Prawitasari

Lestari Octavia

Lucia Peppy Novianti

Muallifah

Nina Susilawati

Rini Handayani

**Rozi Sastra Purna**

Sri Mulyani Nasution

Rajawali Pers

*Art Design, Publishing & Printing*

2021

Jakarta, Indonesia

Website: [www.rajagrafindo.co.id](http://www.rajagrafindo.co.id)

© Rajawali Pers 2021

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang; dilarang memperbanyak menyalin, merekam sebagian atau seluruh bagian buku ini dalam bahasa atau bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

ISBN 978-623-372-161-5

*Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)*

Dicetak di Jakarta, Indonesia



# Kata Pengantar

Pertengahan tahun 2017 semangat untuk menyajikan buku kesehatan multi disiplin masih menyala. Banyak yang sudah menyatakan akan gabung setelah saya mengumumkan di media sosial komunitas alumni Universitas Gadjah Mada (UGM). Pada kenyataannya, menyunting buku supaya layak dibaca dan memenuhi kaidah ilmiah membutuhkan keajegan semangat. Ada dua buku dari komunitas penulisan buku yang saya sunting membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk terbit. Oleh karena itu, akhirnya saya menyerah dengan menanyakan kepada para alumni apakah ada yang bersedia menyunting buku tentang kesehatan yang saat ini sudah akan terbit. Sri Mulyani Nasution (Riri) menyambut tantangan ini. Di tahun 2019 mulailah kukirim semua alamat e-mail yang katanya ingin bergabung menulis.

Riri kemudian mengajak teman seangkatan di Fakultas Psikologi UGM, Didin Ambardini, yang sudah biasa menjadi editor di majalah populer, menjadi co-editor. Bertiga kami merancang bagaimana pelaksanaan penulisan buku dengan segala naik turun semangat menulis bagi penyumbang naskah dan kerajinan penyunting sendiri. Kami mengadakan rapat di Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA) dihadiri oleh beberapa calon penulis dan kedua penyunting tersebut. Ada penulis yang lanjut

dan tentu saja ada yang berhenti. Beberapa kali pertemuan kami lakukan.

Pada akhir tahun 2019 mulai ada berita tentang menyebarnya virus Corona dari Wuhan, Republik Rakyat China (RRC). Awal tahun 2020, meskipun berita itu sudah menyebar, kami belum menyadari bahwa ada pandemi virus tersebut dan sudah menyebar ke Indonesia. Pada bulan Maret 2020, mulailah pembatasan gerak bagi kita. Ada protokol kesehatan yang harus diikuti. Protokol kesehatan tersebut baru meluas digunakan setelah banyak yang terpapar. Oleh sebab UKRIDA mengambil keputusan untuk menutup kantor, saya memutuskan untuk pulang ke rumah di Jogja pada tanggal 18 Maret 2020 entah sampai kapan. Selama bekerja dari rumah berlaku di UKRIDA, saya akan berada di Jogja.

Lama tidak mendengar kabar tentang penyuntingan buku ini di tahun 2020. Saya bertanya kemajuan penyuntingan dan komitmen penyumbang naskah. Riri dan Didin segera bergerak cepat. Di pertengahan tahun 2021, sudah ada beberapa penulis penyumbang naskah. Syukur kepada Allah, penyuntingan selesai. Jadilah buku ini.

Terima kasih saya ucapkan untuk Riri dan Didin yang penuh dedikasi bergerak cepat menyunting dan menyajikan calon buku. Tentu saja terima kasih ditujukan untuk penyumbang naskah yang tentu saja berperan sangat penting. Tanpa mereka, buku ini tidak akan selesai disunting. Anita Novianty (ANY), dulu asisten akademik pribadi dan sekarang merupakan rekan kerja di Ukrida, dan

saya akhirnya juga menyumbang tulisan. Naskah yang sudah ada diperbaharui dengan acuan terbaru oleh ANY. Jadilah naskah yang layak untuk diacu bila buku ini menjadi buku ajar dalam mata kuliah psikologi kesehatan.

Selamat untuk kita semua yang telah menjadikan nyata buku tentang psikologi kesehatan dari berbagai sudut pandang. Selamat membaca dan semua bab dalam buku ini dapat dimanfaatkan oleh mereka yang membutuhkannya.

Yogyakarta, 05 September 2021

Johana E. Prawitasari

# PRAKATA EDITOR

Dengan penuh kegembiraan dan kebersyukuran kepada Allah SWT, kami akhirnya dapat menyelesaikan penyuntingan dan penyusunan buku ini setelah perjalanan panjang mulai dari pengumpulan tulisan, proses editing, sampai pada penyempurnaan untuk format buku sebagai referensi ilmiah. Konsekuensi dari perjalanan panjang dalam proses penyusunan telah ikut memengaruhi isi buku. Proses yang dimulai sebelum masa pandemi dan direncanakan membahas kesehatan dari berbagai perpektif keilmuan dan pada akhirnya memasuki masa pandemi sehingga isi tulisan diwarnai dengan konten yang sebagian memasukkan bahasan tentang pandemi covid-19.

Sejalan dengan berubahnya gaya hidup karena perkembangan teknologi informasi, isu Kesehatan mulai banyak menjadi perhatian masyarakat. Isu Kesehatan ini pada akhirnya mendapatkan perhatian yang lebih besar lagi ketika persebaran virus corona mulai terjadi sejak akhir 2019. Masa pandemi yang ditetapkan WHO sejak Maret 2020 memaksa manusia di seluruh dunia harus patuh pada protocol Kesehatan bila ingin survive. Perilaku patuh pada protokol Kesehatan tersebut tentunya sangat terkait dengan disipling ilmu psikologi

Informasi Kesehatan dari perspektif medis sudah banyak ditemukan dalam berbagai bahan bacaan, untuk itu, dalam buku ini kami mencoba memaparkan Kesehatan dari

sudut pandang non-medis dan multi disiplin, tidak terbatas pada disiplin ilmu psikologi. Istilah multi disiplin terinspirasi dari apa yang disampaikan JEP pada salah satu bagian dalam buku ini (bab 9). Kami berharap kehadiran buku ini di tengah pembaca dapat melengkapi kebutuhan masyarakat dalam memenuhi rasa ingin tahu yang semakin besar terhadap isu Kesehatan.

Dimulai dari bahan pangan yang memiliki peran besar terhadap kesehatan, pada Bab 1 Akhmad Mustafa mencoba memperkenalkan alternatif bahan pangan yang menyehatkan yaitu pati resisten atau *Resisiten Starch* (RS). Mengonsumsi RS setiap hari akan membuat tubuh menjadi lebih sehat. RS dapat menjadi alternatif bahan pangan yang berfungsi sebagai probiotik seperti halnya yoghurt. RS bisa menjadi alternatif pilihan bahan pangan prebiotik mengingat mahalnya harga yoghurt di pasaran.

Di Bab 2, penulis Lestari Octavia memaparkan tentang kompleksitas masalah kesehatan pada kelompok remaja, terutama remaja putri. Penulis menekankan pentingnya mengenalkan kesehatan reproduksi pada remaja putri secara proporsional. Informasi yang disampaikan meliputi pemenuhan kebutuhan gizi sesuai kebutuhan di usia remaja. Penulis juga mengenalkan persoalan kesehatan reproduksi yang bisa membahayakan sehingga perilaku seksual remaja putri yang dapat membahayakan kesehatan reproduksi dapat dicegah.

Asupan gizi dan perilaku memiliki dampak yang besar terhadap Kesehatan, akan tetapi faktor psikologi juga

memiliki peran besar dalam kesehatan. Selaras dengan hal itu, maka pada bab 3 kami menurunkan tulisan yang berkenaan dengan Kesehatan psikologis, yang pada gilirannya akan berkontribusi terhadap Kesehatan fisik/ Pada bab 3, Muallifah mengangkat tema 'iklim sekolah positif', dimana beliau menyampaikan bahwa iklim sekolah positif sangat dibutuhkan dalam pencapaian keberhasilan akademik siswa dan pengembangan sekolah. Iklim sekolah positif memengaruhi banyak aspek yang mengarah pada pencapaian tujuan keberhasilan di sekolah. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengembangan iklim sekolah secara positif dan supportif dari berbagai pihak, baik dari unsur pimpinan sekolah, guru, pegawai, orangtua sampai masyarakat untuk mendukung keberhasilan siswa di sekolah.

Bila Muallifah mengangkat tema Kesehatan psikologis di lingkungan sekolah, maka secara lebih khusus Rozi Sastra Purna membahas salah satu unsur yang ada di sekolah, yaitu guru. Pada bab 4 ini Rozi Sastra Purna mencoba menyampaikan bahwa emosi hadir dalam diri semua orang dan semua profesi, termasuk profesi guru. Penulis juga menyampaikan bahwa kesehatan tidak hanya tentang tubuh yang sehat, tetapi juga pikiran yang sehat. Pikiran yang sehat dapat memengaruhi emosi. Sehat secara emosional berarti dapat mengelola masalah sehari-hari seperti stres dan berbagai hal yang dapat berdampak pada kesehatan fisik dan mental.

Rini Handayani mengangkat tema empati yang berkaitan dengan Kesehatan mental (Bab 5). Beliau mengutarakan bahwa cara manusia bersikap akan membawa pengaruh pada kesehatan mentalnya. Ada banyak cara bersikap yang akan memengaruhi kesehatan mental manusia. Jika ingin memiliki mental yang sehat, maka bersikap empati menjadi salah satu upaya yang dapat dilakukan.

Pada Bab selanjutnya (Bab 6) diangkat tema resiliensi. Resiliensi kali ini dibahas dalam kaitannya dengan Kesehatan. Tema resiliensi yang menjadi populer dalam masa pandemi covid 19 tidak hanya berperan terhadap kesehatan psikologis, namun memiliki kaitan erat dengan Kesehatan fisiologis. Dalam bagian ini, penulis juga mengangkat teori Uri Bronfenbrenner melalui model sistem kontekstual perkembangan Resiliensi yang menyatakan bahwa "perspektif ekologis merupakan ekspresi tertinggi dari perkembangan". Konteks yang berbeda seperti budaya, lingkungan, dan keluarga dikonseptualisasikan sebagai lingkup pengaruh yang bervariasi dalam kedekatan dengan individu, mulai dari mikro hingga makro. Konsep mikro dan makro juga menjadi perhatian Prof Johana Endang Prawitasari yang tulisannya mengenai Kesehatan dari sisi komunitas dapat dibaca pada bab 8.

Pada bab 7 penulis Lucia Peppy Novianti memperluas bahasan mengenai kesehatan ke dalam lingkup komunitas. Memahami karakter kehidupan dan

sumber daya suatu komunitas serta membekali para agen komunitas dengan keterampilan psikologis akan mendekatkan pada terwujudnya kebugaran psikologis untuk mendukung terciptanya kesehatan mental di masyarakat. Dalam tulisan ini, penulis memperkenalkan istilah kebugaran psikologis sebagai tema sentralnya. Upaya menangani persoalan kesehatan mental masyarakat haruslah melibatkan masyarakat itu sendiri dengan cara memberikan bekal kepada masyarakat agar mampu mengelola kebugaran psikologisnya.

Pada bab 8, Prof. Johana E. Prawitasari (JEP) dan Anita Novianty lebih rinci lagi menjelaskan tentang pentingnya peran komunitas dalam memengaruhi kesehatan Melalui tulisan berjudul “Psikologi Kesehatan Komunitas”, JEP menawarkan perubahan paradigma psikologi yaitu terapan psikologi klinis dari mikro ke makro sebagai salah satu cara mengentaskan persoalan Kesehatan masyarakat. Dalam tulisan ini JEP juga mengangkat tentang gerakan yang dimulai Marsella dari pendidikan psikologi yang tidak hanya monodisiplin, tetapi juga menggunakan pendekatan multidisiplin, multisektoral, bahkan multinasional bila ingin terlibat dalam persoalan global. Menurut JEP, pandemi Covid-19 memaksa psikologi mulai turut andil dalam persoalan makro. Salah satu hal menarik dan sesuai dengan situasi saat ini (pandemi covid-19) berkenaan dengan program vaksinasi yang dihadapkan pada berbagai persoalan

kompleks dan psikologi kesehatan komunitas memiliki jawaban dalam cara mengatasinya.

Pada bagian akhir buku ini (bab 9), agar para pembaca lebih mudah dalam memahami aplikasi teori kesehatan yang disajikan dalam buku ini dalam kehidupan sehari-hari, kami memberi gambaran aplikasi teori-teori tersebut melalui kasus nyata yang ditulis langsung oleh dua orang yang pernah berada dalam kondisi sakit. Berbeda dengan tulisan ilmiah pada bab-bab sebelumnya, pada bagian akhir ini para penulis menyampaikan kisahnya dengan gaya penulisan ringan dan menyisipkan kosa kata bahasa Inggris maupun bahasa Jawa. Untuk memudahkan pembaca dalam memahami pilihan kata yang digunakan kami memberikan arti kata pada bagian footnote. Pada Bagian glosarium kami juga menjelaskan istilah-istilah ilmiah maupun istilah bidang kesehatan yang terdapat dalam buku ini sehingga pembaca dari berbagai disiplin ilmu lebih mudah untuk memahami istilah yang tidak awam baginya.

Kami menyadari, bahwa pemaparan persoalan kesehatan dari berbagai disiplin ilmu (non-medis) yang disajikan di buku ini masih sangat jauh dari cakupan keseluruhan persoalan yang berkenaan dengan kesehatan; namun demikian, melalui tulisan-tulisan di dalam buku ini kami berharap akan menambah wawasan dan pengetahuan pembaca untuk memahami kesehatan.

Akhir kata, terimakasih untuk semua pihak yang telah ikut berperan – langsung maupun tidak langsung – dalam mewujudkan buku ini.

Jakarta, September 2021

Sri Mulyani Nasution  
Didin Ambardini

# Daftar Isi

**Kata Pengantar** .....

**Prakata Editor** .....

**DAFTAR ISI** .....

**Tentang Editor** .....

**Biodata Kontributor Senior** .....

**Catatan Tentang Kontributor** .....

**BAB 1 POTENSI *RESISTANT STARCH* SEBAGAI PANGAN FUNGSIONAL** ..... 1

**Akhmad Mustofa**

Pati sebagai Sumber Pati Resisten .....

Sumber *Resistant Starch*.....

Prebiotik .....

Konsumsi RS/Pati Resisten .....

Rangkuman .....

Daftar Pustaka.....

**BAB 2 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PUTRI** .....

**Lestari Octavia**

Pengantar

Pemenuhan Zat Gizi.....

Pengenalan Kesehatan Reproduksi

Rangkuman.....

Daftar Pustaka.....

**BAB 3 IKLIM SEKOLAH POSITIF: LINGKUNGAN SEKOLAH SEHAT, POSITIF & PRODUKTIF** .....

## **Muallifah**

Pengantar .....
Pengertian Iklim Sekolah Positif ( <i>positive school climate</i> ) .....
Ciri-ciri Iklim Sekolah Positif .....
Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap Iklim Sekolah Positif.....
Cara Mengembangkan Iklim Sekolah Positif untuk Pengembangan Siswa .....
Implikasi Iklim Sekolah Positif untuk Pengembangan Potensi Siswa .....
Rangkuman.....
Daftar Pustaka.....

## **BAB 4 HIDUP SEHAT MELALUI PENGELOLAAN EMOSI DI SEKOLAH .....**

### **Rozi Sastra Purna**

Emosi dan Pengalaman Emosional .....
Manfaat Pengelolaan Emosi .....
Pengelolaan Emosi di Sekolah .....
Cara-cara Pengelolaan Emosi di Sekolah .....
Daftar Pustaka.....

## **BAB 5 EMPATI DAN KESEHATAN MENTAL .....**

### **Rini Handayani**

Sejarah Teori Sikap Empati .....
Dasar Teori Sikap Empati .....
Definisi Sikap Empati.....
Faktor-Faktor yang Memengaruhi Sikap Empati.....
Fungsi Sikap Empati.....
Unsur-unsur Sikap Empati.....
Karakteristik Sikap Empati.....

Komponen dalam Sikap Empati .....  
Karakteristik Sikap Empati.....  
Perkembangan dan Pengukuran Sikap Empati .....  
Kondisi Kesehatan Mental Jika Memiliki Sikap Empati .....  
Daftar Pustaka .....

**BAB 6 RESILIENSI DAN KESEHATAN.....**

**Sri Mulyani Nasution**

Pengantar .....  
Kondisi Sehat dan Sakit.....  
Peran Psikologi dalam Kesehatan .....  
Moderator Stres .....  
Resiliensi.....  
Peran Psikolog Kesehatan dalam Meningkatkan Resiliensi .....  
Penutup .....  
Daftar Pustaka .....

**BAB 7 MENGUATKAN KEBUGARAN PSIKOLOGIS MELALUI  
POTENSI KOMUNITAS.....**

**Lucia Peppy Novianti**

Pengantar .....  
Tentang Kebugaran Psikologis .....  
Menyadari Kembali Potensi Komunitas dan Agen Masyarakat  
pada Komunitas .....  
Membangun Agen Kebugaran Psikologis melalui Sistem  
Sosial yang Telah Berlangsung di Masyarakat.....  
Pengalaman Penguatan Kebugaran Psikologis Melalui Agen  
di Komunitas .....  
Proses Penguatan Agen di Komunitas .....  
Penutup .....  
Daftar Pustaka .....

**BAB 8 PSIKOLOGI KESEHATAN KOMUNITAS.....**

**Johana E. Prawitasari dan Anita Novianty**

Pengantar .....

Psikologi Komunitas Global.....

Terapan Psikologi Mikro-Makro .....

Psikologi Kesehatan .....

Psikologi Kesehatan Komunitas .....

Metode Penelitian Psikologi Kesehatan Komunitas .....

Rangkuman .....

Daftar Pustaka .....

**BAB 9 APLIKASI TEORI-TEORI KESEHATAN DALAM  
KONDISI SAKIT .....**

**Sri Mulyani Nasution**

**Diantini Ida Viatrie**

**Nina Susilawati**

Mengenali Tubuh Menikmati Sakit: Perjalanan Panjang

Melawan Kanker .....

Melawan Covid-19 di Awal Pandemi .....

Daftar Pustaka .....

**GLOSARY.....**

**INDEKS.....**

# Tentang Editor

**Dra. Sri Mulyani Nasution, M. Psi., Psikolog** menyelesaikan Pendidikan sarjana dari Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta di tahun 1990 dan



memulai karir di sebuah perusahaan otomotif di Jakarta. Tahun 2006 sampai 2008 ia menempuh Pendidikan Magister Profesi Psikologi di Universitas Sumatera Utara, Kekhususan Klinis Dewasa, dimana ia juga berprofesi sebagai Dosen tidak tetap sejak tahun 2003.

Saat ini ia tercatat sebagai staf pengajar di Fakultas Psikologi Universitas Jayabaya Jakarta dan sedang mengikuti pendidikan Doktor (S3) Program Pendidikan Agama Islam pada PPS Universitas Islam Jakarta. Berbagai tulisan di bidang psikologi dan budaya pernah dimuat beberapa media massa. Tahun 2011 ia menerbitkan buku berjudul “Resiliensi: Daya Pegas Menghadapi Trauma Kehidupan”. Tahun 2012 pernah memenangkan Dana Penelitian Hibah Bersaing dengan Judul: “Pengembangan Model Pelatihan Resiliensi Bagi Perempuan Korban KDRT”. Tahun 2020, artikel yang berjudul “Dynamics of Resilience on Women as Intimate Partner Violence Survivors” terbit di Journal of Educational and Social Research. Disamping sebagai dosen, aktivitas penulis saat antara lain sebagai psikolog, asesor, narasumber dalam berbagai seminar/webinar/podcast.

Untuk korespondensi silahkan melalui surel:  
srimulyaninasution@gmail.com

**Dra. Palupi Ambardini, Psikolog** adalah Sarjana Psikologi Universitas Gajah Mada lulusan tahun 1991. Tahun 1993 memulai karir dengan mengikuti *passion*-nya di dunia



menulis sebagai reporter Majalah GADIS di bawah Feminagroup. 21 tahun berkarir di media tersebut, 10 tahun terakhir dipercaya sebagai Editor in-Chief dan Chief Community Officer menggunakan nama Didin P. Ambardini. Tahun 2016 melanjutkan karirnya di media digital Okezone.com di bawah MNC Group sebagai

Deputy Editor in-Chief. Tahun 2019 memutuskan untuk meninggalkan dunia media dan bekerja paruh waktu sebagai editor dan asesor serta mengambil sertifikasi asesor. Terakhir dia tertarik dengan dunia coaching dan mengambil sertifikasi Professional Coach di Coaching Indonesia. Untuk korespondensi silahkan melalui surel:  
didin.ambardini@gmail.com

# Biodata Kontributor Senior

Johana Endang Prawitasari (JEP) adalah pensiunan Profesor Psikologi Klinis di Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada (UGM) sejak akhir Januari 2012. JEP lulusan



tahun 1985 dalam psikologi klinis dari University of Arizona, Tucson, Arizona, USA. JEP diminta bergabung di Universitas Kristen Krida Wcana (UKRIDA) sejak bulan Maret 2012. Di UKRIDA selama 4 tahun JEP mengelola Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM). Di

tahun 2016 JEP diminta mengelola secara bersama Fakultas Psikologi dan Fakultas Ilmu Sosial dan Humaniora. Tahun 2018, JEP diminta mengelola bidang Akademik di jajaran Rektorat sampai dengan Januari 2020. Saat ini, JEP mengelola pengembangan kurikulum dan program studi. Sebagai psikolog klinis senior, JEP mendampingi Ikatan Psikologi Klinis (IPK), Himpunan Psikologi Indonesia, sebagai salah satu pendiri, anggota Dewan Pakar, dan penasehat. Sekarang sampai entah kapan, JEP sedang bekerja dari rumah di Yogyakarta sejak tanggal 18 Maret 2020 ketika pandemi Covid-19 terjadi

secara global dan marak terutama di Jakarta. Ukrida mengambil keputusan semua kegiatan belajar mengajar dan administratif dilaksanakan melalui dalam jaringan (daring), sehingga JEP dapat bekerja dari rumah di Jogja.

# Catatan tentang Kontributor

## **Akhmad Mustofa, STP. M.Si.**



Lahir di Cirebon Jawa Barat tanggal 5 Mei 1970 lalu. Studi S1 dilakukan di UGM kemudian S2 di UNS Surakarta dan saat ini masih menempuh S3 di perguruan tinggi yang sama. Bidang yang digeluti selama ini adalah rekayasa pangan dan saat ini banyak meneliti hal yang berkaitan dengan beras ketan hitam. Saat ini menjabat sebagai Managing Editor jurnal terakreditasi nasional di Fakultas Teknologi dan Industri Pangan Unisri tempatnya bekerja selama ini.

## **Anita Novianty, M.Si.**

Anita Novianty lahir di Banjarbaru, Kalimantan Selatan, menyelesaikan studi sarjana (2012) dan pascasarjana (2017) di Fakultas Psikologi UGM Yogyakarta dan saat ini bekerja sebagai dosen tetap Fakultas Psikologi Universitas Kristen Krida Wacana (Ukrida) di Jakarta. Bidang penelitian yang digeluti saat ini mengenai kajian kesehatan mental dan budaya, sementara itu untuk bidang pengabdian masyarakat tertarik pada penerapan



pendekatan penelitian tindakan berbasis partisipasi masyarakat.

### **Diantini Ida Viatrie, M.Psi., Psikolog (Alm.)**



Lulus Sarjana S1 dari Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada dan Pendidikan S2-nya di bidang psikologi juga ia selesaikan dari Universitas yang sama. Karir terakhirnya adalah sebagai dosen di Fakultas Pendidikan Psikologi, Universitas Negeri Malang. Tulisan-tulisannya sudah dipublikasikan dalam bentuk buku maupun di berbagai jurnal, diantaranya:

Kegagalan Demokrasi (penerjemah); Terapi Keluarga Kontemporer (2018); Hubungan tingkat stressed, kematangan emosi, dengan jenis perilaku koping orang tua ABK di kota Malang (2018); Hubungan Status Sosial Ekonomi dan Subjective Well Being pada Ibu Penderita Skizofrenia (2018); dan lain-lain. Beliau tutup usia pada 7 Oktober 2019.

## **Dr. Lestari Octavia, M.Sc.**

Lahir di Palembang 44 tahun lalu, menyelesaikan pendidikan S-1 di UGM dan kemudian menekuni bidang Ilmu Gizi di FK UI. Ilmu Gizi menjadi disiplin ilmu yang menarik karena multi perspektif yang harus dipotret dalam melihat persoalan gizi.

Secara khusus Lestari Octavia memiliki minat dalam kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja putri, nutrigenetik, epigenomik, dan tumbuh kembang anak.



## **Lucia Peppy Novianti, M.Psi., Psikolog**



Beliau adalah lulusan Magister Profesi Psikologi UGM. Mulai terlibat dalam penelitian sejak tahun 2007, menjadi dosen luar biasa sejak 2009, dan mulai berpraktik profesional sejak 2011. Ia mendirikan lembaga psikologi Wiloka Workshop Yogyakarta dan menjadi CEO sampai sekarang. Minat utamanya pada bidang keluarga dan perkawinan, kesehatan mental penyintas kekerasan dan komunitas. Tahun 2020 memperoleh sertifikasi Psikolog Forensik dari BNSP.

## **Dr. Muallifah, S. Psi., M.A.**

Setelah lulus dari fakultas psikologi UIN Malang tahun 2007, beliau melanjutkan S2 di fakultas psikologi UGM Jogjakarta dan lulus tahun 2009. Gelar Doktor ia dapatkan dari Program S3 Fakultas Psikologi Pendidikan di Universitas Negeri Malang (UM) dan lulus tahun 2019. Penulis fokus pada psikologi pendidikan dan sekolah. Penelitian dan beberapa karya tulis beliau juga tentang pendidikan dan membangun lingkungan pendidikan yang sehat dan supportif. Saat ini penulis menjabat sebagai Sekretaris Prodi Magister Psikologi di UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.



## **Nina Susilawati**



Mutmainah Susilowati (Nina Susilowati) adalah Founder Komunitas Langsungenak. Ia terpapar Covid-19 bulan Maret 2020, awal virus ini masuk ke Indonesia. Dengan komorbid hipertensi dan diabetes serta pembengkakan jantung, ia harus berjuang mengatasi virus yang kala itu masih sangat baru dikenal dunia. Kuliah di Fakultas Psikologi

1985-1990 memberinya pengetahuannya bahwa hati dan pikiran tenang adalah kunci kesehatan. Pengalamannya diisolasi, dengan sarana yang masih terbatas, akan membuka mata kita betapa Covid-19 dapat ditaklukkan.

Pasca terpapar covid-19, Nina aktif membantu dan menyemangati orang-orang dekat yang terpapar virus covid-19.

**Dr. Rini Handayani,  
M.Pd.K.**

Lahir di Solo, 29 September. Menyelesaikan pendidikan doktor psikologi pendidikan di Universitas Negeri Malang dan saat ini aktif sebagai seorang konselor yang banyak mendampingi anak, keluarga, kaum muda, dan permasalahan kesehatan mental lintas usia. Sebagai founder PT. Rihand Kreatif



Indonesia, aktif untuk mengembangkan pelayanan jasa psikologi, pendidikan, dan konseling. Sampai tahun 2021 telah menulis 13 buku populer yang bermuatan pendampingan kesehatan mental, yaitu Pizza dari Surga, Cinta Tak Bersepatu, Alvi Sang Malaikat Ingusan, Selembar Rindu, Sisa Desember, Berawal dari Mimpi, Cintaku Berwarna, Berharap pada Cinta, Cinta yang Berkelana, Satu Cinta untuk Seribu Hati, Aku Senang, Aku Berani, Dear Suamiku.

## **Dr. Rozi Sastra Purna, M.Psi, Psikolog**



Salah seorang staf dosen di Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas di Padang. Beliau menyelesaikan S1 Psikologi di Universitas Putra Indonesia pada tahun 2005 dan menyelesaikan Magister Profesi Psikologi di Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta pada tahun 2009. Pendidikan S3 (Doktor) bidang Psikologi Pendidikan ia selesaikan tahun

2019 di Fakultas Pendidikan Psikologi Universitas Negeri Malang.

# BAB 1

## POTENSI *RESISTANT STARCH* SEBAGAI PANGAN FUNGSIONAL

Akhmad Mustofa

### Pati sebagai Sumber Pati Resisten

Pati adalah salah satu jenis makanan yang banyak dikonsumsi di Indonesia. Banyak sekali jenis makanan yang berasal atau terbuat dari pati. Beras, kentang, ubi jalar, ketela pohon, gandum, sorghum dan lain-lain adalah sebagian dari bahan pangan yang banyak mengandung pati (lihat gambar 1). Pati sendiri dapat dikelompokkan ke dalam pati yang mudah dicerna (*Rapidly Digestible Starch/RDS*), lambat dicerna (*Slowly Digestible Starch/SDS*) dan pati tahan cerna/pati resisten (*Resistant Starch/RS*). RDS akan dicerna atau berubah menjadi glukosa setelah diproses oleh *enzyme* selama 20 menit, sementara SDS membutuhkan waktu yang lebih lama yaitu 100 menit untuk berubah menjadi glukosa (Sajilata,

Singhai, et al., 2006). *Resistant Starch* (RS) adalah pati yang lolos dari pencernaan manusia di usus halus dan kemudian di dalam usus besar (kolon) akan mengalami fermentasi oleh mikroba baik. Secara pragmatis RS adalah bagian dari pati yang tidak terhidrolisis menjadi  $\alpha$ -glucose di dalam usus halus setelah dikonsumsi selama 120 menit (Englyst et al., 1992) (Tharanathan, 2002).



Gambar 1. Pati pisang secara alaminya mengandung pati resisten (Setiaji, 2020)

RS atau pati resisten dapat dibagi menjadi lima kelompok (Fuentes-Zaragoza et al., 2011) yaitu:

1. RS1 adalah pati yang secara fisik tidak dapat diakses dan terkurung dalam dinding sel sehingga mencegah terjadinya amilolisis

2. RS2 adalah pati alami yang memiliki sifat tidak dapat dihidrolisis oleh enzim amilase
3. RS3 adalah pati yang berubah struktur kimianya yang terjadi pada proses pengolahan berupa proses pemanasan dan pendinginan
4. RS4 adalah pati yang dimodifikasi secara kimiawi atau pati yang dibentuk kembali polimer – polimernya.
5. RS5 adalah RS dalam bentuk gabungan dari fraksi amilosa pati dengan lipida, lemak dan surfaktan yang kompleks

Secara umum besarnya RS pada suatu pati dapat dihitung dengan persamaan:

$RS = TS - (RDS + SDS)$  dimana TS (*Total Starch*) adalah total pati

RS dapat diperoleh dari berbagai makanan baik yang belum diproses ataupun yang telah diolah. Secara alaminya biji-bijian dan tumbuhan dari keluarga leguminose (kacang – kacang) merupakan sumber utama RS. RS memiliki karakter yaitu tidak dapat dicerna dalam usus halus dan akan mengalami fermentasi di usus besar dan kemudian diubah oleh bakteri baik menjadi SCFA (*short chain fatty acid*) (Topping & Clifton, 2001) atau asam lemak rantai pendek. Asam lemak rantai pendek yang terbentuk yang paling banyak yaitu asam asetat, asam propionate dan asam butirat (Putri, 2020). American

Association of Cereal Chemists and Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine of the National Academics (Sharma & Yadav, 2008) menyebut RS sebagai fungsional *dietary fiber* karena RS berfungsi seperti *fiber* dan dikategorikan sebagai *fiber* juga tetapi memiliki fungsi kesehatan yang lain.

### **Sumber *Resistant Starch***

Secara alami produk hasil pertanian yang memiliki pati sudah mengandung RS. Proses pemasakan yang dilakukan oleh ibu rumah tangga secara umum dapat meningkatkan kandungan RS. Berdasarkan hasil penelitian, RS dalam bahan dapat ditingkatkan jumlahnya dengan cara pemanasan pendinginan secara berurutan (lihat gambar 2), pemotongan rantai pati menggunakan enzim dan melakukan hidrolisis (melarutkan) bahan menggunakan asam. Tabel 1 berikut adalah kandungan RS pada beberapa produk hasil pertanian dalam kondisi sebelum diberi panas (dimasak).

**Tabel 1.** Kandungan RS dari Beberapa Produk Hasil Pertanian

<b>Nama produk</b>	<b>Kandungan RS (%)</b>
Beras ketan	22,1 (Zeng et al., 2015)

Ubi jalar ungu	3,1 (Yea et al., 2019) 5,02 (Zheng et al., 2016)
Beras	3-5 (Herawati, 2016) 15,22 - 23,69 (Anugrahati et al., 2015)
Kentang	18 (Herawati, 2016)
Sagu	0,69 (Kusnandar et al., 2015)
Pisang (ambon)	29,37 (Musita, 2009)
Pisang (raja bulu)	30,66 (Musita, 2009)
Garut	2,12 (Faridah et al., 2014)
Gandum	3,69 (Sajilata, Singhal, et al., 2006)
Singkong	4,12 (Asbar et al., 2014)
Kacang hijau	2,33 (Moongngarm, 2013)
Kacang merah	9,54 (Moongngarm, 2013)
Kedelai	7,84 (Moongngarm, 2013)
Jagung	1,16 (Ozturk et al., 2009)

Sebagian besar data di tabel 1 adalah hasil penelitian di luar Indonesia, yang berarti mereka menggunakan produk hasil pertanian dari wilayahnya sendiri. Tentu saja kandungan RS bahan yang asli Indonesia akan berbeda dengan bahan baku dari luar Indonesia. Namun demikian data tersebut masih tetap dapat digunakan sebagai perkiraan kandungan RS untuk bahan yang serupa.



Gambar 2. Nasi yang setelah dimasak kemudian didinginkan apalagi dimasukkan dalam kulkas akan meningkatkan kadar pati resisten nasi tersebut (Sutakwa, 2020)

## **Prebiotik**

Konsep awal dari prebiotik disampaikan Gibson (Gibson & Roberfroid, 1995) yaitu prebiotik adalah bahan makanan yang tidak dapat dicerna namun memiliki efek menguntungkan bagi inang dengan cara secara selektif merangsang pertumbuhan atau aktifitas dari satu atau sejumlah bakteri dalam kolon yang dapat meningkatkan kesehatan inang. Selanjutnya definisi ini direvisi oleh pengarang yang sama menjadi suatu bahan selektif yang dapat difermentasi yang memungkinkan perubahan

spesifik baik dari komposisi maupun aktivitas dari mikroba dalam gastrointestinal (saluran pencernaan) (yang memberikan manfaat kesehatan bagi inang (Gibson et al., 2004). Dengan definisi tersebut maka suatu bahan pangan dianggap sebagai prebiotik jika: (a) tidak dapat dicerna (tahan terhadap asam pada lambung, proses enzimatik, dan penyerapan di usus halus), (b) difermentasi oleh microbiota (mikrobia yang hidup dalam saluran pencernaan kita), dan (c) secara selektif memengaruhi pertumbuhan dan aktifitas bakteri yang ada dalam kolon (Anadón et al., 2016).

Istilah prebiotik berbeda dengan probiotik. de Vrese & Schrezenmeir (2008) menyampaikan bahwa probiotik adalah semua mikrobia yang spesifik dengan jumlah yang cukup dan masih aktif saat masuk dalam usus sehingga dapat memberikan efek kesehatan. Mikroorganisme spesifik tersebut yaitu kelompok bakteri *Lactobacillus rhamnosus GG*, *L. reuteri*, *bifidobacteri* dan kelompok tertentu dari *L casei* ataupun *L acidophilus*. Dengan demikian dapat kita simpulkan bahwa prebiotik adalah segala macam makanan yang disukai oleh probiotik yang dapat memberikan efek kesehatan pada tubuh setelah diproses oleh probiotik tersebut. Probiotik sudah ada secara alami di dalam tubuh kita, tetapi dapat kita tambahkan ke dalam tubuh melalui makanan ataupun minuman, misalnya saat kita minum yoghurt karena yoghurt banyak mengandung probiotik.

Bahan makanan yang dapat dianggap sebagai prebiotik menurut Anadon (Anadón et al., 2016) ada dua yaitu fructan dan RS. Fructan adalah kelompok oligosakarida (turunan dari pati yang merupakan gabungan dari molekul – molekul monosakarida) yang terjadi secara alami dan juga FOS (*fructo oligosaccharides*) yang ditemukan dalam jumlah milligram pada bawang, nanas, gandum, artichoke, bawang putih dan makanan utuh lainnya. Sementara itu peneliti lain mendefinisikan fructan sebagai karbohidrat yang tidak bisa dicerna dan memberikan kontribusi makanan pada microflora (probiotik) yang ada di usus besar (Southgate, 2001). RS sendiri sering dikelompokkan sebagai *dietary fiber* karena seperti yang telah disebutkan oleh Englyst (Englyst et al., 1992) bahwa karakter RS sama seperti *fiber*. Sementara itu Southgate (Southgate, 2001) menyampaikan bahwa *dietary fiber* adalah bagian dari tanaman yang tidak dapat dicerna manusia. Dari definisi fructan maupun RS dapat disimpulkan bahwa keduanya memiliki kesamaan yaitu keduanya adalah bahan yang tidak dapat dicerna usus halus tetapi menjadi substrat/makanan bagi microflora yang ada di usus besar. Dengan Demikian kedua bahan (fructan dan RS) saat berada di lambung maupun usus halus tidak dapat dicerna sehingga akan langsung masuk ke dalam usus besar. Saat di usus besar inilah kemudian keduanya akan dimakan berbagai mikrobia yang ada disitu dan kemudian mereka akan membentuk zat tertentu yang baik bagi kesehatan.

Beberapa penelitian telah dilakukan terhadap RS untuk melihat kemampuannya sebagai prebiotik. Sebagaimana telah didefinisikan sebelumnya tentang prebiotik dimana para peneliti mengkategorikan RS sebagai prebiotik dikarenakan RS terfermentasi saat berada dalam kolon menjadi SCFA. Dilaporkan bahwa konsumsi RS3 secara signifikan meningkatkan kadar SCFA hingga dua kalinya dari kadar SCFA awal, pada pengujian di tikus (Dongowski et al., 2005). Asam lemak rantai pendek ini (SCFA) telah diketahui sebagai zat yang dapat mencegah terjadinya kanker usus pada tubuh kita.

Sebagaimana telah disebutkan tentang beberapa syarat-syarat sebuah bahan pangan disebut prebiotik maka perlu dilakukan pengujian terhadap RS apakah telah memenuhi syarat tersebut. Syarat pertama adalah bahwa bahan pangan prebiotik tidak tercerna atau tahan terhadap asam ataupun enzim pencernaan sehingga lolos dari usus halus. Syarat ini sudah dipenuhi oleh RS karena seperti telah disebutkan di atas bahwa RS memiliki sifat seperti *fiber* sehingga dikategorikan sebagai *dietary fiber* karena tidak tercerna dalam usus halus dan terfermentasi dalam usus besar.

Syarat kedua yaitu bahan makanan prebiotik haruslah menjadi sumber makanan bagi mikroflora yang ada di dalam usus besar. Diketahui di dalam usus besar terdapat 9 keluarga besar bakteri yang hidup didalamnya. Bakteri - bakteri tersebut adalah dari keluarga Actinobacteria, Bacteroidetes (atau dikenal dengan

Cytophaga-Flavobacterium-Bacteroides), Cyanobacteria, Firmicutes, Fusobacteria, Proteobacteria, Spirochaetes, Vadin BE97 dan Verrucomicrobia (Li, 2010). Probiotik sendiri didefinisikan sebagai mikroorganisme yang hidup (yeast dan BAL) yang memberikan efek menguntungkan pada kesehatan. Di dalam usus besar terdapat kelompok bakteri asam laktat dan Bacillus (Anadón et al., 2016), keduanya dari keluarga Firmicutes. Bakteri lain yang memiliki kemampuan sebagai probiotik adalah Bifidobacteria yang termasuk dalam keluarga Actinobacteria dan terdapat dalam usus besar manusia (Crittenden et al., 2001).

Crittenden et al. (2001) melaporkan bahwa delapan isolat bakteri dari jenis Bifidobacterio dapat tumbuh dengan baik secara in vitro pada media RS. Sementara itu Brown, et al. (1997) melaporkan bahwa percobaan penggunaan RS sebagai makanan untuk babi dapat meningkatkan jumlah Bifidobacteria pada feses babi tersebut. Penelitian menggunakan Bifidobacteria dalam media RS juga dilakukan Bao (Bao et al., 2017) dan memberikan pembuktian yang serupa. Peneliti lain bahkan telah mencoba penggunaan RS pada manusia dan pengaruhnya terhadap Bifidobacteria. Hasil menunjukkan bahwa konsumsi RS selama 21 hari dapat meningkatkan jumlah Bifidobacteria secara signifikan (Carvalho-Wells et al., 2010). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa RS mampu menjadi nutrisi bagi microbiota baik yang ada dalam usus besar.

Kemampuan RS untuk menyeimbangkan kondisi microbiota di usus besar telah dibuktikan oleh Ramakrishna (Ramakrishna et al., 2000) pada kasus anak-anak yang mengalami penyakit kolera. Dengan konsumsi RS dapat mempercepat penyembuhan kolera. Penelitian serupa juga dilakukan pada kasus anak-anak yang mengalami diare (Rabbani et al., 2001). Dari kondisi tersebut dapat dibuktikan bahwa RS dapat secara selektif sekaligus menyeimbangkan jumlah microbiota di dalam usus besar.

## Konsumsi Pati Resisten

Melihat fungsi RS yang baik untuk dikonsumsi manusia karena dapat memberikan efek kesehatan, maka beberapa negara telah memberikan rekomendasi kepada warganya untuk mengonsumsi RS secara rutin dalam menu harian. Tabel 2 berikut adalah besarnya RS yang dapat dikonsumsi yang direkomendasikan di beberapa negara sebagaimana telah dirangkum oleh (Rozali et al., 2018)

Tabel 2. Anjuran asupan RS di Beberapa Negara

Negara	Jumlah RS (g/hari)
China	18
India	10
Uni Eropa	3 – 4
Inggris	2.76

Australia	5 - 7
Swedia	3.2
Italia	7.2 - 9.2
Selandia Baru	5.2 - 8.5

Dengan banyaknya negara yang telah merekomendasikan warganya untuk mengonsumsi RS, maka dapat diharapkan bahwa Indonesia juga akan segera menyusul. Saat ini telah banyak peneliti yang mencoba meningkatkan jumlah RS di dalam bahan makanan dengan berbagai metode. Suatu hari nanti mungkin akan muncul makanan yang memang khusus disediakan bagi masyarakat dengan kandungan RS yang tinggi, sehingga dapat menjadi makanan tambahan untuk Kesehatan tubuh. Contoh yang sudah ada di masyarakat yaitu yoghurt yang sudah dapat diterima dengan baik dan banyak dikonsumsi.

## **Rangkuman**

Pati resisten/RS dapat kita kategorikan sebagai makanan prebiotik. RS sebagai makanan prebiotik tidak dapat dicerna oleh tubuh, tetapi saat berada di usus besar akan dicerna oleh bakteri baik dan menghasilkan zat yang sangat berguna bagi tubuh. Dengan demikian mengonsumsi RS di setiap harinya akan membuat kita menjadi lebih sehat. Sumber makanan yang mengandung RS sangat banyak di sekitar kita sehingga kita tidak akan mengalami kekurangan. Walaupun demikian kita bisa

berharap suatu saat nanti akan ada makanan khusus yang diproduksi dengan kandungan RS tinggi yang dapat dikonsumsi masyarakat seperti halnya yoghurt yang berfungsi sebagai probiotik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anadón, A., Martínez-Larrañaga, M. R., Arés, I., & Martínez, M. A. (2016). Prebiotics and probiotics: An assessment of their safety and health benefits. In V. R. Preedy & R. R. Watson (Eds.), *Probiotics, Prebiotics, and Synbiotics: Bioactive Foods in Health Promotion* (pp. 3–23). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802189-7.00001-0>
- Anugrahati, N. A., Pranoto, Y., Marsono, Y., & Marseno, D. W. (2015). In vitro digestibility of Indonesian cooked rice treated with cooling- reheating process and coconut milk addition. *International Research Journal of Biological Sciences*, 4(12), 34–39.
- Asbar, R., Sugiyono, S., & Haryanto, B. (2014). Peningkatan pati resisten tipe III pada tepung singkong modifikasi (mocaf) dengan perlakuan pemanasan-pendinginan berulang dan aplikasinya pada pembuatan mi kering. *Jurnal Pangan*, 23(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.33964/jp.v23i2.60>
- Bao, C., Zeng, H., Zhang, Y., Zhang, L., Lu, X., Guo, Z., Miao,

S., & Zheng, B. (2017). Structural characteristics and prebiotic effects of Semen coicis resistant starches (type 3) prepared by different methods. *International Journal of Biological Macromolecules*, *105*, 671–679. <https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2017.07.091>

Brown, I., Warhurst, M., Arcot, J., Playne, M., Illman, R. J., & Topping, D. L. (1997). Fecal numbers of Bifidobacteria are higher in pigs fed Bifidobacterium longum with a high amylose cornstarch than with a low amylose cornstarch. *The Journal of Nutrition*, *127*(9), 1822–1827. <https://doi.org/10.1093/jn/127.9.1822>

Carvalho-Wells, A. L., Helmolz, K., Nodet, C., Molzer, C., Leonard, C., McKevith, B., Thielecke, F., Jackson, K. G., & Tuohy, K. M. (2010). Determination of the in vivo prebiotic potential of a maize-based whole grain breakfast cereal: A human feeding study. *British Journal of Nutrition*, *104*(9), 1353–1356. <https://doi.org/10.1017/S0007114510002084>

Crittenden, R. G., Morris, L. F., Harvey, M. L., Tran, L. T., Mitchell, H. L., & Playne, M. J. (2001). Selection of a Bifidobacterium strain to complement resistant starch in a synbiotic yoghurt. *Journal of Applied Microbiology*, *90*(2), 268–278. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2672.2001.01240.x>

de Vrese, M., & Schrezenmeir, J. (2008). Probiotics,

- prebiotics and synbiotics. In U. Stahl, U. E. Donalies, & E. Nevoight (Eds.), *Food Biotechnology. Advances in Biochemical Engineering/Biotechnology* (Issue 111, pp. 1–66). Springer Berlin / Heidelberg. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/10\\_2008\\_097](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/10_2008_097)
- Dongowski, G., Jacobasch, G., & Schmiedl, D. (2005). Structural stability and prebiotic properties of resistant starch type 3 increase bile acid turnover and lower secondary bile acid formation. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 53(23), 9257–9267. <https://doi.org/10.1021/jf0507792>
- Englyst, H. N., Kingman, S. M., & Cummings, J. H. (1992). Classification and measurement of nutritionally important starch fractions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 46(SUPPL. 2), 33–50.
- Faridah, D. N., Fardiaz, D., Andarwulan, N., & Sunarti, T. C. (2014). Karakteristik sifat fisikokimia pati garut (Maranta arundinaceae). *Agritech*, 34(1), 14–21. <https://doi.org/10.22146/agritech.9517>
- Fuentes-Zaragoza, E., Sánchez-Zapata, E., Sendra, E., Sayas, E., Navarro, C., Fernández-López, J., & Pérez-Alvarez, J. A. (2011). Resistant starch as prebiotic: A review. *Starch/Staerke*, 63(7), 406–415. <https://doi.org/10.1002/star.201000099>
- Gibson, G. R., Probert, H. M., Loo, J. Van, Rastall, R. A., & Roberfroid, M. B. (2004). Dietary modulation of the human colonic microbiota : updating the concept of

- prebiotics. *Nutrition Research Reviews*, 17(2), 259–275. <https://doi.org/10.1079/NRR200479>
- Gibson, G. R., & Roberfroid, M. B. (1995). Critical review dietary modulation of the human colonie microbiota : Introducing the concept of prebiotics. *The Journal of Nutrition*, 125(6), 1401–1412.
- Herawati, H. (2016). Potensi Pengembangan Produk Pati Tahan Cerna sebagai Pangan Fungsional. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pertanian*, 30(1), 31–39. <https://doi.org/10.21082/jp3.v30n1.2011.p31-39>
- Kusnandar, F., Hastuti, H. P., & Syamsir, E. (2015). Pati resisten sagu hasil proses hidrolisis asam dan autoclaving-cooling. *Jurnal Teknologi Dan Industri Pangan*, 26(1), 52–62. <https://doi.org/10.6066/jtip.2015.26.1.52>
- Li, L. (2010). *Assessing prebiotic effects of resistant starch on modulating gut microbiota with an in vivo animal model and an in vitro semi-continuous fermentation model*. Iowa State University.
- Moongngarm. (2013). Chemical compositions and resistant starch content in starchy foods. *American Journal of Agricultural and Biological Sciences*, 8(2), 107–113.
- Musita, N. (2009). Kajian kandungan dan karakteristiknya pati resisten dari berbagai varietas pisang. *Jurnal Dinamika Penelitian Industri*, 14(1), 68–79.

- Ozturk, S., Koxsel, H., & Kahraman, K. (2009). Effect of debranching and heat treatments on formation and functional properties of resistant starch from highamylose corn starch. *European Food Research and Technology*, 229, 115–125.
- Putri, N. E. (2020). *Wah, probiogama juga berperan dalam short chain fatty acid!* Cfns.Ugm.Ac.Id. <https://cfns.ugm.ac.id/2020/05/19/wah-probiogama-juga-berperan-dalam-short-chain-fatty-acid/>
- Rabbani, G. H., Teka, T., Zaman, B., Majid, N., Khatun, M., & Fuchs, G. J. (2001). Clinical studies in persistent diarrhea: Dietary management with green banana or pectin in Bangladeshi children. *Gastroenterology*, 121(3), 554–560. <https://doi.org/10.1053/gast.2001.27178>
- Ramakrishna, B. S., Venkataraman, S., Srinivasan, P., Dash, P., Young, G. P., & Binder, H. J. (2000). Amylase-resistant starch plus oral rehydration solution for cholera. *The New England Journal of Medicine*, 342, 308–313.
- Rozali, Z. F., Purwani, E. Y., Iskandriati, D., Palupi, N. S., & Suhartono, M. T. (2018). Potensi pati resisten beras sebagai bahan pangan fungsional. *Jurnal Pangan*, 27(3), 215–224.
- Sajilata, M. G., Singhai, R. S., & Kulkarni, P. R. (2006).

Resistant starch - A review. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*, 5(1), 1–17.

Sajilata, M. G., Singhal, R. S., & Kulkarni, P. R. (2006). Resistant starch - A review. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*, 5(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1541-4337.2006.tb00076.x>

Setiaji, R. R. (2020). *Apa itu pati resisten, dan apa pengaruhnya bagi tubuh?* <https://hellosehat.com/diabetes/tipe-2/apa-itu-pati-resisten/>

Sharma, A., & Yadav, B. S. (2008). Resistant starch: Physiological roles and food applications. *Food Reviews International*, 24(2), 193–234. <https://doi.org/10.1080/87559120801926237>

Southgate, D. A. T. (2001). Polysaccharide food additives that contribute to dietary fiber. In G. A. Spiller (Ed.), *CRC Handbook of Dietary Fiber in Human Nutrition* (3rd ed., pp. 23–25). CRC Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1201/9781420038514>

Sutakwa, E. (2020). *Pati resisten dan manfaatnya dalam menurunkan gula darah.* <https://linisehat.com/pati-resisten-dan-manfaatnya-dalam-menurunkan-gula-darah/>

Tharanathan, R. N. (2002). Food-derived carbohydrates - Structural complexity and functional diversity.

- Critical Reviews in Biotechnology*, 22(1), 65–84.  
<https://doi.org/10.1080/07388550290789469>
- Topping, D. L., & Clifton, P. M. (2001). Short-chain fatty acids and human colonic function. *Physiological Reviews*, 81(3), 1031–1064.  
<https://doi.org/10.1152/physrev.2001.81.3.1031>
- Yea, C. S., Nevara, G. A., Muhammad, K., Mohd, H., & Karim, R. (2019). Physical properties , resistant starch content and antioxidant profile of purple sweet potato powder after 12 months of storage. *International Journal of Food Properties*, 22(1), 974–984.  
<https://doi.org/10.1080/10942912.2019.1620765>
- Zeng, F., Chen, F., Kong, F., Gao, Q., Aadil, R. M., & Yu, S. (2015). Structure and digestibility of debranched and repeatedly crystallized waxy rice starch. *Food Chemistry*, 187, 348–353.  
<https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2015.04.033>
- Zheng, Y., Wang, Q., Li, B., Lin, L., Tundis, R., Loizzo, M. R., Zheng, B., & Xiao, J. (2016). Characterization and Prebiotic Effect of the Resistant Starch from Purple Sweet Potato. *Molecules*, 21(7).  
<https://doi.org/10.3390/molecules21070932>

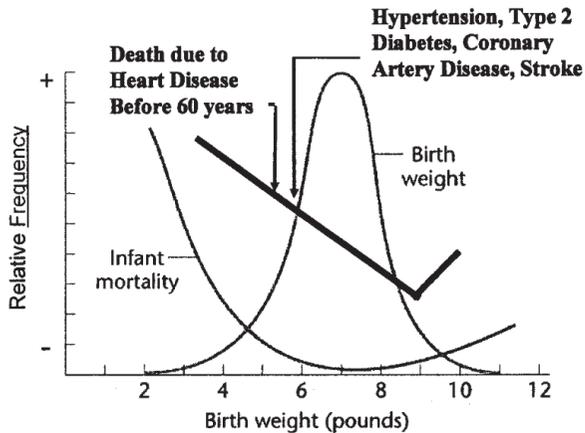
## BAB 2

# KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PUTRI

Lestari Octavia

## Pengantar

Dalam lingkaran kehidupan, perjalanan sudah dimulai sejak konsepsi janin. Kualitas janin yang sehat akan menentukan kualitas kesehatan di usia tumbuh kembang. Anak yang terlahir dengan gizi buruk memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami risiko penyakit kardiovaskular di masa yang akan datang (Dewey and Begum, 2011). Untuk melahirkan keturunan yang berkualitas, pemeliharaan kesehatan perempuan bukan hanya penting dilakukan pada masa kehamilan, namun jauh sebelum periode itu datang yakni sejak masa remaja. Dalam hipotesis Barker yang mengidentifikasi orang yang lahir di Sheffield dan Hertfordshire menunjukkan relasi yang kuat antara berat badan lahir bayi yang rendah dan risiko menderita penyakit koroner (lihat gambar 1) (De Boo & Harding, 2006).



Gambar 1. Hubungan antara berat badan dan frekuensi mendapatkan penyakit kardiovaskular pada usia dewasa (Dover, 2009)

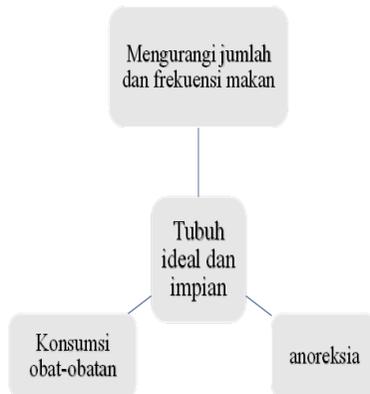
Remaja putri adalah tahapan transisi penting kedua setelah masa keemasan tumbuh kembang balita. Organisasi kesehatan dunia (WHO) dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional mendefinisikan kelompok umur remaja dimulai dari usia 12-24 tahun, sementara menurut Departemen Kesehatan berada pada kelompok umur 10-19 tahun. Tahapan remaja ditandai dengan terjadinya perubahan sosial budaya, biologis dan psikologis. Di tahun 2014, WHO menyebutkan populasi kelompok umur remaja menempati 20% dari total populasi yang setara dengan 43.5 juta jiwa, sehingga harus mendapat perhatian penting (Kemenkes, 2014). Periode ini menjadi penting karena

akan menentukan awal pembentukan kualitas generasi berikutnya. Remaja putri mulai mengalami perkembangan seksual sekunder seperti haid, yang ditandai dengan adanya kebutuhan nutrisi yang spesifik dan meningkat (Beard, 2000). Jika kebutuhan nutrisi gagal dipenuhi akan mengganggu proses tumbuh kembang remaja. Pernikahan yang terjadi di usia remaja meningkatkan berlipatnya masalah yang dihadapi dalam konteks reproduksi karena kebutuhan nutrisi yang harus dipenuhi untuk kebutuhan seksual sekunder dan perkembangan janin jika mengalami kehamilan.

Keadaan kurang dan lebih gizi pada kelompok sebelum menjadi dewasa (remaja dan anak-anak) mendapat perhatian besar dari lembaga internasional. Sekjen PBB meluncurkan *Global Strategy for Women's, Children, and Adolescent* pada September 2015 yang menegaskan pentingnya peran gizi, dengan memberi perhatian khusus pada "*the 1000 days of life*" (seribu hari pertama kehidupan/1000 HPK) (Brands, 2020). Gizi menempati hal yang penting dalam konteks pencegahan dan menjaga kualitas kesehatan karena perannya dalam unjuk kerja akademis dan produktifitas yang akan berpengaruh pada pertumbuhan ekonomi (Ahmed et.al., 2014).

Remaja umumnya mulai memiliki kelompok sosial yang memang secara alami menjadi kebutuhan mendasar dalam hidup berkelompok. Sering ditemui pada kelompok remaja putri untuk tampil ideal dengan persepsi keindahan

tubuh dalam tafsir kelompok, seperti tinggi, langsing, putih, berambut lurus. Tafsir ini sering kali menyesatkan dan menyebabkan usaha mencapai tujuan dengan berbagai cara keliru. Mengurangi kebutuhan kalori, konsumsi obat-obatan ilegal untuk mencapai berat badan ideal menjadi pilihan mereka. Hal ini sering berakhir fatal untuk kesehatan. Banyak ditemukan remaja yang mengalami gangguan serius seperti anoreksia. (lihat gambar 2)



Gambar 2. Upaya remaja putri untuk tampil ideal yang berujung anoreksia.

Oleh sebab itu, Kementerian kesehatan merasa perlu membuat kampanye berkenaan dengan hal tersebut (lihat gambar 3)



Gambar 3. Konten kampanye dari Kementerian Kesehatan untuk remaja putri (KemenkesRI, 2018)

Pentingnya mengenalkan kesehatan reproduksi pada remaja putri sejalan dengan yang diamanatkan oleh *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 2014 yang meliputi banyak bidang termasuk pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi dan kesehatan reproduksi remaja putri. Hal ini perlu dilakukan untuk meningkatkan pemahaman remaja sehingga memiliki kesadaran dan tanggung jawab akan kesehatan reproduksi (Kemenkes, 2014a). Pada bagian selanjutnya akan diuraikan beberapa hal yang harus menjadi perhatian dalam pembahasan kesehatan reproduksi seksual remaja putri.

## **Pemenuhan Zat Gizi**

Sebelumnya, Indonesia mengenal panduan 4 Sehat 5 Sempurna yang diusulkan Prof. Purwo Soedarmo di tahun 1952 sudah mengalami transformasi melalui pendekatan Pedoman Gizi Seimbang (PGS) yang menekankan keragaman konsumsi makanan, pentingnya menjaga pola hidup bersih dan aktif, serta menjaga berat badan. PGS juga mengenalkan pentingnya porsi yang dikonsumsi per hari untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari (Kemenkes, 2014 b). PGS juga meluruskan susu bukan pelengkap namun zat gizi yang terkandung di dalam susu penting dalam konsumsi dan juga terdapat pada sumber protein hewani lain. Selain itu, kebaruan dalam PGS adalah konsumsi air minum sebanyak dua2-liter atau setara delapan gelas per hari. Pesan yang lebih jelas pada PGS untuk memperbaiki informasi kebutuhan zat gizi makro dan mikro yang diperlukan.



Gambar 4. Kampanye isi piringku untuk panduan konsumsi bagi remaja putri (Kemensos, 2018b).

Zat gizi makro dan mikro dibutuhkan dalam jumlah dan jenis yang berbeda dibandingkan dengan kelompok umur lain. Pemerintah Indonesia mengeluarkan Pedoman Gizi Seimbang yang mencantumkan zat gizi makro dan mikro sesuai dengan kelompok umur dan jenis kelamin (lihat gambar 5). Kebutuhan zat gizi yang tidak mencukupi akan meningkatkan risiko penyakit di masa yang akan datang. Peristiwa menstruasi yang dialami remaja putri setiap bulan meningkatkan kebutuhan zat besi, selain itu karena pertumbuhan tulang dan berat badan berlangsung di periode ini, kebutuhan kalsium mutlak dipenuhi. Kebutuhan kalsium untuk remaja mencapai 120 mg/hari,

sementara kebutuhan zat besi mencapai 20-26 mg/hari dan folat (vitamin B<sub>9</sub>) sebanyak 400 µg/hari (Kemenkes, 2014b).



Gambar 5. Piramida makanan untuk panduan pedoman gizi seimbang untuk pemenuhan kebutuhan gizi (Kemenkes RI, 2014c).

Anemia akibat kekurangan zat besi merupakan kejadian yang paling sering ditemui pada remaja putri yang ditandai dengan pemeriksaan haemoglobin (Hb) < 12 g/dL. Anemia dikelompokkan ke dalam salah satu dari sepuluh penyebab yang dapat mengganggu kualitas hidup pada usia dewasa. Anemia akibat kekurangan zat besi akan mengganggu aktivitas karena menyebabkan gangguan konsentrasi pada aktivitas akademik, pucat, cepat merasa

lelah dan kurang nafsu makan (Mousa, Higazi, Saleh, Ali, 2016). Kekurangan zat gizi besi di usia remaja akan menurunkan kualitas kesehatan reproduksi di usia dewasa. Penyebab utama kekurangan zat besi di Indonesia adalah rendahnya konsumsi makanan yang kaya protein, zat besi dan vitamin B yang diperlukan tubuh. Daging merah adalah salah satu bahan yang kaya zat besi dan konsumsinya di Indonesia masih sangat rendah, hanya sekitar 2,8 kg/tahun/kapita (Ickowitz, Rowland, Powell, Salim, Sunderland, 2016). Menurut data Biro Pusat Statistik, rata-rata konsumsi protein per kapita sebesar 64,64 gram per September 2018 yang memunculkan banyaknya masalah kekurangan zat gizi makro dan mikro. Kebutuhan energi total untuk remaja putri sekitar 2125 kkal/hari dengan jumlah protein sekitar 59-69 gr /hari berdasarkan Pedoman Gizi Seimbang yang disusun Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2014b).



Gambar 6. Makanan untuk remaja sebaiknya kaya protein, mineral, dan serat (Kemendikbud RI, 2013).



Gambar 7. Sumber makanan yang disarankan untuk remaja, kaya protein, mineral, dan serat (Kemendikbud RI, 2013).

Aktifitas fisik dan akademis remaja putri menuntut pemenuhan zat gizi yang seimbang untuk mencegah gangguan pertumbuhan dan pubertas. Bukan hanya zat besi dan kalsium, zat gizi mikro lain juga diperlukan seperti zat gizi makro. Kebutuhan protein, energi, serat, mineral dan vitamin pada remaja berasal dari makanan yang dikonsumsi (lihat gambar 6 dan 7). Frekuensi makan yang disarankan adalah tiga kali sehari yakni pagi, siang dan malam. Kejadian kurang gizi juga masih ditemukan pada remaja yang ditandai dengan berat badan rendah yang biasa disebut kurus. Sementara pendek pada remaja

disebabkan kekurangan gizi kronis sejak masih di dalam kandungan. Identifikasi sederhana remaja memiliki kekurangan energi kronis (KEK) dengan mengukur lingkaran lengan bagian atas (lila), jika  $< 23,5$  cm menandakan kejadian KEK. Sementara dengan menghitung indeks massa tubuh dapat ditentukan status gizi dengan kalkulasi berat badan (kg) dibagi tinggi badan ( $m^2$ ) [11]. Franca dalam artikel yang dimuat di *British Medical Journal* menyebutkan ada sekitar 50 juta anak yang mengalami kurang gizi, 40 juta anak mengalami kegemukan. Dua hal yang berkontribusi pada munculnya penyakit di usia dewasa.

Tabel 1. Status gizi remaja berdasarkan indeks massa tubuh[12]

No	Indeks massa tubuh	Status gizi
1	$<17 \text{ kg/m}^2$	Sangat kurus
2	$17,0 \text{ kg/m}^2$ - $18,5 \text{ kg/m}^2$	Kurus
3	$18,5 \text{ kg/m}^2$ - $20 \text{ kg/m}^2$	Normal
4	$25,0 \text{ kg/m}^2$ - $27,0 \text{ kg/m}^2$	Kelebihan berat badan ringan
5	$<27 \text{ kg/m}^2$	Kelebihan berat badan (obesitas)

Indeks massa tubuh (IMT) merupakan indikator sederhana yang biasa digunakan untuk menilai status gizi. Remaja yang memiliki IMT rendah ( $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) jika mengalami

masa kehamilan akan meningkatkan risiko melahirkan anak dengan keadaan berat badan lahir rendah, prematur, gangguan tumbuh kembang, dan janin meninggal (Kemensos, 2018).

Anak sekolah sering ditenggarai menjadi kelompok yang menghilangkan sarapan sehingga berpotensi mengganggu proses belajar. Kegiatan belajar memerlukan konsentrasi yang energi dari otak dipasok dari glukosa. Meniadakan sarapan akan meningkatkan risiko gangguan konsentrasi dalam proses belajar. Kebutuhan energi yang berasal dari sarapan pagi berkontribusi pada 20-25% total energi dalam satu hari. Menu sarapan pagi harus terdiri dari karbohidrat, protein dan lemak. Karbohidrat dapat bersumber dari umbi-umbian, nasi, mie, roti. Protein dapat berasal dari protein hewani (daging sapi, daging ayam, telur, susu) dan protein nabati (kacang-kacangan dan produk olahannya) (Kemenkes, 2014b). Konsumsi serat pada kelompok remaja juga cenderung di bawah rekomendasi yang disarankan, lebih dari 50% anak sekolah di Indonesia tidak mengkonsumsi buah dan sayur. Permasalahan pemenuhan zat gizi mendapat perhatian penting dalam topik ini karena terkait kebutuhan zat gizi yang memengaruhi kematangan seksual dan kesehatan di masa yang akan datang (Kemenkes, 2014b).

Konsumsi makanan berlemak juga harus dalam jumlah yang rendah juga berlaku untuk remaja putri untuk menghindari penumpukan lemak jenuh yang dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular. Selain itu

konsumsi lemak jenuh berlebih meningkatkan risiko mengalami obesitas yang dapat menurunkan rasa percaya diri dan gangguan psikis (Kemenkes, 2014b).

## **1. Pengenalan Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan reproduksi remaja putri dimaksudkan untuk mencegah perilaku seksual yang dapat membahayakan kesehatan reproduksi. Penularan penyakit seksual dan HIV, perilaku gonta ganti pasangan, aborsi tidak sesuai prosedur medis adalah beberapa perilaku seksual yang dapat membahayakan kesehatan reproduksi. Konsumsi narkotika, bahan adiktif, psikotropika dan napza juga dikategorikan sebagai perilaku menyimpang yang dapat mengganggu kesehatan reproduksi. Pengenalan kesehatan remaja putri dimaksudkan untuk membekali remaja dengan pengetahuan yang memadai agar siap dan secara fisik, psikis dan sosial untuk menikah dan menjadi orang tua yang bertanggung jawab di usia dewasa (Kemenkes, 2014a).

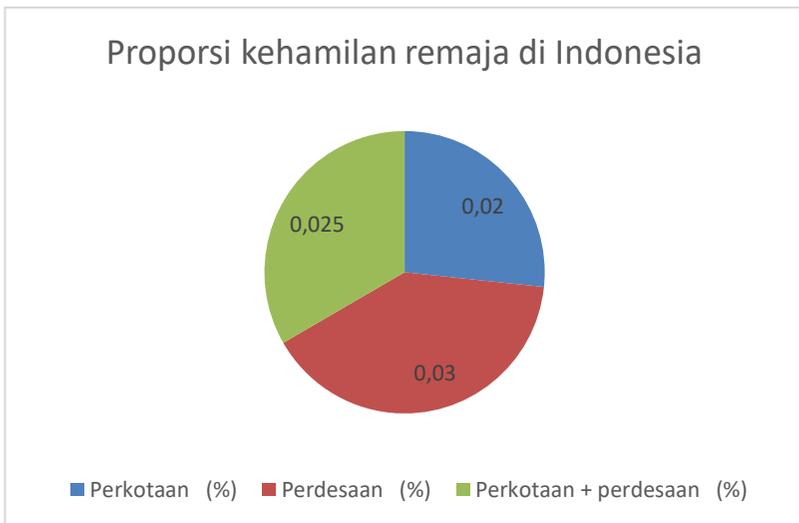
Remaja yang aktif secara seksual memiliki risiko yang besar terhadap penularan penyakit seksual dan kehamilan remaja. Banyak penelitian menunjukkan persalinan dari kehamilan remaja berakhir pada aborsi dan pernikahan usia muda.



Gambar 8: Presentase seks pra nikah remaja di tahun 2007 dan 2012 (Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja Infodatin Kemenkes, 2012).

Dari grafik di atas (gambar 8) terlihat peningkatan jumlah remaja laki-laki yang menikah di tahun 2012 dibandingkan tahun 2007. Jumlah pengantin remaja laki-laki mengalami peningkatan, sementara pengantin remaja perempuan mengalami penurunan. Peningkatan jumlah pengantin remaja menimbulkan kekhawatiran akan kesiapan menjadi orang tua yang siap membesarkan keturunan yang siap secara fisik, psikis dan sosial.

Kehamilan di usia remaja meningkatkan risiko terhadap ibu dan janin sekaligus karena ibu membutuhkan zat gizi untuk tumbuh dan kembang. Jika usia remaja memiliki beban lebih karena hamil maka kebutuhan zat gizi menjadi berlipat, untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin pada saat bersamaan. Keadaan ini menyebabkan kehamilan remaja meningkatkan risiko keguguran, bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR), kelahiran prematur, pendarahan selama kehamilan yang berujung pada peningkatan angka mortalitas ibu dan neonatus, postnatal dan balita (Baker, et al., 2109).



Gambar 9

. Proporsi kehamilan remaja di Indonesia pada 2013 berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2013, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013.

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk memperbaiki kesehatan reproduksi remaja putri disampaikan sebagai berikut:

1. Membantu memperbaiki status gizi dan kualitas asupan kelompok remaja putri untuk menyiapkan kesehatan reproduksi yang lebih baik. Beberapa studi intervensi yang dilakukan di belahan dunia lain mencatatkan pemberian suplementasi zat gizi besi memberikan hasil yang signifikan dalam perbaikan status anemia, terutama pada program yang dilaksanakan di sekolah. Pemerintah Indonesia menerbitkan peraturan Menteri Kesehatan no 88 tahun 2014 yang berisi tentang standar tablet tambah darah untuk wanita subur dan ibu hamil. Remaja putri termasuk di dalam kelompok wanita usia subur yang menerima pemberian suplementasi, yang di Indonesia lebih dikenal dengan tablet tambah darah (TTD). Tablet tambah darah yang dikonsumsi terdiri dari 60 mg besi elemental dan 400 µg asam folat. Program ini menyoar kelompok wanita usia subur, termasuk remaja putri yang sudah mengalami menstruasi dengan memberikan 1 pil setiap minggu ditambah 1 kali konsumsi di masa haid. Pemberian tablet ini

dimaksudkan untuk menurunkan prevalensi anemia pada kelompok target yang menjadi harus menjadi perhatian untuk perbaikan status kesehatan di usia reproduksi aktif (Kemenkes, 2014c).

Selain itu, pemerintah juga menginisiasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) berdasarkan Instruksi Presiden no 11 tahun 2011 yang mendorong:

- a. Peningkatan aktivitas fisik.
- b. Peningkatan perilaku hidup sehat.
- c. Peningkatan pangan sehat dan perbaikan gizi.
- d. Peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit.
- e. Peningkatan kualitas lingkungan.
- f. Peningkatan edukasi hidup sehat.

Program Germas memiliki beberapa tujuan yang akan diraih, diantaranya

- a. Menurunkan beban penyakit tidak menular dan penyakit tidak menular, baik kematian maupun kecacatan
- b. Menurunkan beban pembiayaan kesehatan karena meningkatnya penyakit
- c. Menghindarkan terjadinya penurunan produktivitas penduduk, dan
- d. Menghindari peningkatan beban finansial penduduk untuk pengeluaran kesehatan.

Program Germas menysasar seluruh kelompok di dalam masyarakat (lihat gambar 10) dengan mengusung semangat pengendalian penyakit yang terintegrasi dan multisektoral dengan prinsip dan pendekatan yang menyeluruh (Kemenkes, 2016)



Gambar 10. Kerjasama multisektoral dalam Germas (Menteri/Kepala Bappenas. 2017)

Program Germas dimaksudkan untuk menurunkan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang dapat menurunkan kualitas hidup dan memberatkan anggaran negara dan masyarakat. Beberapa perilaku hidup yang dapat meningkatkan

risiko PTM, yang ditemukan pada semua kelompok umur, diantaranya rendahnya aktivitas fisik, rendahnya konsumsi serat, kebiasaan merokok, tingginya konsumsi produk tinggi garam dan gula. Program Germas menekankan pentingnya edukasi sebagai usaha promotif dan preventif untuk mencegah tingginya angka penyakit dan kematian. Program edukasi memerlukan dukungan yang menyeluruh dari lingkungan, sarana dan prasarana, dan regulasi untuk hidup sehat yang melibatkan multisektor semua komponen masyarakat.

2. Meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi karena pengetahuan remaja mengenai reproduksi masih minim. Lebih dari 50% remaja memilih teman sebagai sosok yang dianggap layak menjadi narasumber mengenai pendidikan seks, hal ini cukup memprihatinkan karena hanya sekitar 13% menganggap sumber yang layak berasal dari petugas kesehatan. Selain itu peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang dikembangkan Kementerian Kesehatan dalam Program Kesehatan Remaja di Indonesia. Layanan yang diberikan berupa konseling untuk menerapkan Pendidikan dan Keterampilan Hidup Sehat. Selain dikelola Kemenkes, program untuk remaja juga dilakukan di bawah Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) yang disebut Generasi Berencana (GenRe) yang menyoar remaja dan keluarga yang memiliki remaja. Untuk remaja,

program yang diberikan mirip seperti yang dilakukan pihak Kemenkes dengan memberikan layanan konseling sementara untuk keluarga melakukan kelompok Bina Ketahanan Remaja (Rini, 2017).

Program edukasi termasuk yang dicanangkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) sesuai dengan amanat undang-undang. Program edukasi juga termasuk yang direkomendasikan dalam beberapa penelitian terkait. Program intervensi yang menarik tentu diminati oleh kelompok ini karena keingintahuan yang besar namun disampaikan dengan cara yang menarik. Mengembangkan konten, pesan gizi menggunakan media computer atau dunia maya menjadi salah satu hal yang menjanjikan. Beberapa program edukasi pernah dilakukan di Amerika Serikat dengan judul HIIPTeens yang dimaksudkan untuk menurunkan berat badan dan promosi gaya hidup sehat untuk remaja putri keturunan Afro-Amerika yang mengalami kegemukan dan berisiko mengalami penyakit kronik. Program ini menyampaikan materi menggunakan internet dan dialog interaktif selama 1 tahun. Dalam periode tersebut dibagi menjadi 52 kali kelas yang memuat materi berbeda-beda. Hasilnya sungguh menggembirakan, terjadi penurunan lemak tubuh pada remaja, dan juga orang tua yang menjadi kelompok yang juga dilibatkan dalam penelitian. Program ini dinilai efektif karena pesan yang disampaikan memuat konten-konten yang bermanfaat

dan mencerahkan. Terlebih, melibatkan peran kelompok lain juga menambah target yang dapat merasakan manfaat program (Ajie and Chapman-Novakofski, 2014).

Program ini dapat diadopsi untuk kelompok remaja yang dinamis dan menggemari dialog interaktif dan *real time*. Program yang menarik untuk remaja juga sebaiknya melibatkan orang tua dan guru sebagai pendamping untuk efektifitas pesan yang disampaikan. Program edukasi merupakan jalan panjang yang tidak bisa ditempuh sendiri, harus melibatkan banyak pihak termasuk otoritas, akademisi, jejaring lembaga swadaya masyarakat dan tentu saja pendidik di lingkungan terdekat dengan kelompok target. Kerja besar yang harus melibatkan banyak kelompok dan terus menerus untuk generasi muda yang lebih sehat dan lebih peduli pada kesehatan reproduksi.

## **Rangkuman**

Di tingkat kebijakan yang diterbitkan otoritas, kesehatan remaja belum mendapat perhatian serius, diabaikan dan dianggap tidak penting dalam kontribusi kualitas kehidupan secara umum. Padahal kualitas kesehatan bagi remaja merupakan tahapan transisi kedua yang penting sebelum memasuki tahap reproduksi yang

mengalami perubahan sosial budaya, biologis dan psikologis.

Kompleksitas masalah kesehatan pada kelompok remaja, terutama remaja putri, menempatkan pentingnya untuk mengenalkan kesehatan reproduksi pada remaja putri yang proporsional. Informasi yang disampaikan meliputi pemenuhan kebutuhan gizi sesuai kebutuhan di usia remaja putri dan mengenalkan kesehatan reproduksi yang akan membahayakan untuk mencegah perilaku seksual yang dapat membahayakan kesehatan reproduksi.

Bagian kesehatan reproduksi remaja putri dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan yang bermanfaat bagi kelompok target sebagai bekal informasi yang memadai untuk kesehatan reproduksi. Dinsinformasi kesehatan pada remaja putri sering berakhir pada kekeliruan pemahaman yang jika dilakukan pada jangka panjang akan membahayakan. Informasi kesehatan berbasis data yang valid dan hasil penelitian akan memberikan pengetahuan yang berguna, informatif, dan bermanfaat bagi kelompok remaja. Remaja yang sehat dan berkualitas menjadi tanggung jawab kita bersama untuk masa depan Indonesia yang cerah.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Ahmed T, Hossain M, Mahfuz M, Choudhury N, Hossain MM, Bhandari N, Lin MM, Joshi PC, Angdembe MR, Wickramasinghe VP, Hossain SM, Shahjahan M, Irianto SE, Soofi S, Bhutta Z. (2014). Severe acute

malnutrition in Asia. *Food Nutr Bull.* Jun, 2014;35(2 Suppl):S14-26. doi: 10.1177/15648265140352S103. PMID: 25069289.

Ajie WN, Chapman-Novakofski KM. (2014). Impact of computer-mediated, obesity-related nutrition education interventions for adolescents: a systematic review. *J Adolesc Health.* Jun, 2014;54(6):631-45. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.019. Epub 2014 Feb 16. PMID: 24534357.

Baker, P.N., et al., *A prospective study of micronutrient status in adolescent pregnancy.* *Am J Clin Nutr,* 2009. 89(4): p. 1114-24.

Beard JL. (2000). Iron requirements in adolescent females. *J Nutr.* Feb, 2000;130(2S Suppl):440S-442S. doi: 10.1093/jn/130.2.440S. PMID: 10721923.

Brands, B., Chomtho, S., Suthutvoravut, U., Chiong Meng Boey, C., Tang, S. F., Godfrey, K. M., Koletzko, B., & For The ENeA Sea Project Group (2020). Early Nutrition eAcademy Southeast Asia e-Learning for Enhancing Knowledge on Nutrition during the First 1000 Days of Life. *Nutrients,* 12(6), 1817. <https://doi.org/10.3390/nu12061817>

de Boo HA, Harding JE. (2006). The Developmental Origins Of Adult Disease (Barker) Hypothesis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* Feb 2006;46(1):4-14. doi: 10.1111/j.1479-828X.2006.00506.x. PMID: 16441686

Dewey KG, Begum K. (2011). Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr.* 2011 Oct;7 2011 Suppl 3(Suppl 3):5-18. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00349.x. PMID: 21929633; PMCID: PMC6860846.

Direktorat Pembinaan SMK Kemendikbud RI. *Ilmu Gizi 2, Kelas X semester 2*, Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, 2013

Dover G. J. (2009). The Barker hypothesis: how pediatricians will diagnose and prevent common adult-onset diseases. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 120, 199–207.

Ickowitz, A., Rowland, D., Powell, B., Salim, M. A., & Sunderland, T. (2016). Forests, Trees, and Micronutrient-Rich Food Consumption in Indonesia. *PloS one.* 11(5), e0154139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154139>

Kemenkes. (2014a). *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja.*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi.

Kemenkes, (2014b). *Pedoman Gizi Seimbang.*, Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kemenkes. (2014c) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 25 tahun 2014*, Jakarta: Kemenkes.

Kemenkes. (2016). *Gernas Wujudkan Indonesia Sehat. Sehat Negeriku* Jakarta: Biro Komunikasi & Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan RI.

Kemenkes RI (2018). *Twitter*.  
<https://twitter.com/kemenkesri/status/1075707383035310081>

Kemensos, (2018) *Modul Kesehatan dan Gizi P.K. Harapan*, (Editor) Jakarta: Kementrian Sosial.

Kemensos (2018b). *Modul Kesehatan & Gizi: Panduan teknis Pelaksanaan P2k2*. Jakarta: Bappenas, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, TNP2K, AUSAID, dan UNICEF

Menteri/Kepala Bappenas. (2017). *Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat*. Jakarta: [www.peraturan.go.id](http://www.peraturan.go.id)

Mousa, S.O., Higazi, A.M., Saleh, S.M., ALi, H.A. (2016) Cognitive function and school achievement in adolescent Egyptian girls with iron deficiency and iron deficiency anemia. *Mental Health in Family Medicine*. 12, 2016: p. 289-294.

Rini, I.M., Tjadikjanto, Y.D. (2018) Gambaran Program Generasi Berencana (Genre) di Indonesia dan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan* 2018. 7, No.2 p. 168-177.

WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. Jan, 2004. 10;363(9403):157-63. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15268-3. Erratum in: *Lancet*. 2004 Mar 13;363(9412):902. PMID: 14726171.

# **BAB 3**

## **Iklm Sekolah Positif: Lingkungan Sekolah Sehat, Positif & Produktif**

**Muallifah**

### **Pengantar**

Salah satu tujuan pendidikan di sekolah adalah mengembangkan potensi siswa. Melalui proses pengajaran dan model pendidikan yang diterapkan, diharapkan siswa mampu berkembang, mampu mengoptimalkan potensi yang dimiliki serta mampu mencapai keberhasilan yang diinginkan. Oleh karena itu, peran sekolah, guru, teman, manajemen dan model pengajaran menjadi faktor penting yang berpengaruh terhadap pencapaian keberhasilan atau kesuksesan siswa. Kondisi sekolah yang berpengaruh terhadap keberhasilan siswa disebut sebagai iklim sekolah positif. Iklim sekolah positif berpengaruh terhadap tingkat prestasi siswa di sekolah. Selain itu, Iklim sekolah juga berdampak mengurangi resiko kegagalan akademik siswa. Beberapa penelitian, di antaranya penelitian Cohen,

Mccabe, Michelli & Pickeral (2009) menyebutkan bahwa iklim sekolah yang positif berdampak langsung terhadap keberhasilan sekolah.

Berbagai dampak iklim sekolah tersebut menunjukkan bahwa kondisi sekolah yang aman, nyaman dan sehat menjadi penting diperhatikan untuk mencapai tujuan keberhasilan pada siswa. Artinya peran iklim sekolah didasarkan pada dampak yang ditimbulkan. Sekolah yang aman, nyaman dan disiplin adalah sekolah yang membuat siswa dan seluruh civitas akademika sekolah bebas dari rasa takut, kondusif untuk belajar dan hubungan antar siswa, guru dan civitas lainnya juga positif (MacNeil, Prater, & Busch, 2009; Tubbs & Garner, 2008). Keamanan dan kenyamanan sekolah ditentukan oleh nilai-nilai dan sikap seluruh civitas akademika sekolah, termasuk kepala sekolah, guru, siswa, orang tua, komite sekolah.

Dalam tulisan ini akan dijelaskan berbagai upaya yang dapat dilakukan oleh pimpinan sekolah serta seluruh civitas akademika sekolah untuk menciptakan sekolah yang aman, nyaman, positif dan kondusif. Mulai dari pengertian sekolah positif dan kondusif, ciri sekolah yang aman, dampak sekolah positif dan kondusif serta cara menciptakan sekolah yang aman dan nyaman, positif dan kondusif, serta berbagai usaha yang dapat dilakukan oleh kepala sekolah dan guru untuk menciptakan sekolah aman dan nyaman.

## **Pengertian Iklim Sekolah Positif (*Positive School Climate*)**

Iklim sekolah sering difahami sebagai kondisi umum yang berkaitan dengan atmosfir sekolah, sikap dan interaksi guru, siswa, pegawai yang berpengaruh terhadap persepsi terhadap kondisi kenyamanan lingkungan sekolah. Lebih luas lagi iklim sekolah difahami sebagai bentuk kepribadian dan suasana sekolah, termasuk norma, nilai dan harapan yang diinginkan. Selain itu, sekolah juga bisa mencerminkan nilai, hubungan antarpribadi, suasana dalam proses belajar mengajar, dan struktur organisasi (Maxwell, Reynolds, Lee, Subasic, & Bromhead, 2017; Cohen et al., 2009). Selanjutnya istilah iklim sekolah positif mengacu pada kondisi fisik dan emosional yang nyaman, keterikan antara individu di dalamnya yang saling mendukung dan saling menjaga untuk lebih nyaman. Iklim sekolah positif mendorong perkembangan dan pembelajaran kaum muda yang diperlukan untuk kehidupan yang produktif, berkontribusi untuk mencapai keberhasilan (Thapa, Cohen, Guffey, & Higgins-D'Alessandro, 2013). Iklim sekolah yang nyaman serta kondusif diasumsikan dapat berpengaruh terhadap perilaku dan motivasi civitas akademika atau anggota di sekolah. Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa iklim sekolah positif adalah kondisi fisik, perasaan yang aman dan nyaman, hubungan antara guru, interaksi siswa dan dan pegawai lainnya yang saling

mendukung untuk mencapai mencapai tujuan keberhasilan yang diinginkan.

Kondisi keamanan fisik, kenyamanan yang berkaitan dengan lingkungan – sosial maupun emosional – sekolah juga harus diciptakan secara positif. Faktor yang berpengaruh terhadap kenyamanan atau iklim sekolah ini adalah hubungan atau keterikatan dan interaksi antar anggota di sekolah, hubungan yang saling percaya dan saling menghargai antar anggota atau civitas di sekolah. Semakin tinggi nilai faktor-faktor tersebut, maka semakin positif iklim sekolah tersebut. Pada sekolah yang aman, warga sekolah mempunyai komitmen yang mendalam dalam menciptakan dan menjaga sekolah. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa iklim sekolah positif berdampak pada: (a) kemampuan siswa dalam mengikuti proses belajar secara maksimal, (b) pencapaian nilai siswa lebih tinggi, (c) *school climate* kondusif mengurangi angka *dropout*, (d) *school climate* supportif membuat siswa lebih terlibat aktif (*student engagement*) (Cohen, et al., 2009; MacNeil, Prater, dan Busch, 2009).

### **Ciri-ciri Iklim Sekolah Positif**

Iklim sekolah positif ditandai beberapa ciri sebagai berikut:

1. Seluruh warga sekolah, baik pimpinan, guru dan siswa saling mendukung dan menghargai terhadap setiap

karya yang dihasilkan oleh warga sekolah. Hal ini bisa dicontohkan dengan perilaku guru yang selalu mendukung dan menghargai pekerjaan atau tugas yang diselesaikan oleh siswa, guru memberikan pujian dan melakukan komunikasi positif antar anggota/warga sekolah.

## 2. Sekolah Memberikan Pembelajaran Terbaik Kepada Siswa

Sekolah merupakan salah satu tempat untuk mengembangkan potensi siswa melalui kegiatan proses pembelajaran yang sudah didesain oleh sekolah. Pembelajaran bukan hanya diberikan di kelas, tetapi melalui interaksi dan pemberian *role model* yang baik bagi siswa juga termasuk bagian dari model pembelajaran yang diberikan guru. Selain itu, berbagai model pembelajaran kreatif di kelas juga mendukung pengembangan akademik siswa.

### 1 Fasilitas Sekolah yang Aman dan Nyaman.

Fasilitas sekolah lengkap yang aman dan nyaman mampu mendukung kebutuhan siswa. Semua fasilitas yang dibutuhkan siswa untuk kegiatan proses pembelajaran baik di kelas maupun di luar kelas menjadi salah satu aspek penting yang harus diperhatikan, terutama bagian kenyamanan dan keamanannya.

### 2 Terjalin hubungan yang baik antara sekolah, orang tua, komite sekolah dan masyarakat.

Hubungan baik yang dijalin antara seluruh pihak sekolah, orangtua dan masyarakat berkorelasi dengan kondisi sekolah yang nyaman. Hal ini bisa dilihat dari cara komunikasi yang dibangun antara guru, orangtua dan masyarakat yang terbangun saling membantu terutama dalam menghadapi kesulitan siswa di sekolah. Jika semua elemen tersebut mendukung dan bersikap positif, maka siswa akan melaksanakan proses pembelajaran dengan nyaman, meskipun dihadapkan pada berbagai tantangan dan kesulitan.

### **Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Iklim Sekolah Positif**

Iklim sekolah positif bukanlah sebuah kondisi yang secara otomatis tercipta. Iklim sekolah positif terwujud karena adanya komitmen anggota sekolah: guru, siswa, staf dan lain sebagainya yang saling mendukung. Secara akademik Tubbs dan Garner (2008) menguatkan bahwa lingkungan kondusif berperan penting untuk meningkatkan kualitas performansi siswa menjadi lebih baik. Sementara secara sosial emosional berdampak pada kenyamanan dan interaksi yang meningkatkan kenyamanan (Reyes, Brackett, Rivers, White, & Salovey, 2012). Oleh karena itu, menjadi sesuatu yang penting untuk menciptakan lingkungan atau iklim sekolah positif dan kondusif untuk mendukung keberhasilan siswa di sekolah. Noonan (2004) menyebutkan tujuh faktor yang

berpengaruh terhadap *school climate*, yakni; *models, consistency, depth, democracy, community, engagement, leadership*.

- 1 *Models* adalah contoh yang diberikan oleh orang dewasa terhadap siswa di sekitarnya. Pimpinan, guru dan seluruh staf di sekolah merupakan pihak yang mampu memberikan contoh bagi siswa untuk melakukan sesuatu yang produktif. Model bisa diberikan dengan berbagai cara, di antaranya guru berangkat ke sekolah dengan disiplin, pimpinan mengkomunikasikan peraturan sekolah secara positif dan baik. Selain itu, pimpinan dan guru mampu membangun komunikasi positif serta guru memiliki empati terhadap kondisi siswa dan pegawai. Melalui berbagai contoh sikap dan perilaku yang ditunjukkan oleh pimpinan dan guru tersebut, akan berpengaruh pada motivasi siswa untuk lebih membangun komunikasi dan mewujudkan iklim sekolah lebih positif (Furrer, Skinner & Pitzer, 2014).
- 2 *Consistency* merupakan sikap guru maupun staf yang memberlakukan peraturan sekolah secara konsisten. Guru yang memberlakukan peraturan secara konsisten berpengaruh terhadap kedisiplinan siswa di sekolah. Fakta yang terjadi di lapangan, guru atau sekolah tidak konsisten dalam melaksanakan peraturan. Misalnya pada awal-awal semester siswa yang tidak masuk sekolah tanpa alasan mendapatkan hukuman, tetapi ditengah-tengah semester sampai akhir semester

ketegasan sangsi sudah tidak diberlakukan kembali. Sehingga hal ini berdampak pada siswa meremehkan konsistensi peraturan di sekolah. Artinya peraturan sekolah yang tidak konsisten diberlakukan berdampak pada persepsi siswa terhadap kondisi lingkungan sekolah yang kurang nyaman untuk dirinya.

- 3 *Depth*, berkaitan dengan penjelasan pimpinan sekolah tentang visi, misi, tujuan yang menjadi komponen penting dalam iklim sekolah. Sekolah harus membuat tujuan dan capaian proses pembelajaran, hal ini bukan hanya bermanfaat untuk pengembangan kurikulum, tetapi juga bermanfaat bagi kedisiplinan siswa dalam belajar (Gunbayi, 2007). Siswa yang memahami tujuan sekolah merasa memiliki dan menjadi bagian dari sekolah. Oleh karena itu, perlu adanya media pendukung seperti kurikulum, buku maupun media lain agar siswa lebih memahami lingkungan sekolah. Siswa yang memahami kondisi lingkungan dengan baik berpengaruh terhadap tingkat partisipasi siswa di kelas.
- 4 *Democracy*, merupakan kondisi kelas dan sekolah yang demokratis berpengaruh terhadap kenyamanan yang dirasakan oleh siswa selama melakukan proses pembelajaran. Kondisi lingkungan demokratis juga mengacu pada sifat terbuka dan dukungan guru terhadap engembangan potensi siswa. Guru memberikan apresiasi terhadap setiap hasil atau produk siswa. (Tsai, 2017). Selain itu, iklim sekolah

demokratis juga berpengaruh terhadap keterlibatan dan pengembangan keterampilan siswa. Guru yang menerapkan komunikasi demokratis membuat siswa lebih berani dan percaya diri untuk bertispasi dalam kegiatan sekolah. Sehingga hal ini berdampak pada situasi dan kondisi kelas potifi yang berdampak pada produktifitas siswa.

- 5 *Leadership*, Sistem kepemimpinan yang mendukung berperan penting untuk menciptakan iklim sekolah yang positif dan produktif. Pemimpin yang baik harus bersedia mengambil resiko untuk merubah iklim dan melibatkan semua siswa dalam segala proses perubahan tersebut (Noonan, 2004). Diantara ciri pimpinan sekolah yang supportif adalah kemampuan pimpinan untuk mengkomunikasikan tujuan dan harapan sekolah kepada seluruh civitas akademika serta siswa serta mendukung dan mengapresiasi semua hasil karya guru, siswa dan semua staf di sekolah. Melalui dukungan dan apresiasi yang dikembangkan akan berdampak pada kondisi nyaman untuk mampu lebih berkembang dan mengoptimalkan potensi yang dimiliki. Pemimpin yang mampu menciptakan iklim sekolah kondusif berpengaruh terhadap optimalisasi proses pembelajaran dan mendukung siswa berani menampilkan performansi terbaiknya (Willms, 2003).

Pendapat lain menyebutkan bahwa faktor yang dapat memengaruhi iklim sekolah seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, yaitu suasana sekolah yang dapat meningkatkan kondisi lebih berkembang. Adapun faktor yang memengaruhi iklim sekolah adalah: (a) Ekologi, berhubungan dengan faktor lingkungan fisik (contohnya: ukuran, usia, fasilitas dan kondisi bangunan) (b) Milieu, berhubungan dengan dimensi sosial pada organisasi. Termasuk ke dalam dimensi ini segala sesuatu mengenai orang-orang dalam organisasi. (c) Sistem sosial, berhubungan dengan struktur organisasi dan administrasi. Termasuk dimensi ini adalah struktur organisasi sekolah, cara pengambilan keputusan dan siapa orang-orang yang terlibat di dalamnya, pola komunikasi di antara orang-orang dalam organisasi dan lain-lain. (d) Budaya berhubungan dengan nilai, sistem kepercayaan, norma dan cara berpikir yang dinagun dan diterapkan di lingkungan sekolah yang mencerminkan siswa saling mendukung.

Untuk mendukung kesuksesan siswa sepenuhnya di sekolah serta tercapainya tujuan sekolah, maka iklim sekolah positif harus diwujudkan.

## **Cara Mengembangkan Iklim Sekolah Positif untuk Pengembangan Siswa**

Lingkungan sekolah positif memerlukan perhatian dan kepedulian semua civitas yang ada di sekolah. Mulai dari pimpinan, guru, pegawai dan semua siswa bertanggungjawab untuk hal itu. Sekolah yang aman dan nyaman merupakan kondisi sekolah yang bebas dari rasa takut, kondusif, supportif serta interaksi antar warga atau anggota sekolah terjalin secara positif (Cornell, Shukla, & Konold, 2016).

Salah satu pihak yang bertanggung jawab untuk menciptakan lingkungan sekolah positif adalah guru. Guru dapat mengajar dan membina suasana kelas dengan cara: (1) Memberikan peraturan yang jelas kepada seluruh siswa, sehingga peraturan yang diberikan bisa difahami dan dilaksanakan oleh siswa. (2) Guru memberikan pengarahan tentang tingkah laku yang sesuai dengan aturan sekolah dan diterima sekolah atau sebaliknya serta mengontrol pelaksanaannya; dan (3) menjelaskan akibat yang harus ditanggung siswa jika melanggar peraturan yang sudah ditetapkan oleh pihak sekolah. Selain itu, dalam mewujudkan lingkungan sekolah positif, guru dapat melakukan pendekatan personal terhadap siswa. Misalnya, ketika siswa mengalami masalah ataupun kesulitan di sekolah guru bisa melakukan pendekatan personal melalui komunikasi yang lebih intens dan memahami penyebab masalah yang dialami siswa. Dengan demikian siswa merasa diperhatikan, sehingga hubungan emosional terjalin dengan baik. Kondisi demikian sangat mendukung terciptanya lingkungan sekolah yang positif dan nyaman

bagi siswa. Ketika siswa merasa diperhatikan oleh guru, maka akan berpengaruh terhadap motivasi siswa untuk melakukan proses pembelajaran dengan optimal (Kwong & Davis, 2015).

Cara lain dalam membangun lingkungan sekolah positif yang mendukung peningkatan kualitas pendidikan adalah berdasar perspektif pimpinan, dengan gambaran sebagai berikut (lihat gambar 1):



Gambar 1. Cara membangun lingkungan sekolah positif

## 1. Bangun Hubungan Positif

Keberhasilan menciptakan kondisi lingkungan sekolah yang positif dan supportif dipengaruhi oleh kualitas hubungan yang dibangun oleh pimpinan dan guru dengan siswa. Hubungan yang dibangun secara akrab dan positif oleh staf dengan siswa berpengaruh pada banyak aspek; mulai dari iklim sosial sampai prestasi siswa di sekolah. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang

menunjukkan bahwa ketika siswa merasa disukai dan dihargai oleh guru, maka siswa menemukan lebih banyak keberhasilan di sekolah, baik secara akademis maupun perilaku (Dernowska, 2017; Tsai, 2017). Pendapat lain menjelaskan bahwa komitmen guru dalam proses pengajaran juga berpengaruh terhadap peningkatan kualitas iklim sekolah yang positif. Guru yang memberikan pengajaran terbaik dan memiliki hubungan baik dengan siswa akan menciptakan kualitas iklim sekolah positif (Othman & Kasuma, 2017). Sebaliknya, ketika hubungan interpersonal antara guru dengan siswa terjalin secara lemah dan kurang adanya kepercayaan antara satu dengan lainnya, maka ketakutan, kekhawatiran dan kegagalan akan dialami oleh siswa, termasuk kegagalan dalam mewujudkan iklim sekolah yang positif.

Membangun hubungan antar warga di sekolah yang positif harus menjadi prioritas yang dilakukan sekolah secara keseluruhan. Hal ini dapat dilakukan para guru dengan meluangkan waktu untuk berkomunikasi dengan siswa di dalam dan di luar kelas. Komunikasi yang dilakukan bisa dengan menanyakan kabar siswa, kesulitan atau masalah yang dialami oleh siswa. Model interaksi seperti ini mampu membuat siswa merasa bahwa dirinya dihargai dan diperhatikan oleh guru. Selanjutnya hubungan yang terbangun dengan akrab dan positif akan meningkatkan kenyamanan dalam berinteraksi di sekolah.

## **2. Ajarkan dan Biasakan Berbagai Keterampilan Sosial kepada Siswa**

Tidak semua siswa memiliki sikap dan keterampilan sosial yang baik yang diperlukan dalam berinteraksi dengan orang lain, sehingga perlu diajarkan dan dibiasakan di sekolah. Di antara kemampuan keterampilan sosial adalah cara berbagi dengan sesama, cara mendengarkan orang lain berbicara atau mendengarkan guru saat menjelaskan materi pelajaran, sikap tidak setuju yang ditunjukkan dengan sikap hormat dan menghargai perbedaan, cara menghargai prestasi orang lain. Beberapa sikap tersebut termasuk bagian dari jenis keterampilan sosial yang diharapkan dimiliki oleh siswa. Namun ternyata semua perlu diajarkan dan dibiasakan dalam lingkungan sekolah, sehingga siswa mampu menerapkan pola komunikasi yang saling menghargai, menghormati dan pola komunikasi yang positif.

Selain itu, perilaku dan nilai-nilai ini mencakup kejujuran, kepekaan, kepedulian dan rasa hormat terhadap orang lain, rasa humor, dan lain sebagainya juga perlu diajarkan. Para guru dan staf sekolah secara komitmen untuk membiasakan beberapa model perilaku tersebut, sehingga siswa juga terbiasa dengan sikap dan perilaku yang saling mendukung antara satu dengan yang lainnya. Kondisi dan suasana seperti ini nantinya akan meningkatkan kualitas lingkungan sekolah yang aman, nyaman bagi semua warga sekolah.

### **3. Jadilah Guru Teladan**

Salah satu faktor yang mendorong siswa melakukan berbagai aktifitas kegiatan baik dan produktif dipengaruhi oleh sikap dan perilaku yang dicontohkan oleh guru. Oleh karena itu, menjadi seorang guru atau pimpinan sekolah diharapakan memnjadi *role model* bagi siswa dalam segala perilaku. Guru dan pimpinan sekolah yang mampu menjadi model atau contoh bagi siswa, maka berdampak peningkatan produktifitas siswa di sekolah. perilaku yang produktif cenderung mampu merubah kondisi dan iklim sekolah lebih kondusif. Contoh baik yang diberikan oleh para guru dan pimpinan berpengaruh terhadap peningkatan perilaku positif dan kondusif siswa di sekolah.

### **4. Ajarkan Siswa Melakukan *Problem Solving* Secara Mandiri**

Ketika siswa mengalami masalah diharapkan siswa mampu menyelesaikannya sendiri. Kemampuan siswa melakukan *problem solving* tersebut, tentu tidak terjadi begitu saja, namun karena proses yang dilakukan secara berkali-kali atau dilatih oleh orang yang lebih dewasa, karena lokasinya di sekolah berarti dilakukan oleh guru. Guru bisa mengajarkan kepada siswa untuk menyelesaikan masalah mereka secara mandiri dengan cara mendampingi dan memperhatikan ketika siswa mendapatkan kesulitan serta masalah. Baik masalah yang berkaitan dengan persoalan akademik, maupun masalah individu.

Cara yang bisa diajarkan oleh guru kepada siswa dalam melakukan penyelesaian masalah secara mandiri, yakni: (a) Mengenali situasi atau kondisi permasalahan, (b) Tentukan alternatif solusi untuk mengatasi masalah yang dialami, (c) Kenali dampak yang ditimbulkan dari alternatif solusi yang dipilih, (d) Tentukan kelebihan dari setiap alternatif solusi yang dipilih, (e) Tentukan solusi dan lakukan berulang kali.

## **5. Berikan Penghargaan**

Ketika pimpinan, guru, staf dan siswa mampu menerapkan komunikasi yang saling menghargai, maka seluruh warga sekolah akan merasa aman dan nyaman selama melakukan aktifitas di sekolah. Hal ini bisa ditunjukkan dengan cara guru bisa menghargai pekerjaan yang dilakukan oleh siswa, tidak mencela terhadap kesalahan tugas yang dikerjakan oleh siswa. Demikian juga dengan pimpinan sekolah mampu menghargai hasil pekerjaan guru maupun staf yang ada di sekolah. melalui sikap yang saling menghargai tersebut, hubungan yang terjalin di sekolah menjadi lebih nyaman. Perlu diingat kembali lingkungan sekolah yang nyaman mampu berpengaruh pada tingkat produktifitas warga sekolah, termasuk motivasi dan prestasi siswa (Mucherah, Finch, Smith, & Ambrose-Stahl, 2014).

## **6. Mengembangkan Sikap Empati di Lingkungan Sekolah**

Empati adalah kemampuan memahami dan merasakan apa yang dirasakan oleh orang lain, namun tidak ikut larut dalam perasaan tersebut. Sikap empati perlu dimiliki oleh seluruh personil sekolah agar dalam berinteraksi dengan seluruh warga sekolah dan dimana saja mereka dapat memahami kondisi antara satu orang dengan yang lainnya dan mampu menempatkan diri sesuai dengan harapan orang tersebut. Dengan kata lain interaksi yang terbangun antar warga sekolah – sejauhmana mampu saling memahami dan saling menolong – menyesuaikan dengan kondisi yang ada.

Melalui sikap empati, warga sekolah dapat menumbuhkan budaya dan iklim sekolah yang lebih baik karena dilandasi oleh perasaan yang saling memahami dan saling percaya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap empati yang dikembangkan di sekolah mampu berpengaruh pada keberhasilan siswa dan memengaruhi kenyamanan siswa dalam mengikuti proses pembelajaran (Bozkurt & Ozden, 2010). Demikian juga dengan sikap empati yang ditunjukkan oleh guru juga berpengaruh terhadap interaksi antara siswa dengan guru serta teman-temannya, sehingga berdampak pada iklim sekolah yang lebih positif serta produktif (Barr, 2011).

### **Implikasi Iklim Sekolah Positif untuk Pengembangan Potensi Siswa**

Tercapainya budaya dan iklim sekolah yang kondusif dan positif memiliki banyak manfaat terhadap

produktifitas siswa (yang pada gilirannya akan berdampak pada keberhasilan siswa dalam mencapai cita-cita yang diinginkan) maupun pengembangan sekolah. Diantara dampak kondisi iklim sekolah positif terhadap siswa sebagai berikut (gambar 2):



Gambar 2. Dampak Iklim Sekolah

### **1. Iklim Sekolah Positif Berpengaruh terhadap Prestasi Siswa.**

Iklim sekolah positif mampu mendorong siswa untuk belajar lebih semangat dan pada akhirnya berdampak pada meningkatnya prestasi siswa di sekolah. Melalui iklim sekolah positif, siswa merasa

diperhatikan, didampingi dan didukung oleh guru untuk melakukan kegiatan dengan optimal demi mencapai tujuan yang diinginkan. Dalam hal ini guru memberikan pendampingan dan perhatian kepada siswa, terutama di saat siswa mengalami kesulitan. Sehingga dukungan guru tersebut membuat siswa lebih nyaman dan termotivasi untuk mengembangkan potensi secara optimal (Adeogun & Olisaemeka, 2011; Greenway, 2017).

Selain itu, budaya dan iklim sekolah berpengaruh pada peningkatan kualitas layanan di sekolah. Kepala sekolah, guru, tenaga administrasi, dan siswa merasakan manfaat budaya dan iklim yang kondusif di sekolah. Beberapa manfaat budaya dan iklim organisasi sekolah yang kondusif adalah kepala sekolah memperoleh kemudahan dalam mengelola sekolah, guru mudah dalam melakukan proses pengajaran dan mendidik siswa, siswa merasa senang, tenang, aman dan krasan belajar di sekolah. dampak iklim sekolah positif tersebut secara terintegrasi dirasakan oleh semua komponen sumber daya manusia di sekolah, sehingga dapat menunjang keberhasilan tujuan sekolah.

## **2. Iklim Sekolah Berkorelasi dengan Kepuasan Kerja Warga Sekolah**

Iklim sekolah yang nyaman berkorelasi tinggi dengan kenyamanan warga sekolah, baik pimpinan,

guru dan staf merasa nyaman untuk melakukan tugas pekerjaan masing-masing. Lingkungan yang kondusif dan mendukung mampu mendorong para staf untuk bekerja lebih produktif. Selain itu, guru dan staf sekolah bisa kerja secara optimal dan mendapatkan kepuasan dari hasil yang dihasilkan oleh staf dan guru di sekolah (Syahril & Hadiyanto, 2018). Artinya kenyamanan yang ada di lingkungan sekolah berkorelasi dengan produktifitas dan kepuasan kerja warga sekolah.

### **3. Iklim Sekolah Positif Berdampak pada Motivasi dan Performansi Guru**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa iklim sekolah secara signifikan berpengaruh terhadap motivasi guru dalam mengajar serta motivasi karyawan dalam bekerja. Selain itu, iklim sekolah yang tenang dan nyaman juga berpengaruh terhadap prestasi dan kepuasan kerja guru. Guru menginginkan iklim kerja yang menyenangkan dalam melakukan tugas, karena ini akan mendorong para guru untuk menunjukkan performansi kerja lebih baik (Sinaulan, 2016). Sebaliknya, iklim organisasi yang buruk akan secara langsung berpengaruh pada rendahnya motivasi dan hasil kerja yang ditunjukkan oleh guru dalam melakukan proses pengajaran di dalam kelas.

Hal ini bisa difahami bahwa baik motivasi maupun kinerja guru dapat dipengaruhi oleh lingkungan atau iklim sekolah tempat mereka

ditugaskan. Pernyataan tersebut dibuktikan dengan beberahasil penelitian yang mendukung bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara iklim sekolah dan motivasi serta kinerja guru (Adeogun & Olisaemeka, 2011; Sinaulan, 2016) . Artinya berarti semakin baik iklim sekolah, semakin tinggi dan baik kinerja guru di sekolah. Kenyamanan lingkungan sekolah berpengaruh terhadap tingkat kenyamanan guru dalam bekerja yang pada akhirnya menimbulkan produktifitas dan kreatifitas tentang metode mengajar siswa di sekolah. Jadi secara umum, dapat disimpulkan bahwa iklim sekolah juga memengaruhi kinerja guru.

#### **4. Iklim Sekolah Meningkatkan Disiplin Kerja**

Iklim Sekolah yang kondusif berkorelasi dengan disiplin kerja guru dan karyawan di sekolah. Iklim sekolah yang nyaman dan tenang dibutuhkan oleh semua guru dan karyawan di sekolah untuk menjalankan peran dan fungsinya dengan baik. Selain itu, iklim sekolah yang kondusif membantu menciptakan sekolah yang efektif dan berkontribusi terhadap tingkat disiplin guru (Syahril & Hadiyanto, 2018). Ketika kondisi iklim sekolah disesuaikan dengan apa yang diinginkan guru, para karyawan, maka mereka dapat bekerja lebih baik dan melakukan pekerjaan secara disiplin. Disiplin kerja bisal dilakukan oleh setiap warga sekolah jika memang lingkungan

sekolah mampu mendukung dan mendorong para guru dan karyawan untuk bekerja lebih disiplin.

Dari berbagai dampak yang ditimbulkan oleh iklim sekolah tersebut, maka iklim sekolah menjadi aspek penting yang perlu diperhatikan untuk mencapai keberhasilan tujuan sekolah. Baik keberhasilan, prestasi siswa maupun pengembangan sekolah. Hal ini menunjukkan bahwa iklim sekolah perlu diciptakan agar semua tujuan sekolah yang diinginkan bisa terwujud. Dalam mengembangkan iklim sekolah, terdapat lima langkah untuk menciptakan iklim sekolah yang diinginkan sebagai standar untuk perbaikan. Lima langkah tersebut adalah: (1) penilaian terhadap kondisi lingkungan atau iklim sekolah, (2) umpan balik, (3) refleksi dan diskusi tentang cara mewujudkan iklim sekolah positif, (4) intervensi, dan (5) penilaian ulang terhadap tindakan yang sudah dilakukan dalam mengembangkan iklim sekolah positif.

## **Penutup**

Sudah dijelaskan dalam tulisan di atas, bahwa iklim sekolah yang positif sangat dibutuhkan dalam pencapaian keberhasilan akademik siswa dan pengembangan sekolah. Iklim sekolah positif berpengaruh banyak aspek yang mengarah pada pencapaian tujuan keberhasilan di sekolah. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengembangan iklim

sekolah secara positif dan supportif dari berbagai pihak, baik dari unsur pimpinan sekolah, guru, pegawai, orangtua sampai masyarakat. Melalui dukungan tersebut, diharapkan dapat terbentuk lingkungan sekolah positif yang mampu mendukung keberhasilan siswa di sekolah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adeogun, A., & Olisaemeka, B. (2011). Influence of School Climate on Students' Achievement and Teachers' Productivity for Sustainable Development. *Online Submission*, 8(4), 552-557.
- Barr, J. J. (2011). The relationship between teachers' empathy and perceptions of school culture. *Educational Studies*, 37(3), 365-369.
- Bozkurt, T., & Ozden, M. S. (2010). The relationship between empathetic classroom climate and students' success. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 231-234.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.078>
- Cohen, J., McCabe, L., Michelli, N. M., & Pickeral, T. (2009). School climate: Research, policy, practice, and teacher education. *Teachers College Record*, 111, 180-213.
- Cornell, D., Shukla, K., & Konold, T. R. (2016). Authoritative

school climate and student academic engagement, grades, and aspirations in middle and high schools. *AERA Open*, 2(2), 1–18. <https://doi.org/10.1177/2332858416633184>

Dernowska, U. (2017). Teacher and student perceptions of school climate. Some conclusions from school culture and climate research. *Journal of Modern Science*, 32(1), 63–82.

Furrer, C. J., Skinner, E. A., & Pitzer, J. R. (2014). Teacher and peer relationships and classroom engagement. *National Society for the Study of Education*, 2138(1), 101–123.

Greenway, G. H. (2017). Relationship Between School Climate and Student Achievement. *Doctoral Dissertation, Georgia Southern University.*, 1–99.

Gunbayi, I. (2007). School climate and teachers' perceptions on climate factors: research into nine urban high schools. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 6(3), 1303–6521.

Kwong, D., & Davis, J. R. (2015). School Climate for Academic Success: A Multilevel Analysis of School Climate and Student Outcomes. *Journal of Research in Education*, 25(2), 68–81.

MacNeil, A. J., Prater, D. L., & Busch, S. (2009). The effects of school culture and climate on student achievement. *International Journal of Leadership in Education*, 12(1), 73–84.

Maxwell, S., Reynolds, K. J., Lee, E., Subasic, E., & Bromhead, D. (2017). The impact of school climate and school identification on academic achievement: Multilevel modeling with student and teacher data. *Frontiers in Psychology*, 8(DEC), 1–21.

Mucherah, W., Finch, H., Smith, V., & Ambrose-Stahl, D. (2014). Exploring the relationship between classroom climate, reading motivation, and achievement: A look into 7 th grade classrooms. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 8(1), 93–110.

National Education Association. (2013). Importance of School Climate. *National Education Association*, 1–4. Retrieved from [https://www.nea.org/assets/docs/15584\\_Bully\\_Free\\_Research\\_Brief-4pg.pdf](https://www.nea.org/assets/docs/15584_Bully_Free_Research_Brief-4pg.pdf)

Noonan, J. (2004). School climate and the fake school: seven contributing factors. *Educational Horizons*, 63(2), 56–60.

- Othman, C., & Kasuma, J. (2017). Relationship of school climate dimensions and teachers' commitment. *International Journal of ADVANCED AND APPLIED SCIENCES*, 4(3), 94–100. <https://doi.org/10.21833/ijaas.2017.03.015>
- Reyes, M. R., Brackett, M. A., Rivers, S. E., White, M., & Salovey, P. (2012). Classroom emotional climate, student engagement, and academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 104(3), 700–712. <https://doi.org/10.1037/a0027268>
- Sinaulan, R. L. (2016). Effect of School Climate, Work Stress and Work Motivation on the Performance of Teacher. *GUIDENA: Jurnal Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan Dan Konseling*, 6(2), 146.
- Syahril, S., & Hadiyanto, H. (2018). Improving School Climate for Better Quality Educational Management. *Journal of Educational and Learning Studies*, 1(1), 16.
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., & Higgins-D'Alessandro, A. (2013). A Review of school climate research. *Review of Educational Research*, 83(3), 357–385.
- Tsai, K.-C. (2017). Teacher-Student relationships, satisfaction, and achievement among art and design college students in Macau. *Journal of Education and*

*Practice*, 8(6), 12–16.

Tubbs, J. E., & Garner, M. (2008). The Impact of School Climate on School Outcomes. *Journal of College Teaching & Learning*, 5 (9), 17–26.

Willms, J. D. (2003). Student engagement at school: A sense of belonging and participation. *OECD*, 1–84. <https://doi.org/10.1787/19963777>

## **BAB 4**

# **Pengelolaan Emosi Guru untuk Kesehatan Fisik dan Mental**

# di Lingkungan Sekolah

**Rozi Sastra Purna**

## **Pengantar**

**K**esehatan tidak hanya tentang tubuh yang sehat, tetapi juga pikiran yang sehat yang dapat memengaruhi emosi. Sehat secara emosional berarti dapat mengelola masalah sehari-hari seperti stres dan semua hal lain yang dapat berdampak pada kesehatan jiwa dan raga. Menjaga kesehatan emosional sama pentingnya dengan menjaga kesehatan tubuh, karena keduanya saling memengaruhi.

Pengelolaan emosi siswa tidak hanya bergantung pada situasi sekolah namun guru sebagai ujung tombak yang sehari-hari berhadapan dengan siswa perlu memiliki kemampuan mengelola emosi agar berdampak baik bukan hanya untuk diri sendiri tetapi juga bagi siswa. Sekolah, ruang kelas dan guru menjadi arena emosional yang kompleks dimana guru harus mampu mengelola emosi agar target pembelajaran dapat tercapai.

## **Emosi dan Pengalaman Emosional**

Emosi merupakan suatu keadaan yang kompleks dari seseorang yang menyangkut perubahan jasmani,

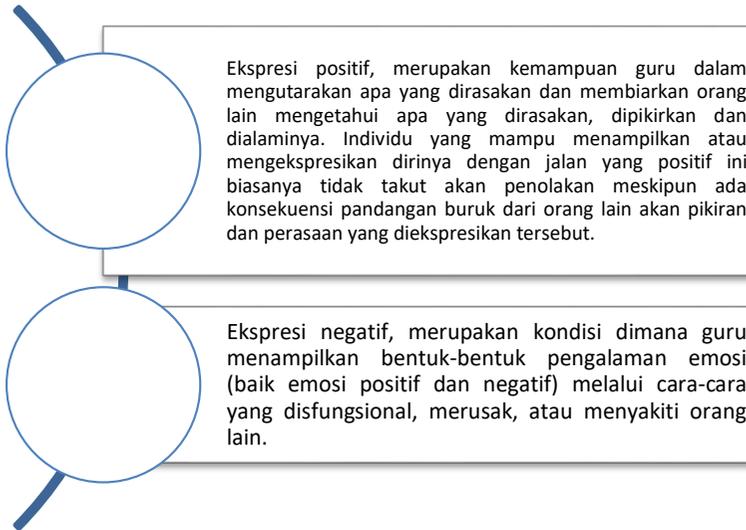
seperti perubahan dalam pernapasan, denyut jantung, sekresi kelenjar serta perubahan dari sisi kejiwaan, seperti ditandai dengan perasaan yang kuat dan biasanya merupakan dorongan ke suatu bentuk tingkah laku tertentu seperti tertawa, sedih, menangis. Reaksi secara emosional sebenarnya sudah ada pada bayi yang baru lahir sampai pada masa dewasa atau lanjut usia. Emosi hadir dalam diri semua orang dan semua profesi, termasuk profesi guru. Emosi adalah keadaan internal yang memiliki manifestasi eksternal bagi semua orang termasuk guru di sekolah. Meskipun yang bisa merasakan emosi hanyalah yang mengalaminya, namun orang lain kerap bisa mengetahuinya karena emosi diekspresikan dalam berbagai bentuk. Emosi dapat diekspresikan melalui verbal maupun nonverbal. Ekspresi verbal misalnya kata-kata atau bahasa, mengungkapkan emosi yang sedang dialami dan sebagainya. Ekspresi nonverbal misalnya perubahan ekspresi wajah, ekspresi vokal (nada suara dan urutan pengucapan), perubahan fisiologis, gerak dan isyarat tubuh, serta tindakan-tindakan emosional. Pengalaman emosi yang terjadi diutarakan dalam suatu bentuk ekspresi emosi yang didefinisikan sebagai kesepahaman dalam menyatakan perasaan maupun masalah yang ada terkait hal-hal tersebut (Knox, 1988). Berikut ini ilustrasi bentuk-bentuk ekspresi emosi (Gambar 1):



Gambar 1: Ilustrasi Ekspresi Emosi di Sekolah

Sekolah dan ruang kelas adalah arena emosional yang kompleks. Guru di sekolah harus mampu menghadapi tuntutan-tuntutan emosional dari lingkungan sekitar secara terus-menerus. Guru-guru menyampaikan bahwa emosi ini sering kali timbul ketika melakukan pengelolaan dan disiplin interaksi kelas, dan mereka pun mencoba untuk mengatur atau mengelola emosi tersebut sesering mungkin karena mereka percaya bahwa hal ini dapat membantu mereka untuk mencapai tujuan (Sutton, 2004). Selain itu, guru juga mengatakan bahwa mereka lebih mungkin untuk mengalami emosi negatif dan karena itu mereka mencoba untuk mengatur emosi ini ketika tujuan mereka memajukan belajar siswa terganggu (Sutton, 2004).

Ada dua ekspresi emosi yang umum yaitu ekspresi negatif dan positif (lihat gambar 2).



Gambar 2: Ekspresi emosi yang umum

Cara-cara yang dilakukan oleh guru dalam mengelola reaksi emosional dalam penelitian Sutton dkk (2009) adalah mengalihkan perhatian mereka terhadap emosi negatif tersebut. Apabila mereka berada di tempat yang buruk sebelum sekolah, mereka berbicara dengan rekan-rekan sebagai bagian dari pengelolaan emosi mereka. Pengelolaan emosi yang telah dilakukan guru tidak sepenuhnya dapat selalu berhasil. Guru bisa saja gagal mengelola emosinya dan masih tetap merasakan atau menampilkan emosi yang tidak diinginkan, meski sudah

sangat diusahakan untuk menghindari atau meminimalisir kehadirannya. Disaat guru sudah secara kronis tidak mampu mengelola emosinya lagi, hal ini akan berdampak pada kehidupan psikologisnya. Defisit kronis dalam Pengelolaan Emosi dapat berkontribusi pada semua jenis psikopatologis yang parah (Bradley, 2000).

## Manfaat Pengelolaan Emosi

Pengelolaan emosi nyatanya telah memberi manfaat bagi guru. Manfaat mengelola emosi bagi guru adalah sebagai berikut (Gambar 3):



Gambar 3: Manfaat Mengelola Emosi bagi Guru

## Pengelolaan Emosi di Sekolah

Emosi-emosi negatif seperti kecewa dan marah terkadang menguasai perasaan guru di sekolah, sehingga guru menjadi tidak dapat berkonsentrasi dalam mengajar. Hal-hal tersebut dapat merugikan diri guru sendiri dan juga siswa. Oleh karena itu, penting bagi guru untuk mengetahui bagaimana cara mengendalikan emosi. Sebuah penelitian yang diterbitkan oleh *Journal of Psychosomatic Research* menjelaskan mengenai dampak jika tidak bisa mengendalikan emosi dengan baik. Penelitian tersebut menemukan bahwa memendam emosi dapat meningkatkan risiko kematian karena penyakit jantung dan juga kanker (Chapman, dkk. 2013). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Kubzansky dan Kawachi (2000), juga menggambarkan hubungan emosi negatif, seperti marah, cemas, depresi, dengan pengembangan dari penyakit jantung. Hal ini dikarenakan orang yang terbiasa memendam emosi akan membawa pikiran negatif dalam tubuh yang dapat mengganggu keseimbangan hormon yang berisiko dengan meningkatnya risiko penyakit yang berhubungan dengan kerusakan sel, seperti kanker. Oleh karena itulah pengelolaan emosi (regulasi emosi) perlu dilatih untuk menghindari timbulnya dampak emosi yang bisa muncul dan memengaruhi kesehatan tubuh.

Pengelolaan emosi dikenal dengan istilah regulasi emosi. Regulasi emosi merupakan cara individu mengurangi pengalaman emosi negatif melalui kendali

perilaku dan kendali mental yang melibatkan proses kesadaran dan ketidaksadaran. Regulasi emosi dapat meningkatkan pengalaman dan pengekspresian emosi positif serta mengurangi pengalaman dan pengekspresian emosi negatif (Gross, 1998). Selain itu, Koole (2009) mendefinisikan regulasi emosi sebagai sekumpulan proses yang dilalui guru saat dihadapkan pada sebuah situasi emosional, prosesnya sendiri dapat secara otomatis terjadi dan tanpa usaha yang disadari oleh guru; dimana guru dapat meningkatkan, mempertahankan atau menurunkan emosi-emosi yang bersifat positif maupun negatif.

Garnefski, Kraaij, dan Spinhoven (2001) menyebutkan pengelolaan emosi sebagai semua proses yang bertanggung jawab dalam memonitor, mengevaluasi, dan memodifikasi reaksi emosional, yang dapat memengaruhi emosi yang dipunyai seseorang, kapan orang tersebut mengalaminya, dan bagaimana orang tersebut mengalami atau mengekspresikan emosinya. Pengelolaan emosi dapat mencakup proses biologis, sosial dan tingkah laku dan juga dapat mencakup proses kognitif sadar dan tidak sadar. Contoh dari proses biologis adalah emosi yang diregulasi oleh denyut jantung yang cepat. Pengelolaan emosi dari proses sosial, contohnya adalah emosi yang diregulasi dengan mencari akses sumber dukungan pada hubungan interpersonal. Dengan cara tingkah laku, contohnya adalah emosi yang diregulasi melalui berbagai respons tingkah laku seperti berteriak atau menangis. Emosi juga dapat diregulasi dengan proses kognitif yang tidak sadar, seperti

proses perhatian selektif, distorsi memori; atau proses yang lebih sadar seperti menyalahkan diri sendiri dan orang lain. Gross, Richard, & John (2006) mengungkapkan bahwa secara intuitif emosi negatif seperti marah seringkali menjadi target regulasi. Pengelolaan emosi merupakan sebuah perubahan terhadap pengalaman-pengalaman emosi yang dianggap berlebihan dan dapat mengancam fungsi adaptasi.

Pengelolaan emosi dapat dilihat dari sisi jenis kelamin, kepribadian, *self-efficacy* dan religiusitas.

### **1. Jenis Kelamin**

Sejumlah ahli membedakan karakteristik antara perempuan dan laki-laki dalam hal pengalaman emosi. Perempuan dipandang lebih emosional, tegar, memahami, dan lebih setia, sedangkan kebanyakan laki-laki terlihat lebih aktif, suka bersaing, mandiri, dan memiliki kepercayaan diri yang tinggi (Kite, Deaux, & Haines, 2008). Perbedaan yang ditampilkan oleh perempuan dan laki-laki tersebut, memicu pula munculnya perbedaan dalam mengolah atau meredam emosi yang dirasakan. Penelitian Purna (2020) tentang regulasi emosi guru di kota Padang tergolong cukup tinggi. Skor rata-rata aitem paling tinggi ada pada aspek monitoring emosi. Sedangkan skor rata-rata aitem paling rendah ada pada aspek memodifikasi emosi. Guru tingkat sekolah dasar menganggap tidak mudah dalam melakukan modifikasi emosi. Sedangkan untuk aspek monitoring dan evaluasi emosi cenderung

sejalan. Guru yang mampu melakukan monitoring, cenderung mampu mengevaluasi emosi. Akan tetapi, guru yang mampu melakukan monitoring dan mampu mengevaluasi emosi belum tentu mampu memodifikasi emosinya. Sebanyak 1,9% guru memiliki regulasi emosi tergolong rendah. Karakteristik guru dengan regulasi emosi rendah dijumpai pada guru perempuan, di seluruh sebaran usia dan masa kerja kurang dari lima tahun atau lebih dari sepuluh tahun. dengan regulasi emosi rendah dijumpai pada guru perempuan, di seluruh sebaran usia dan masa kerja kurang dari lima tahun atau lebih dari sepuluh tahun. Dalam beberapa riset, sosialisasi ditemukan sebagai salah satu faktor yang berperan dalam menghasilkan perbedaan emosi antara perempuan dan laki-laki (di antaranya Brody & Hall, 1993; Jansz, 2000; Shields, 2002). Beberapa peneliti tentang emosi (di antaranya Alexander & Wood, 2000; Brody & Hall, 1993; Eagly, 1987; Eagly & Wood, 1991) menganggap bahwa sosialisasi yang umum dialami individu untuk berperan sebagai laki-laki atau perempuan di masyarakatnya menyertakan juga pembiasaan dalam menampilkan emosi. Dari situ, dapat disimpulkan bahwa regulasi emosi pun dipengaruhi oleh sosialisasi, termasuk dalam menghasilkan perbedaan antara regulasi emosi pada perempuan. dan regulasi emosi pada laki-laki. Dari Crawford, Kippax, Onyx, Gault, and Benton (1992) dipahami, perempuan lebih banyak menampilkan ketakutan dan kesedihan dibandingkan laki-laki yang lebih

banyak menampilkan kemarahan. Perempuan juga lebih mudah dikenali emosinya dari ekspresi raut muka dan pengungkapan yang sering terucap. Ditemukan bahwa sosialisasi yang umum dijalani individu untuk berperan sebagai laki-laki atau perempuan di lingkungan sekolah menyertakan juga pembiasaan dalam menampilkan emosi (Brody & Hall, 1993; Eagly, 1987; Eagly & Wood, 1991) Dalam budaya Asia, contohnya di Indonesia, laki-laki lebih dituntut untuk dapat mengendalikan emosi, tetap tenang dalam situasi emosional, dan lebih dapat menekan ekspresi emosinya sehingga tak tampil ke luar diri. Sedangkan perempuan lebih dileluasakan untuk menampilkan emosi dan lebih dikenal sebagai makhluk emosional dibandingkan lakilaki. Sedangkan di budaya Barat, ekspresi emosi dileluasakan untuk ditampilkan baik oleh perempuan maupun laki-laki. Selain jenis kelamin, *trait* kepribadian, efikasi diri guru, dan religiusitas, berkontribusi cukup besar dalam kemampuan guru meregulasi emosinya (Purna, 2019).

## **2. Kepribadian**

Sebuah analogi yang menjelaskan hubungan antara kepribadian dan emosi adalah bahwa kepribadian dan emosi seperti iklim terhadap cuaca. Jadi, apa yang diharapkan seseorang adalah kepribadian, tapi apa yang dilihat pada momen tertentu adalah emosi. *Trait* kepribadian yang erat kaitannya dengan pengelolaan emosi dalam *big five personality* adalah *conscientiousness*

(kesadaran diri) dan *agreeableness* yang merujuk kepada seseorang yang ramah, rendah hati, tidak menuntut, menghindari konflik dan memiliki kecenderungan untuk mengikuti orang lain. Guru dengan *conscientiousness* yang tinggi memiliki sifat yang peka, sementara orang dengan *agreeableness* yang tinggi cenderung memiliki hati yang lembut (Huang & Ryan, 2011). Guru yang lebih impulsif memiliki *conscientiousness* yang rendah sehingga mereka cenderung menghindari untuk memonitor dan tetap berada dalam situasi yang menyebabkan emosi negatif. Fungsi *conscientiousness* adalah mengidentifikasi sejauh mana guru memiliki sikap yang hati-hati dalam mencapai suatu tujuan tertentu yang termanifestasikan dalam sikap dan perilaku mereka (Schultz & Schultz, 2005).

Guru dengan *trait conscientiousness* yang tinggi cenderung berhati-hati dan konsisten memilih situasi yang dapat mendukung tujuan dan rencananya (John dan Gross, 2007). Merujuk pada kondisi tersebut dalam konteks sekolah, guru yang memiliki *conscientiousness* yang rendah cenderung memiliki sikap impulsif ketika dihadapkan pada *stressor* atau beban kerja yang berat. Impulsivitas ini terkadang muncul secara tidak sadar sehingga terekspresikan dalam sebuah tindakan seperti berteriak kepada siswa atau memukul dan lain sebagainya. Perilaku-perilaku tersebut menurut Koole (2009) disebut sebagai sekumpulan proses yang secara otomatis terjadi saat dihadapkan pada situasi emosional. Pada saat kondisi perilaku tersebut muncul, Pengelolaan Emosi berperan

dalam menghilangkannya. Guru dengan sifat *conscientiousness* yang tinggi lebih sering memodifikasi situasi ketika mereka merasakan emosi negatif dan ketika merasa tidak dapat memilih situasi, mereka akan melakukan sesuatu terhadap situasi tersebut seperti berinteraksi dengan lingkungan sosialnya atau berperilaku tertentu untuk mengurangi perasaan negatif. Guru dengan *trait conscientiousness* yang tinggi juga berusaha untuk fokus pada tugas dan menyebarkan perhatian yang relevan dengan tujuan terhadap lingkungannya. Perilaku-perilaku tersebut merupakan bentuk memonitor, mengevaluasi dan memodifikasi emosi (Thompson, 1994).

Guru dengan *trait agreeableness* memiliki motivasi untuk membantu orang lain dan terarah pada perilaku prososial. Guru dengan tingkat *agreeableness* yang rendah cenderung lebih agresif dan kurang kooperatif. *Agreeableness* mengindikasikan seseorang yang ramah, rendah hati, tidak menuntut, menghindari konflik dan memiliki kecenderungan untuk mengikuti orang lain. *Agreeableness* memiliki motivasi untuk membantu orang lain dan terarah pada perilaku prososial. Namun, dalam hubungan interpersonal, individu yang memiliki tingkat *agreeableness* yang tinggi ketika berhadapan dengan konflik, maka *self esteem* mereka cenderung menurun. Sehingga menghindari konflik merupakan usaha untuk memutuskan konflik dengan orang lain. Sebaliknya, guru dengan tingkat *agreeableness* yang rendah cenderung lebih agresif dalam mengindikasikan Pengelolaan Emosi yang

rendah dan kurang kooperatif (Beaumont & Stout, 2003; Anggraini & Desiningrum, 2018).

### **3. Religiusitas**

Doa dalam aktivitas religiusitas merupakan strategi penanggulangan yang paling umum digunakan untuk menghadapi masalah pribadi (Neighbors, Jackson, Bowman, & Gurin, 1983). Menurut Widiyanto (2001), salah satu faktor intrinsik yang memengaruhi pengelolaan emosi adalah religiusitas. Guru yang meyakini bahwa pekerjaannya suatu saat akan dipertanggungjawabkan di hadapan Tuhan lebih mampu mengendalikan emosinya saat menyelenggarakan kegiatan pembelajaran. Guru yang sedang menjalankan tugas mengajar akan memonitor emosi dan menurunkan emosi negatif melalui aktivitas seperti berdoa dan perilaku keagamaan lainnya. Praktik keagamaan seperti nyanyian, doa syafaat, dan puji-pujian kepada Allah dapat meningkatkan Pengelolaan Emosi (Gross, 2007). Hasil penelitian Corsini (2009) menunjukkan bahwa strategi keagamaan secara signifikan berkorelasi dengan keterikatan keyakinan dan pengelolaan emosi. Penelitian juga secara konsisten menunjukkan bahwa keterikatan keyakinan memainkan peran penting dalam Pengelolaan Emosi yang diatur (Mikulincer dkk, 1993 & Mikulincer dkk, 2003). Keyakinan agama memengaruhi bagaimana guru mengevaluasi stres dan menilai sumber daya atau kekuatan mereka yang dirasakan untuk mengatasi hal tersebut (Pargamen, 1997).

#### **4. Efikasi Regulasi Emosi**

Guru yang tidak yakin dengan kemampuan yang dimilikinya akan memiliki kemampuan regulasi emosi yang buruk karena mereka memiliki sedikit keyakinan pada kemampuan mereka untuk mengatur perasaan tersebut. Guru akan sangat berbeda dalam seberapa baik mereka mengelola pengalaman emosional mereka dalam kehidupan sehari-hari. Tidak hanya karena mereka berbeda secara efektif dalam keterampilan, tetapi juga karena perbedaan dalam persepsi mereka akan kemampuan untuk mengatur emosi mereka. Sebenarnya, tidak mungkin bahwa orang dapat menangani perasaannya secara efektif jika mereka tidak yakin dan percaya pada diri mereka sendiri bahwa mereka mampu melakukannya, terutama dalam situasi berat dan menggelisahkan (Caprara dkk., 2008). Guru yang memiliki efikasi diri yang rendah cenderung menyerah ketika menghadapi siswa yang bermasalah, suka menghukum, pemarah dan otoriter. Efikasi diri guru yang tinggi menciptakan keberanian dan menghindari kegelisahan ketika menghadapi siswa di sekolah. Emosi yang muncul dapat di evaluasi oleh guru apabila ada keyakinan diri guru untuk melakukannya dengan tujuan efektivitas proses belajar mengajar. Efikasi diri sendiri berperan untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan sosial serta situasi dengan memotivasi dirinya dalam menetapkan tujuan yang lebih tinggi,

menginvestasikan usaha yang lebih besar, dan bertahan saat menghadapi kesulitan (Bandura, 1997).

## **Cara-Cara Pengelolaan Emosi**

Kemampuan pengelolaan emosi sangat dibutuhkan oleh guru di sekolah. Meningkatkan kemampuan pengelolaan emosi perlu dilakukan guru melalui upaya memonitor emosi, mengevaluasi emosi dan memodifikasi emosi. Berikut ini upaya-upaya yang bisa dilakukan yaitu (Gambar 4):

1. **Monitoring emosi**

Berusaha mengetahui dan merasakan segala bentuk emosi dalam pikirannya, sehingga dapat lebih dengan jelas memantau emosi yang sedang dihadapi.

2. **Mengevaluasi emosi**

Melakukan penilaian terhadap efek-efek yang dihasilkan apabila muncul perilaku emosional di sekolah.

3. **Memodifikasi emosi**

Mengubah emosi ke arah yang positif sesuai dengan perilaku yang dipilih dan proses modifikasi dapat berupa mengalihkan emosi ke bentuk perilaku lainnya.



Gambar 4: Meningkatkan Kemampuan Pengelolaan Emosi

Pengelolaan Emosi juga dapat dilakukan melalui dua strategi khusus yaitu “*penilaian kembali*” dan “*menekan ekspresi*”. Menurut Koole (2009) penilaian kembali merupakan bentuk dari perubahan kognitif yang meliputi uraian sebuah situasi memperoleh emosi secara potensial dalam sebuah cara yang mengubah pengaruh emosi. Sedangkan ‘Menekan Ekspresi’ merupakan sebuah tindakan sengaja yang dilakukan guru untuk menekan emosinya. Berikut ini uraian penjelasan tentang dua strategi pengelolaan emosi:

#### 1 Penilaian Kembali

Evaluasi subjektif guru atas situasi emosi yang sedang dialaminya. Selama proses penilaian kembali, guru berusaha mengurangi pengaruh emosi negatif atau emosi yang tidak diinginkan dari suatu kejadian dengan cara mengubah sudut pandangnya. Dalam proses penilaian kembali ini guru melibatkan kemampuan kognisinya terkait tugas-tugas diferensiasi,

kompleksitas, dan kesadaran. Bentuk-bentuk penilaian kembali: (1) interpretasi ulang atas situasi atau konteks dari stimulus (misal: imajinasi atau visualisasi atas perilaku sedih yang berlarut-larut ternyata akan memengaruhi wajahnya menjadi cepat tua), (2) guru membuat jarak dari situasi atau stimulus yang dianggap tidak menyenangkan olehnya, dapat dengan cara meminta pendapat orang kedua dan ketiga atas situasi yang sedang dihadapi.

## 2 Menekan Ekspresi

Sebuah tindakan sengaja yang dilakukan guru untuk menekan emosinya melalui cara mengalihkan perhatian, mengusahakan adanya distraksi, hingga menghindari pemberian atensi pada masalah. Kelemahan dari strategi menekan ekspresi ini yakni efeknya hanya jangka pendek (sejenak melupakan), tetapi nyatanya mengakibatkan guru mengalami perasaan inkongruen, ada jarak antara pengalaman dunia batinnya dengan ekspresi yang ditampilkan ke luar (Gross & John, 2003). Robinson & Demaree (2007) mengistilahkan hal ini sebagai bentuk disonansi ekspresi. Perasaan ini dapat membuat guru merasa tidak jujur pada dirinya, bukan menggambarkan dirinya yang sesungguhnya hingga mampu membuat guru memiliki perasaan negatif terus menerus pada dirinya dan mengalienasi guru dari dirinya sendiri dan dari orang lain di sekitarnya. Gross & John (2003) menyebutkan

menekan ekspresi yang kronis dapat menurunkan derajat kesejahteraan emosi seseorang (guru jadi lebih sering merasakan emosi negatif dibanding emosi positif).

Dua cara diatas dapat dijadikan rujukan dalam pengelolaan emosi sebagai bentuk pengelolaan kesehatan. Kesehatan tidak hanya tentang tubuh yang sehat, tetapi juga pikiran yang sehat yang memengaruhi emosi. Sehat secara emosional berarti dapat mengelola masalah sehari-hari di sekolah seperti stress dan semua hal lain yang dapat berdampak pada kesehatan jiwa dan raga. Menjaga kesehatan emosional sama pentingnya dengan menjaga kesehatan tubuh, karena keduanya saling memengaruhi. Cobalah menerapkan berbagai cara mengendalikan emosi di atas untuk mendapatkan kesehatan fisik dan mental di sekolah.

## **Rangkuman**

Kesehatan tidak hanya tentang tubuh yang sehat, tetapi juga pikiran yang sehat yang dapat memengaruhi emosi. Sehat secara emosional berarti dapat mengelola masalah sehari-hari seperti stres dan semua hal lain yang dapat berdampak pada kesehatan jiwa dan raga. Menjaga kesehatan emosional sama pentingnya dengan menjaga kesehatan tubuh, karena keduanya saling memengaruhi. Emosi hadir dalam diri semua orang dan semua profesi, termasuk profesi guru. Emosi adalah keadaan internal yang

memiliki manifestasi eksternal bagi semua orang termasuk guru di sekolah.

Sekolah dan ruang kelas adalah arena emosional yang kompleks. Guru di sekolah harus mampu menghadapi tuntutan-tuntutan emosional dari lingkungan sekitar secara terus-menerus. Guru-guru menyampaikan bahwa emosi ini sering kali timbul ketika melakukan pengelolaan dan disiplin interaksi kelas, dan mereka pun mencoba untuk mengatur atau mengelola emosi tersebut sesering mungkin karena mereka percaya bahwa hal ini dapat membantu mereka untuk mencapai tujuan (Sutton, 2004). Selain itu, guru juga mengatakan bahwa mereka lebih mungkin untuk mengalami emosi negatif dan karena itu mereka mencoba untuk mengatur emosi ini ketika tujuan mereka memajukan belajar siswa terganggu (Sutton, 2004).

Sebuah penelitian yang diterbitkan oleh *Journal of Psychosomatic Research* menjelaskan mengenai dampak jika tidak bisa mengendalikan emosi dengan baik. Penelitian tersebut menemukan bahwa memendam emosi dapat meningkatkan risiko kematian karena penyakit jantung dan juga kanker (Chapman, dkk. 2013). Oleh karena itulah pengelolaan emosional (regulasi emosi) perlu dilatih untuk menghindari timbulnya dampak emosi yang bisa muncul dan memengaruhi kesehatan tubuh. Pengelolaan emosi dikenal dengan istilah regulasi emosi. Regulasi emosi merupakan cara individu mengurangi pengalaman emosi negatif melalui kendali perilaku dan

kendali mental yang melibatkan proses kesadaran dan ketidaksadaran. Pengelolaan emosi sebagai semua proses yang bertanggung jawab dalam memonitor, mengevaluasi, dan memodifikasi reaksi emosional. Upaya-upaya yang bisa dilakukan yaitu (1) Monitoring emosi, berusaha mengetahui dan merasakan segala bentuk emosi dalam pikirannya, sehingga dapat lebih dengan jelas memantau emosi yang sedang dihadapi, (2) Mengevaluasi emosi, melakukan penilaian terhadap efek-efek yang dihasilkan apabila muncul perilaku emosional di sekolah, (3) Memodifikasi emosi, mengubah emosi ke arah yang positif sesuai dengan perilaku yang dipilih dan proses modifikasi dapat berupa mengalihkan emosi ke bentuk perilaku lainnya.

Sehat secara emosional berarti dapat mengelola masalah sehari-hari di sekolah seperti stres dan semua hal lain yang dapat berdampak pada kesehatan jiwa dan raga. Menjaga kesehatan emosional sama pentingnya dengan menjaga kesehatan tubuh, karena keduanya saling memengaruhi. Cobalah menerapkan berbagai cara mengendalikan emosi di atas untuk mendapatkan kesehatan fisik dan mental di sekolah.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Bandura, A. (1997). *efikasi the exercise of control*. New York: W.H Freeman and Company.

Bender, W. N. (2012). Project based learning differentiating instruction for the 21st century. California: Sage Ltd.

Brackett, M. A., Palomera, R., Moisa-Kaja, J., Reyes, M. R., & Salovey, P. (2010). Emotion Regulation Ability, Burnout, and Job Satisfaction Among British Secondary School Teachers. *Psychology in the Schools*, Vol. 47, pp. 406–417. <https://doi.org/10.1002/pits>.

Brody, L. R., & Hall, J. A. (1993). Gender and emotion. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 447–460). New York: Guilford Press.

Brody, L. R., Lovas, G. S., & Hay, D. H. (1995). Gender differences in anger and fear as a function of situational context. *Sex Roles*, 32, 47-78.

Chang, M. L. (2009). An appraisal perspective of teacher burnout: Examining the emotional work of teachers. *Educational Psychology*, 21, 193–218.

Cheung, F., Tang, C. S. K., & Tang, S. (2011). Psychological capital as a moderator between emotional labor, burnout, and job satisfaction among schoolteachers in China. *International Journal of Stress Management*, 18, 348–371.

Crawford, J., Kippax, S., Onyx, J., Gault, U., and Benton, P. (1992) *Emotion and Gender: constructing Meaning from Memory*. London, Sage.

Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens, Body and emotions in the making of Consciousness*. San Diego: A Harvest Book Harcourt, Inc.

Caprara, G. V., Giunta, L. Di, Eisenberg, N., & Gerbino, M. (2008). Assessing Regulatory Emotional Self-Efficacy in Three Countries. *Psychol Assess*, 20(3), 227–237. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.3.227>. Assessing

Corsini, K. D. (2009). *Examining the relationship between religious coping strategies, attachment beliefs and emotion regulation in a mixed sample of college students attending an evangelical university in Central Virginia*. (Disertasi terpublikasi). Faculty of the College of Arts and Sciences, Liberty University.

Gross, J. (2007). *Handbook of regulation emotion*. New York: Guilford Press.

Huang, J. L., & Ryan, A. M. (2011). Beyond personality traits: A study of personality states and situational contingencies in customer service jobs. *Personnel Psychology*, 64, 451–488.

John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351–372). New York: Guilford Press.

Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4–41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>

Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*,

64(5), 817–826.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and effect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77–102.

Neighbors, H. W., Jackson, J. S., Bowman, P. J., & Gurin, G. (1983). stress, coping, and black mental health: preliminary findings from a national study. *Prev Human Services*, 2(3), 5–29.

Pargamen, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.

Purna, R.S. (2020). Gambaran Regulasi Emosi Guru di Kota Padang. *Humanitas*, 4 ,2, 149 - 162.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2005). *Theories of personality* (8th ed.). Australia: Thomson Wadsworth.

Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: a Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

Widiyanto, T. P. (2001). *Tindakan guru atas perilaku emosional siswa di Sekolah Dasar Kanius*. (Disertasi tidak Dipublikasikan). Program Pasca Sarjana, Universitas Negeri Malang.



## BAB 5

# EMPATI DAN KESEHATAN MENTAL

Rini Handayani

### Pengantar

Cara manusia bersikap akan membawa pengaruh pada kesehatan mentalnya. Jika seseorang suka menggerutu, maka kecenderungannya ia akan memiliki mental yang mudah berpikiran negatif tentang diri sendiri maupun tentang orang lain. Jika seseorang mudah putus asa, maka kecenderungan mentalnya akan menjadi orang yang sulit memperjuangkan segala sesuatu dalam hidupnya. Ya, ada banyak cara bersikap yang kemudian akan memengaruhi kesehatan mental kita. Jika ingin memiliki mental yang sehat, maka bersikap empati menjadi salah satu upaya yang kita lakukan. Di bagian ini, kita akan membahas, bagaimana sikap empati dapat diterapkan dan memengaruhi kesehatan mental kita.

### Sejarah Teori Sikap Empati

Kata Empati pertama kali disebut dengan *Einfühlung* (Lipps, 1907), oleh seorang seniman dari

Jerman yang bernama Fredrich Theodor Vischer (1807-1887). Vischer menyebut *Einfühlung* sebagai pusat dari karya seni yang harus muncul dari dalam jiwa, dan lahir sebagai hasil seni yang indah dan berharga (Lipps, 1907), ketika melihat begitu banyak karya seni ayahnya yang menjadi fenomenal di jamannya, Robert Vischer (1847-1933) mengembangkan *Einfühlung* secara ilmiah pada tahun 1873. *Einfühlung* awalnya dikembangkan dengan merujuk pada proyeksi perasaan manusia ke dalam dunia alami. Hampir seperempat abad, konsep ini terus dipakai di pusat psikologi estetika. Namun pada akhirnya, upaya Robert Vischer mengembangkan *Einfühlung* tidak sefenomenal karya seni ayahnya. Meski konsep *Einfühlung* sempat terhenti untuk berkembang melalui kajian ilmiah, namun pada tahun 1907 Lipps (1907), mengembangkan *Einfühlung* dengan serius. Awalnya Lipps berpendapat bahwa setiap negara memiliki tingkat kesadaran dan perasaan yang berkaitan dengan aspek-aspek negatif yang terselubung. Sampai pada akhirnya, konsep-konsep itu membawa Lipps untuk mengadopsi pengertian Robert Vischer (1873) tentang empati yang juga dipahami sebagai estetika simpati (*Einfühlung*).

## **Dasar Teori Sikap Empati**

Lipps (1907) mengungkapkan bahwa keterlibatan proyeksi dalam memahami perasaan orang lain dipengaruhi oleh situasi bahwa emosi seseorang itu hanya

tahu tentang kemarahan atau sukacita yang berasal dari kasus diri sendiri. Namun hal ini hanyalah berkaitan dengan pengalaman diri sendiri yang memengaruhi mental seseorang, dan tidak berarti bahwa sejarah hidup seseorang menjadi hal yang paling penting untuk menentukan empati.

Ketika membahas empati, perspektif fenomenologis dan perspektif fungsional harus dilakukan per bagian. Bagian pertama dibatasi pada deskripsi empati, dan bagian ke dua berkaitan dengan mekanisme psikologis dan proses dasar fenomena yang terjadi. Fenomena empati adalah proses seseorang memahami kondisi emosional orang lain. Yang penting dari empati adalah seseorang yang berempati, mampu memahami kondisi emosi dari sudut pandang orang lain. Analisis fungsional menentukan pola stimulus yang memunculkan empati dan mekanismenya. Ada dua pola stimulus yang dapat menimbulkan respon empati, yaitu:

1. Perilaku ekspresif kepada orang lain yang muncul dari proses kognitif
2. Situasi lain yang muncul karena pengaruh tempat.

Kesimpulan teoritis yang dapat dikemukakan sebagai berikut.

1. Emosi yang dialami oleh seseorang dapat diamati dan dirasakan pula oleh orang lain. Hal ini menunjukkan perbedaan yang dibuat antara ekspresi akibat empati dan empati yang diwujudkan melalui situasi yang

relevan. Ekspresi akibat empati ini mungkin saja terjadi karena adanya penularan emosi.

2. Kemampuan seseorang yang berhasil mengatur keadaan emosi orang lain sebatas pada perasaannya, membawa pemahaman pada objektivitas diri dalam sikap empati.

## **Definisi Sikap Empati**

Seiring dengan perkembangan teori empati yang awal mula dikembangkan oleh Lipps (1907), maka banyak ahli mulai mengembangkan penelitian berkaitan dengan empati. Untuk lebih lanjut memahami arti kata empati, berikut ini beberapa definisi empati yang dipaparkan oleh para ahli.

Sikap empati ialah hasil dari tahapan mengerti situasi orang lain yang diekspresikan dengan bahasa verbal, bahasa tubuh, yang indah dan ditindaklanjuti dengan aksi yang bernilai bagi orang lain (Rogers, 1975; Lamm, Rütgen, & Wagner, 2019; Gallo, 1989; Zahavi, 2001; Davis, 2018; Hodges & Myers, n.d.; Lord-Kambitsch, 2014; Goleman, 1995; Bohart & Greenberg, 1997; Vreeke & van der Mark, 2003; Håkansson & Akademitr., 2003; Baron & Byrne, 2005; Decety & Meyer, 2008; Caselman, 2007).

## **Faktor-Faktor yang Memengaruhi Sikap Empati**

Beberapa faktor yang memengaruhi sikap empati antara lain adalah: (a) Sosialisasi; (b) Perlakuan; (c) Perkembangan Kognitif; (d) Identifikasi dan *modeling*; (e) *Mood* dan *feeling*; (f) Situasi dan tempat; dan (g) Komunikasi dan bahasa (Jamison, 2014).

- a. Sosialisasi merupakan interaksi yang dilakukan oleh seseorang dengan lingkungan di luar dirinya sendiri. Sosialisasi dapat memengaruhi sikap empati seseorang, karena dengan sosialisasi, seseorang akan semakin dapat memahami situasi orang lain, karakteristik mereka, bahkan bahasa non-verbal yang ditunjukkan.
- b. Selanjutnya, yang dimaksud dengan perlakuan adalah kemampuan seseorang untuk bertindak bagi orang lain. Tindakannya tersebut dapat diterima oleh orang lain sebagai satu wujud perhatian maupun kasih sayang. Perlakuan yang semacam ini, jika dilakukan terus menerus, maka akan mengasah kemampuan seseorang untuk bersikap empati secara konsisten.
- c. Perkembangan Kognitif merupakan kemampuan seseorang untuk berpikir logis, kritis, dan sistematis terhadap sebuah persoalan yang muncul dari dalam dirinya sendiri dan lingkungannya. Kemampuan kognitif ini berbeda-beda antara satu orang dengan orang lainnya. Kemampuan kognitif akan mengalami perkembangannya. Dan situasi perkembangan kognitif seseorang tentu akan memengaruhi kemampuannya untuk memiliki sikap empati.

- d. Identifikasi dan *modeling* adalah kemampuan seseorang untuk menganalisis situasi yang terjadi di lingkungannya, dari analisis tersebut muncul sebuah pemahaman yang mendorong seseorang untuk merespon dengan sebuah Tindakan. Identifikasi dan *modeling* ini merupakan salah satu hal yang dapat mendorong seseorang untuk dapat memiliki sikap empati.
- e. *Mood* dan *feeling* adalah sebuah perasaan terdalam seseorang yang dipengaruhi oleh informasi yang diterima oleh pikiran, berdasarkan apa yang dilihat dan dialami. Situasi ini akan membuat seseorang memiliki perasaan tertentu, yang berkaitan dengan situasi emosinya. Baik itu emosi positif maupun emosi negatif yang dirasakan lalu memengaruhi juga responnya terhadap orang lain.
- f. Situasi dan Tempat menjadi salah satu faktor juga yang dapat mendorong seseorang untuk dapat memiliki sikap empati. Ketika seseorang berada di lingkungan yang membuatnya merasa perlu melakukan banyak hal untuk menolong atau memperhatikan orang lain, maka ia akan terdorong untuk terus menerus melakukannya.

Komunikasi dan Bahasa merupakan bagian penting untuk seseorang dapat memiliki sikap empati. Kemampuan seseorang untuk memahami bahasa dan dapat berkomunikasi dengan lingkungan sosialnya, akan

membuat seseorang bisa dengan mudah memahami situasi orang lain.

## **Fungsi Sikap Empati**

Menurut Decety & Meyer (2008), fungsi empati adalah sebagai berikut: (a) mewujudkan pemahaman bahwa setiap orang mempunyai perspektif berbeda; (b) memotivasi terwujudnya aksi altruistis, dengan tidak sekedar menurunkan maupun menghapuskan kesulitan orang lain, namun juga ketidaknyamanan emosional orang yang melihat penderitaan orang lain; dan (c) meningkatkan pemahaman seseorang tentang orang lain, dan kemampuan membuat prediksi tentang orang lain.

## **Unsur-unsur Sikap Empati**

Secara umum, unsur-unsur empati sebagai berikut

1. Imajinasi yang tergantung kepada kemampuan membayangkan; di sini imajinasi berfungsi untuk memungkinkan pengandaian diri seseorang sebagai orang lain.
2. Adanya kesadaran terhadap diri sendiri (*self-awareness* atau *self-consciousness*); secara khusus pandangan positif terhadap diri sendiri, secara umum penerimaan (dalam arti pengenalan) apa adanya terhadap kelebihan dan kekurangan diri sendiri.

3. Adanya kesadaran terhadap orang lain; pengenalan dan perhatian terhadap orang lain; secara khusus, pandangan positif terhadap orang lain, secara umum penerimaan apa adanya pada kelebihan dan kekurangan orang lain.
4. Adanya emosi, ambisi, ide-ide dan representasi atau hasil tindakan baik pada orang yang berempati ataupun terhadap orang lain sebagai pihak yang menerima empati disertai keterbukaan untuk saling memahami satu sama lain.
5. Ketersediaan sebuah kerangka pikir estetis; ini adalah dasar untuk menunjukkan respon yang dianggap pantas dan sesuai agar kesesuaian antara orang yang berempati, dan orang yang menjadi sasaran empati dapat tercapai (agar tidak menjadi pelanggaran privasi atau tindakan 'sok tahu'); kerangka pikir estetis seringkali tergantung pada budaya, masyarakat dan konteks jaman.
6. Ketersediaan sebuah kerangka berpikir moral

Melalui jurnalnya yang berjudul "*From Emotion Resonance to Empathic Understanding: A Social Developmental Neuroscience Account*" (Decety & Meyer, 2008) mengatakan tiga unsur penting dari empati yakni: (1) respon afektif untuk orang lain, (2) kapasitas kognitif untuk mengerti perspektif orang lain dan (3) regulasi emosi.

1. Respon afektif untuk orang lain adalah situasi ketika seseorang mampu secara spontan ikut merasakan apa yang dirasakan orang lain, pada saat ia melihat sebuah kejadian, situasi tertentu yang mengusik perasaannya. Respon afektif dipengaruhi oleh perasaan berpihak kepada orang lain yang dianggapnya perlu untuk ditolong.
2. Kapasitas kognitif untuk menegerti perasaan orang lain adalah situasi di mana seseorang dapat berpikir secara logis mengenai kejadian yang dialami oleh orang lain. Dari apa yang dirasakan secara afeltif, kemudian dipikirkan secara logis, maka dapat mendorong sikap empati seseorang.

Regulasi emosi adalah kemampuan seseorang untuk mengelola emosi negatif maupun positif yang muncul ketika seseorang sedang mengelaborasi reaksi afektif dan kognitifnya terhadap situasi yang dialami orang lain.

## **Karakteristik Sikap Empati**

Goleman (1995) menyebutkan ada tiga keistimewaan pada kemahiran seseorang untuk berempati, yakni:

1. Dapat mengakui cara pandang orang lain.
2. Dapat membedakan antara apa yang diucapkan atau dikerjakan orang lain terhadap reaksi dan penilaian individu itu sendiri. Dengan perkembangan aspek

kognitif seseorang, kemampuan untuk menerima sudut pandang orang lain dan pemahaman terhadap perasaan orang lain akan lebih lengkap dan akurat sehingga ia akan mampu memberikan perlakuan dengan cara yang tepat.

3. Memiliki kepekaan terhadap perasaan orang lain
4. Individu mampu mengidentifikasi perasaan-perasaan orang lain dan peka terhadap hadirnya perasaan dalam diri orang lain lewat pesan nonverbal yang ditampilkan, contohnya aksen bicara, tindak tanduk dan mimik wajah. Kepekaan yang selalu diasah akan mampu merangsang reaksi langsung terhadap situasi orang lain.
5. Kemampuan mendengarkan orang lain.
6. Mendengarkan adalah keterampilan yang penting untuk mempertajam kemampuan empati. Perilaku suka mendengar dan membagikan pemahaman yang semakin baik terhadap emosi orang lain serta dapat mengaktifkan penerimaan terhadap perbedaan yang terjadi.

## **Komponen dalam Sikap Empati**

Sikap empati memiliki beberapa komponen yang menjadi dasar pembentukannya. Sikap empati tidak serta

merta muncul begitu saja. Ada empat komponen penting yang membentuk sikap dalam empati (lihat gambar 1).



Gambar 1: Komponen Sikap Empati

1. Komponen kognitif dalam empati (Raboteg-Saric & Hoffman, 2001):
  - a. *Differentiation of the self of others* yaitu kecakapan membedakan diri dengan orang lain menjadi prasyarat terjadinya pengalaman empati dan menggambarkan perasaan-perasaan orang lain seperti perasaannya sendiri.
  - b. *The differentiation of emotional state* yaitu kecakapan membedakan keadaan emosional orang lain menjadi prasyarat kognitif kedua, dan kecakapan membedakan mimik wajah orang satu

dengan yang lain sudah berlangsung sejak awal kehidupan.

- c. *Social Referencing and emotional meaning* yaitu Munculnya referensi sosial anak di tahun pertama pertumbuhan, dan informasi didapatkan dari orangtua mereka dengan mempelajari kata-kata dan ekspresi orangtua terhadap lingkungan sosial.
  - d. *Labeling Different emotional states* yaitu *Labeling* pada keadaan emosi dasar, ditemukan bahwa anak usia empat hingga lima tahun mempunyai keakuratan berpikir. Dapat mengerti ekspresi yang berbeda-beda.
  - e. *Cognitive Role taking ability* yaitu kecakapan membawa diri pada keadaan orang lain guna memahami dengan akurat daya pikir dan emosi orang itu, dan bermanfaat untuk memproyeksikan dirinya sendiri dan kemudian mampu masuk dalam perspektif orang lain.
2. Komponen Afektif dalam Empati (Eisenberg & Strayer, 1990):
- a. *Vicarious emotional response* yaitu respons emosional yang seakan-akan dialami pada diri sendiri, dan membayangkan perasaan-perasaan orang lain bagaikan perasaannya sendiri.
  - b. Kemampuan menghadapi dengan perasaan serta fase reaktivitas yang proporsional, yakni kecenderungan individu dalam bereaksi secara emosional pada keadaan-keadaan yang ada

dihadapannya, termasuk emosi yang terlihat pada orang lain.

- c. Kemampuan menyalurkan pengalaman emosional kepada orang lain yang terdiri atas simpati, sensitivitas, dan sharing penderitaan yang dialami orang lain seperti perasaan dekat terhadap persoalan-persoalan orang lain yang dibayangkan seolah-olah dialaminya sendiri.
3. Komponen Kognitif dan Afektif dalam Empati (Richendoller & Weaver, 1994):
    - a. Meneliti poin-poin dari Davis, M. H., & Franzoi (1991) tentang IRI atau *Interpersonal Reactivity Index*.
    - b. Meneliti pendekatan Multidimensional (*Perspective-taking, empathic concern, fantasy scale, dan personal distress*). Melalui konsep empati dari Eysenck and Eysenck's *Unidimensional Questionnaire (Emotional Response matching)*.
    - c. Skala yang menghitung beragam jenis relasi interpersonal dan altruisme.
  4. Komponen Komunikatif dalam Sikap Empati (Ridley & Lingle, 1996):
    - a. Perilaku yang mengekspresikan perasaan-perasaan empatik.
    - b. Ungkapan dari pemikiran empatik dan ungkapan secara emosi kepada orang lain yang dapat diungkapkan dengan ucapan serta tindakan.

- c. Kemampuan menyelaraskan pengalaman emosional kepada orang lain.

## **Karakteristik Sikap Empati**

Goleman (1995) menyebutkan ada tiga keistimewaan dalam kecakapan seseorang untuk sikap berempati, yakni:

- a. Mampu menerima cara pandang orang lain.  
Individu mampu membedakan antara apa yang dikatakan atau dilakukan orang lain dengan reaksi dan penilaian individu itu sendiri. Dengan perkembangan aspek kognitif seseorang, kemampuan untuk menerima sudut pandang orang lain dan pemahaman terhadap perasaan orang lain akan lebih lengkap dan akurat sehingga ia akan mampu memberikan perlakuan dengan cara yang tepat.
- b. Memiliki kepekaan terhadap perasaan orang lain  
Individu mampu mengidentifikasi perasaan-perasaan orang lain dan peka terhadap hadirnya emosi dalam diri orang lain melalui pesan nonverbal yang ditampakkan, misalnya nada bicara, gerak-gerik dan ekspresi wajah. Kepekaan yang sering diasah akan dapat membangkitkan reaksi spontan terhadap kondisi orang lain.
- c. Kemampuan mendengarkan orang lain  
Mendengarkan merupakan sebuah keterampilan yang perlu dimiliki untuk mengasah kemampuan empati.

Sikap mau mendengar memberikan pemahaman yang lebih baik terhadap perasaan orang lain dan mampu membangkitkan penerimaan terhadap perbedaan yang terjadi.

## **Perkembangan dan Pengukuran Sikap Empati**

Dalam penelitian Barr (1980), anak-anak mampu mengalami empati orang lain, dan hal itu memengaruhi altruisme, kebaikan, dan perdamaian, yang memungkinkan mereka untuk berhubungan dengan orang lain dan memahami bagaimana orang lain dapat dipengaruhi oleh situasi kehidupan. Pada akhirnya, anak-anak akan mengalami tumbuh kembang dengan kemampuan empati yang terus meningkat dan menjadi orang-orang yang lebih sukses. Memiliki kemampuan untuk mengalami hal-hal dari sudut pandang orang lain adalah keterampilan sosial (Staub, 1971; Barr, 1980; Davis, 2018; dan Feshbach, 1997). Decety & Meyer (2008) melakukan sebuah studi di Universitas Chicago menggunakan scanner alat *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) untuk mengevaluasi tanggapan empatik anak-anak, dan menemukan empati sebagai kecenderungan bawaan yang dikembangkan dalam otak anak normal. Mereka juga menyatakan bahwa otak memainkan peran lebih banyak dalam sikap empati dibandingkan pengaruh dari orangtua. Empati adalah kunci dalam pengembangan moral dan prososial pada anak-anak (Zahavi, 2001). Empati menciptakan pembiasaan

kehidupan sosial yang sehat antara anak-anak dan memampukan mereka untuk bermain secara positif. Selanjutnya, hal ini berkembang menjadi kompetensi perilaku sosial seperti kemampuan menjadi ramah, mudah bergaul, dan bersikap tegas yang tanpa terkesan menyerang lawan bicaranya (Hastings, Zahn-Waxler, & McShane, 2006). Perkembangan kecerdasan anak memengaruhi perilaku anak-anak yang dimulai sejak usia dua tahun. Pada saat itu mereka mengalami pengenalan emosi dengan lebih baik (Hastings et al., 2006).

Para peneliti juga mencatat bahwa sikap empati dapat diukur dalam beberapa cara. Decety & Meyer (2008) menunjukkan indikator fisiologi melalui pengukuran MRI. Studi mereka di Chicago University menunjukkan bahwa otak akan menanggapi rangsangan seperti pictorial adegan atau cerita. Anak-anak diajak menonton animasi pendek dengan rangsangan visual yang menggambarkan situasi yang menyedihkan atau menyenangkan, yang termasuk dalam skenario yang direncanakan dengan sengaja. Metode lainnya termasuk dalam studi kualitatif atau pengamatan mata pelajaran, dan akhirnya memberi kesempatan kepada anak untuk menceritakan pengalamannya setelah melakukan pelajaran yang dirancang untuk memunculkan sikap empati (Eisenberg & Strayer, 1990; Feshbach, 1997; dan Holmgren, Eisenberg, & Fabes, 1998). Berdasarkan kajian teoritis sikap empati, maka pengukuran empati yang dipergunakan mengacu pada empat aspek, yaitu aspek kognitif (Raboteg-Saric & Hoffman, 2001), aspek Afektif

(Eisenberg & Strayer, 1990) dan Aspek Komunikatif (Ridley & Lingle, 1996).

## **Empati dan Kesehatan Mental**

Berdasarkan uraian tentang sikap empati, kita dapat melihat ke dalam diri sendiri, tentang bagaimana cara kita berempati. Ketika kita berempati dengan orang lain, pada saat itulah sebenarnya kita juga sedang dapat memahami diri sendiri. Keputusan-keputusan berempati yang kita ambil akan menyehatkan mental kita yang terlihat dari beberapa hal berikut ini (lihat gambar 2):

1. Mudah merasa cukup dengan apa yang ada pada diri sendiri.
2. Dapat menemukan banyak kebaikan dalam diri sendiri.
3. Mampu menerima kondisi diri sendiri.
4. Memiliki kemampuan untuk mengungkapkan pikiran, mengekspresikan perasaan, dan mengomunikasikan pikiran dan perasaan melalui kata-kata maupun ekspresi.



Gambar 2: Kesehatan mental yang terbangun karena memiliki sikap empati.

Meski sikap empati diberikan kepada orang lain, namun efeknya adalah pada kesehatan mental diri sendiri. Bersikap empati lahir dari ikut merasa situasi orang lain yang membuat kita melakukan sesuatu untuk membantu kondisi orang lain. Maka dengan berempati, tanpa kita sadari akan membuat kita merasa cukup dengan apa yang sudah ada pada diri sendiri. Merasa cukup dengan kondisi diri sendiri akan membuat mental kita lebih tenang ketika menghadapi kegagalan, dan tetap tenang meski ada dalam keberhasilan. Karena sikap terlalu gelisah saat gagal atau terlalu gembira saat berhasil menandakan mental yang kurang sehat. Namun sikap berempati bisa menjadi pengendali sikap terlalu menjadi ketenangan yang menyehatkan mental.

Merasa cukup yang lahir dari kemampuan

berempati, akan membuat kita juga berhasil menemukan banyak kebaikan dari dalam diri sendiri. Seseorang yang mudah menemukan hal-hal baik dalam dirinya akan cenderung merasa nyaman dan tenang. Meski saat mengalami kegagalan hidup, seseorang yang tetap berhasil menemukan kebaikan dalam hidupnya, ia akan mudah untuk terlepas dari perasaan berduka karena kegagalan. Kecenderungan seseorang pada saat dalam situasi hidup yang terpuruk adalah merasa bahwa semua hal yang ia lakukan gagal, atau merasa tidak ada satu pun hal yang membuatnya beruntung. Namun orang yang mentalnya sehat, meski ia dalam kondisi terpuruk sekalipun, ia akan selalu punya cara untuk menemukan hal-hal baik dalam hidupnya. Kemampuan ini bisa dilatih dengan menjadikan sikap empati sebagai *habit*.

Ketika kita berhasil menemukan hal-hal baik meski dalam situasi yang terpuruk, maka hal ini menunjukkan bahwa kita mampu menerima kondisi diri sendiri. Penerimaan diri dalam situasi apapun akan mendatangkan rasa nyaman dan meringankan batin. Sebab kadang kala ekspektasi-ekspektasi yang ditetapkan seseorang terhadap diri sendiri dapat memicu penolakan terhadap kenyataan yang tidak memenuhi ekspektasi. Situasi yang semacam ini akan membuat seseorang akan terus menerus merasa gagal dan menyebabkan kesehatan mental terganggu. Namun sebaliknya, keberhasilan menerima diri sendiri melalui sikap empati, akan menjadi stimulus bagi pikiran kita untuk dapat menerima kenyataan yang tidak sesuai

harapan, atau dapat mengampuni diri sendiri saat melakukan kesalahan. Hal-hal ini akan memengaruhi pikiran, hati, jiwa, dan perilaku kita menjadi lebih positif.

Pada saat kita berhasil untuk menerima diri sendiri dengan segala yang ada pada diri sendiri, maka hal ini akan memengaruhi kemampuan kita mengungkapkan apa yang kita pikirkan dan rasakan. Terkadang seseorang bisa menjadi depresi hanya karena ia sulit mengungkapkan pikiran atau perasaannya. Ketidak-mampuan seseorang untuk mengungkapkan perasaan dan pikirannya dapat dilatih dengan sikap empati. Terus menerus berusaha bersikap empati yang membuat kita memahami orang lain, akan membuat kita juga mudah memahami diri sendiri. Saat kita sudah paham dengan yang kita pikirkan dan rasakan, maka kita pun akan lebih mudah mengatakan dan mengekspresikannya. Ketika perkataan kita sesuai dengan yang kita pikirkan dan rasakan, maka akan memunculkan rasa lega dan nyaman dalam batin. Demikian juga saat kita berhasil mengungkapkan ekspresi yang sesuai dengan perasaan kita, ini akan menyehatkan mental kita. Sebab, tidak sedikit orang yang mengalami gangguan kesehatan mental ketika ia 'pura-pura' baik-baik saja padahal ia sedang dalam perasaan yang sangat sedih. Atau ada orang yang kesehatan mentalnya terganggu saat ia mengekspresikan hal-hal yang bukan merupakan kenyataan hidupnya.

Sikap Empati dapat menjadi salah satu stimulus yang menolong kita untuk dapat memiliki kesehatan

mental yang prima. Memahami kondisi orang lain dapat membantu kita untuk mudah memahami diri sendiri. memiliki sikap empati akan melatih kemampuan kita untuk mengomunikasikan apa yang ada dalam hati dan pikiran kita sesuai dengan yang sebenarnya. Selamat menikmati mental yang sehat dengan bersikap empati bagi sesama.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). *Psikologi Sosial* (Jilid 2 Ed). Jakarta: Erlangga.
- Barr, J. (1980). *The Problem of Fundamentalism Today* (3rd ed.). London: SCM Press, ltd.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15(6), 713–724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
- Batson, C. D., Lishner, D. A., Cook, J., & Sawyer, S. (2005). Similarity and Nurturance: Two Possible Sources of Empathy for Strangers. *Basic and Applied Social Psychology*, 27(1), 15–25. [https://doi.org/10.1207/s15324834basp2701\\_2](https://doi.org/10.1207/s15324834basp2701_2)
- Blanchard, A. (2010). *Contextual Teaching and Learning* (2st ed.). USA: Vladosta State University.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy* (3rd

- ed.). Baltimore: United Book Press.
- Braaten, C. E. (1990). *Justification : the article by which the church stands or falls / Carl E. Braaten. - Version details* - Trove. Retrieved from <https://trove.nla.gov.au/work/17019388?q&versionId=19970137>
- Buchanan, R., Gueldner, B. A., Tran, O. K., & Merrell, K. W. (2009). Social and Emotional Learning in Classrooms: A Survey of Teachers' Knowledge, Perceptions, and Practices. *Journal of Applied School Psychology, 25*(2), 187–203.  
<https://doi.org/10.1080/15377900802487078>
- Caselman, T. (2007). *Teaching children empathy, the social emotion. Lessons, activities and reproducible worksheets (K-6) that teach how to "step into others' shoes"* (5rd ed.). Chapin, SC: YouthLight, Inc.
- Cooper, D. H., & Farran, D. C. (1991). *The Cooper-Farran Behavioral Rating Scales*. Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/cooper-farran-behavioral-rating-scales/oclc/25163916>
- Curran, P. J., Edwards, M. C., Wirth, R. J., Hussong, A. M., & Chassin, L. (2007). The incorporation of categorical measurement models in the analysis of individual growth. - PsycNET. In T. D. Little, J. A. Bovaird, & N. A. Card (Eds.), *Modeling contextual effects in longitudinal studies* (2nd ed., pp. 89–120). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2007-07587-005>
- Davis, M. H. (2018). *Empathy* (M. H. Davis, Ed.).

<https://doi.org/10.4324/9780429493898>

- Decety, J., & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1053–1080. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000503>
- Dorman, E. (2018). Building Teachers ' Competence Through Mindfulness Practices. *American Educational Research Journal*, 17(4), 103–119.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1990). *Empathy and its development*. Retrieved from [https://books.google.co.id/books/about/Empathy\\_and\\_Its\\_Development.html?id=PVQ4AAAAIAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Empathy_and_Its_Development.html?id=PVQ4AAAAIAAJ&redir_esc=y)
- Elliott, S. N., & Gresham, F. M. (2013). Social Skills Improvement System. In *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 2933–2935). [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3\\_509](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_509)
- Feldon, D. F. (2007). Cognitive Load and Classroom Teaching: The Double-Edged Sword of Automaticity. *Educational Psychologist*, 42(3), 123–137. <https://doi.org/10.1080/00461520701416173>
- Feshbach, N. D. (1997). Empathy: The formative years-- Implications for clinical practice. In *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. (pp. 33–59). <https://doi.org/10.1037/10226-001>
- Gallo, D. (1989). Educating for Empathy, Reason and Imagination. *The Journal of Creative Behavior*, 23(2),

- 98-115. <https://doi.org/10.1002/j.2162-6057.1989.tb00680.x>
- Garzon, F., Everett L. Worthington, J., & Tan, S.-Y. (2009). Lay Christian counseling and client expectations for integration in therapy. *Journal of Psychology and Christianity*, 28(2), 113-121. Retrieved from <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA342321828&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=07334273&p=AONE&sw=w>
- Gintings, E. P. (2002). *Gembala dan Konseling Pastoral* (III). Yogyakarta: Yayasan Andi.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Retrieved from [https://books.google.co.id/books/about/Emotional\\_intelligence.html?id=XP5GAAAAMAAJ](https://books.google.co.id/books/about/Emotional_intelligence.html?id=XP5GAAAAMAAJ)
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Håkansson, J., & Akademitr.). (2003). *Exploring the phenomenon of empathy*. Retrieved from [https://books.google.co.id/books/about/Exploring\\_the\\_Phenomenon\\_of\\_Empathy.html?id=LawzNAAACA&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Exploring_the_Phenomenon_of_Empathy.html?id=LawzNAAACA&redir_esc=y)
- Hamre, B. K., Pianta, R. C., Downer, J. T., & Mashburn, A. J. (2007). Teachers' Perceptions of Conflict with Young Students: Looking beyond Problem Behaviors. *Social Development*, 0(0), 071124114012001-???

- <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00418.x>
- Hastings, P. D., Zahn-Waxler, C., & McShane, K. (2006). We are, by nature, moral creatures: Biological bases of concern for others. - PsycNET. In M. Killen & J. G. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development* (pp. 483–516). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2005-11748-018>
- Hodges, S. D., & Myers, M. W. (n.d.). Empathy. In *Encyclopedia of Social Psychology*. <https://doi.org/10.4135/9781412956253.n179>
- Holmgren, R. A., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). The Relations of Children's Situational Empathy-related Emotions to Dispositional Prosocial Behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 22(1), 169–193. Retrieved from <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/the-relations-of-childrens-situational-empathy-related-emotions-t>
- Hyson, M. (2003). *The emotional development of young children : building an emotion-centered curriculum / Marilou Hyson ; foreword by Edward Zigler*. - Version details - Trove. Retrieved December 6, 2019, from New York; London: Teachers College website: <https://trove.nla.gov.au/work/11590413?q&versionId=29192783>
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). *The Prosocial Classroom: Teacher Social and Emotional Competence in Relation to Student and Classroom Outcomes*.

- Review of Educational Research*, 79(1), 491–525.  
<https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- Johnson, E. B. (2007). *Contextual Teaching and Learning* (1st ed.). Bandung: Mizan Learning Center (MLC).
- Lamm, C., Rütgen, M., & Wagner, I. C. (2019). Imaging empathy and prosocial emotions. *Neuroscience Letters*, 693, 49–53.  
<https://doi.org/10.1016/j.NEULET.2017.06.054>
- Lartey, E. Y. (2002). Pastoral Counselling in Multi-Cultural Contexts. *American Journal of Pastoral Counseling*, 5(3–4), 317–329.  
[https://doi.org/10.1300/J062v05n03\\_07](https://doi.org/10.1300/J062v05n03_07)
- Lipps, T. (1907). *Das Wissen von fremden Ichen*, in *Psychologische Untersuchungen* (I). Leipzig: Engelmann.
- Lord-Kambitsch, E. (2014). Introduction to Empathy: Activation, Definition, Construct. *Think Pieces: A Journal of the Arts, Humanities, and Social Sciences*.  
<https://doi.org/10.14324/111.2058-492X.001>
- McAfee, O., & Leong, D. (1997). *Assessing and guiding young children's development and learning*. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=ED419812>
- Nurhadi, & Nurhadi. (2004). Pembelajaran kontekstual (contextual teaching and learning/CTL) dan penerapannya dalam KBK / oleh Nurhadi, Burhan Yasin, Agus Gerrard Senduk. 1. *PEMBELAJARAN TERPADU, Pembelajaran Kontekstual (Contextual Teaching and Learning/CTL) Dan Penerapannya*

- Dalam KBK / Oleh Nurhadi, Burhan Yasin, Agus Gerrard Senduk, 2004(2004), 1–99. <https://doi.org/2004>*
- Payton, J. W., Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., Schellinger, K. B., & Pachan, M. (2008). The Positive Impact of Social and Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students – Findings from Three Scientific Reviews. Retrieved December 6, 2019, from Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL) website: <https://casel.org/the-positive-impact-of-social-and-emotional-learning-for-kindergarten-to-eighth-grade-students-findings-from-three-scientific-reviews/>
- Raboteg-Saric, Z., & Hoffman, M. L. (2001). Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice. *Contemporary Sociology*, 30(5), 487. <https://doi.org/10.2307/3089337>
- Richendoller, N. R., & Weaver, J. B. (1994). Exploring the links between personality and empathic response style. *Personality and Individual Differences*, 17(3), 303–311. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90278-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90278-X)
- Ridley, C. R., & Lingle, D. W. (1996). *Cultural empathy in multicultural counseling: A multidimensional process model*. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Cultural-empathy-in-multicultural-counseling%3A-A-Ridley-Lingle/6f63cc5817a36a628b67d5df42f731694cf102>

- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Santoso, E. J. (2004). *The Art Of Revolution*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Schonert-Reichl, K. A. |Kitil. M. J.-P. J. (2017). To Reach the Students, Teach the Teachers: A National Scan of Teacher Preparation and Social & Emotional Learning. A Report Prepared for CASEL. *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=ED582029>
- Sears, S. J. (2003). *Introduction to Contextual Teaching and Learning*. Retrieved from [https://books.google.co.id/books/about/Introduction\\_to\\_Contextual\\_Teaching\\_and\\_Learning?id=Zf8kAQAIAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Introduction_to_Contextual_Teaching_and_Learning?id=Zf8kAQAIAAJ&redir_esc=y)
- Seltman, H. (2016). *Experimental Design and Analysis* (2ed ed.). Massachusetts, NW: Carnegie Mellon University.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). Social Competence in Children. In *Social Competence in Children* (pp. 1–9). [https://doi.org/10.1007/978-0-387-71366-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-0-387-71366-3_1)
- Squires, J. K., Waddell, M. L., Clifford, J. R., Funk, K., Hoselton, R. M., & Chen, C.-I. (2013). A Psychometric Study of the Infant and Toddler Intervals of the Social Emotional Assessment Measure. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(2), 78–90. <https://doi.org/10.1177/0271121412463445>

- Staub, E. (1971). The Use of Role Playing and Induction in Children's Learning of Helping and Sharing Behavior. *Child Development*, 42(3), 805. <https://doi.org/10.2307/1127450>
- Swanson, H. L., O'Connor, J. E., & Cooney, J. B. (1990). An Information Processing Analysis of Expert and Novice Teachers' Problem Solving. *American Educational Research Journal*, 27(3), 533-556. <https://doi.org/10.3102/00028312027003533>
- Velsor, P. Van. (2009). School Counselors as Social-Emotional Learning Consultants: Where Do We Begin? *Professional School Counseling*, Vol. 13, pp. 50-58. <https://doi.org/10.2307/42732919>
- Vreeke, G. J., & van der Mark, I. L. (2003). Empathy, an integrative model. *New Ideas in Psychology*, 21(3), 177-207. <https://doi.org/10.1016/J.NEWIDEAPSYCH.2003.09.003>
- Woolfolk, A. E., Rosoff, B., & Hoy, W. K. (1990). Teachers' sense of efficacy and their beliefs about managing students. *Teaching and Teacher Education*, 6(2), 137-148. [https://doi.org/10.1016/0742-051X\(90\)90031-Y](https://doi.org/10.1016/0742-051X(90)90031-Y)
- Zahavi, D. (2001). *Beyond empathy: Phenomenological approaches to intersubjectivity*. Retrieved from <https://philpapers.org/rec/ZAHBEP>
- Zins, J. E., & Elias, M. J. (2007). Social and Emotional Learning: Promoting the Development of All Students.

*Journal of Educational and Psychological Consultation,*  
17(2-3), 233-255.  
<https://doi.org/10.1080/10474410701413152>

## **BAB 6**

# RESILIENSI DAN KESEHATAN

Sri Mulyani Nasution

## Pengantar

Sampai pertengahan Juli 2021 Pandemi di Indonesia belum juga menunjukkan tanda-tanda akan berakhir. Bahkan sejak Juni 2021, kasus Covid 19 justru semakin meningkat karena masuknya varian baru yang lebih cepat penularannya. Sudah berlangsung satu setengah tahun sejak World Health Organization (WHO) menetapkan wabah COVID-19 sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) tanggal 30 Januari 2020 lalu. Sedangkan Pandemi COVID-19 ditetapkan pada tanggal 11 Maret 2020 karena kasus ini menyebar secara cepat dan menyebabkan peningkatan kasus yang signifikan dan kasus konfirmasi di beberapa negara lain (“Situasi Terkini....”, 2020). Di Indonesia, meski kasus covid-19 sempat turun, akan tetapi kembali meninggi dan menimbulkan kecemasan dan stres yang berkepanjangan bagi masyarakat. Situasi ini juga memunculkan berbagai faktor risiko yang dapat berujung pada keterpurukan. Di sisi lain, kecemasan tersebut pada sebagian masyarakat

menghasilkan dampak positif. Meski tidak pada semua golongan, perhatian masyarakat terhadap kesehatan tampak semakin besar, yang ditunjukkan dengan perubahan perilaku ke arah perilaku kesehatan (*health behavior*), dalam bentuk *well behavior* dan *symptom-based behavior*. *Health behavior* merupakan kegiatan yang dilakukan orang untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan mereka, terlepas dari kondisi kesehatan yang mereka rasakan. *Well behavior* merupakan kegiatan yang dilakukan orang untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan dan usaha menghindari penyakit. Sedangkan *symptom-based behavior* adalah aktivitas yang dilakukan oleh orang yang merasakan gejala sakit dan ingin menemukan masalahnya dan menemukan obatnya (Sarafino & Smith, 2011).

Disamping perubahan perilaku ke arah perilaku sehat, masifnya informasi melalui media sosial tampaknya juga membuka pemahaman masyarakat akan pentingnya kesejahteraan psikologis untuk meningkatkan imunitas. Tak pelak, Pandemi Covid 19 menyebabkan tingginya tingkat kecemasan masyarakat akan tertular penyakit ini dan perasaan ketakutan akan kematian. Penelitian tentang efek psikologis penyakit menular yang terjadi sebelum masa Pandemi Covid-19, misalnya MERS-CoV (*Middle East respiratory syndrome-related coronavirus*); SARS (*severe acute respiratory syndrome*) yang mirip dengan COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) menunjukkan bahwa masalah psikologis seperti kecemasan, depresi, serangan panik,

atau gejala psikotik banyak dialami para petugas kesehatan dan masyarakat umum (Kisely, Warren, McMahon, Dalais, Henry, Siskin dalam Ameyaw, dkk., 2020). Para profesional yang dikarantina, mereka yang bekerja di unit SARS atau memiliki keluarga atau teman yang tertular SARS menunjukkan kecemasan, depresi, frustrasi, ketakutan, dan stres pasca-trauma yang lebih tinggi dibandingkan rekan kerja mereka yang tidak memiliki pengalaman yang sama (Maunder, Hunter, Vincent, Bennett, Peladeau dan Leszcz, et al.; Xiang, Yang, Li, Zhang, Zhang dan Cheung, et al. dalam Ameyaw, dkk., 2020). Dalam halnya Pandemi COVID-19, beberapa penelitian menunjukkan prevalensi insomnia, depresi, dan kecemasan pada populasi yang berbeda seperti petugas kesehatan dan populasi umum selama COVID-19 di beberapa negara (misalnya, Cina, Italia, Iran, Israel, Singapura, Spanyol, Inggris, AS (Frissa, Dessaleg, Luo, Guo, Yu, Wang dalam Ameyaw, dkk., 2020).

## **Kondisi Sehat dan Sakit**

Menurut WHO (*World Health Organization*, 2018) kesehatan adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial secara bersamaan; indikatornya bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Sama halnya dengan yang dikemukakan Sarafino dan Smith (2011) bahwa kesehatan merupakan keadaan positif fisik, mental, dan kesejahteraan sosial – bukan hanya tidak adanya cedera atau penyakit – yang bervariasi dalam satu rentang waktu

yang lama. Kondisi sakit atau nyeri merupakan pengalaman ketidaknyamanan sensorik dan emosional, yang biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan yang mengancam atau adanya iritasi (AMA dalam Sarafino dan Smith, 2011). Nyeri berfungsi sebagai sinyal untuk mengambil tindakan protektif. Tidak semua kondisi sakit atau nyeri membutuhkan perawatan profesional. Apabila rasa nyeri membutuhkan perawatan medis, maka dapat dikategorikan sebagai nyeri klinis. (Sarafino dan Smith, 2011).

Kondisi sakit merupakan kondisi yang penuh tantangan, bukan hanya bagi penderita, tapi juga bagi lingkungan terdekatnya. Namun demikian, hasil penelitian menunjukkan fakta yang menggembirakan berkenaan dengan situasi penuh tantangan ini. Menurut Quale & Schanke (dalam Sarafino dan Smith, 2011), terlepas dari tantangan ini, banyak—jika bukan sebagian besar—pasien menunjukkan resiliensi dalam merespon kondisi dan proses rehabilitasi yang sedang mereka jalani. Dalam situasi terpuruk atau stres berkepanjangan, manusia membutuhkan kekuatan yang dapat mendorongnya untuk bangkit; kekuatan ini dinamakan resiliensi. Penelitian awal tentang resiliensi mengkonseptualisasikan konstruksi resiliensi sebagai sifat kepribadian yang memungkinkan hasil positif di bawah kesulitan yang ekstrim (Graber, Pichon & Carabine, 2015). Dalam masa pandemi, kesulitan paling utama yang dialami masyarakat berkaitan dengan isu kesehatan.

Tidak semua pengalaman sakit mendapatkan pengobatan dari profesional, dan tidak semua membutuhkannya. Nyeri klinis mengacu pada setiap rasa sakit yang menerima atau membutuhkan perawatan profesional. Rasa sakit dapat bersifat akut atau kronis dan dapat disebabkan oleh penyebab yang diketahui atau tidak diketahui (Sanders dalam Sarafino dan Smith, 2011). Penyakit akut (*Acute Disorders*) adalah penyakit jangka pendek, sering kali disebabkan oleh virus atau serangan bakteri dan biasanya dapat disembuhkan. Covid 19 termasuk pada gangguan akut. Penyakit kronis (*chronic illnesses*) adalah penyakit yang berkembang perlahan-lahan, dimana dengannya orang hidup bertahun-tahun dan yang biasanya tidak dapat disembuhkan melainkan dikelola oleh pasien dan penyedia layanan kesehatan (Taylor, 2018). Penyakit kronis dapat diperparah bila seseorang tertular virus SARS-CoV-2 (penderita covid 19), dimana penyakit kronis tersebut dinamakan komorbid (penyakit penyerta) bagi covid 19. Berdasarkan data yang dihimpun oleh Satuan Tugas Penanganan COVID-19 per tanggal 13 Oktober 2020, dari total kasus yang terkonfirmasi positif COVID-19, sebanyak 1.488 pasien tercatat memiliki penyakit penyerta. Di mana presentase terbanyak diantaranya penyakit hipertensi sebesar 50,5%, kemudian diikuti Diabetes Melitus 34,5% dan penyakit jantung 19,6%. Sementara dari jumlah 1.488 kasus pasien yang meninggal diketahui 13,2% dengan hipertensi, 11,6% dengan Diabetes Melitus serta 7,7% dengan penyakit

jantung (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

## **Peran Psikologi dalam Kesehatan**

Dalam buku Psikologi Klinis: Pengantar Terapan Mikro & Makro, Prawitasari (2011) mengemukakan bahwa Psikologi klinis tidak hanya untuk Kesehatan mental saja, tetapi juga untuk Kesehatan fisik. Laporan penelitian terapan psikologi klinis di berbagai tingkatan dalam kesehatan mental ataupun fisik telah banyak ditulis di jurnal psikologi klinis dan psikologi Kesehatan terbitan APA. Bagaimana psikologi berperan terhadap Kesehatan, akan dijelaskan pada sub bab ini.

Mebutuhkan waktu yang cukup lama untuk meyakinkan masyarakat dan professional untuk menerima bahwa kondisi psikologis memiliki peran yang sangat besar bagi kesehatan fisik. Berdasar teori dan penelitian biomedis, faktor penyebab penyakit, adalah virus, bakteri, lesi, dan karsinogen. Etiologi penyakit menurut pandangan biomedis ini dipertanyakan bidang psikologi Kesehatan, seperti halnya bidang sosiologi. Psikologi kesehatan mengatakan bahwa faktor psikologis berkontribusi terhadap penyebab penyakit, sedangkan Sosiologi Medis menekankan peran faktor sosial: "Status kesehatan merupakan konsekuensi dari faktor selain biologis ... berhubungan dengan struktur sosial dan bervariasi menurut jenis kelamin, kelas sosial, "ras" dan usia"

(Nettleton dalam Ogden, 2002). Penelitian kesehatan telah menemukan peran stresor terhadap penyakit. Perspektif teoretis seperti model stres transaksional mengatakan bahwa, apabila seseorang menilai kehadiran stresor berpotensi menyebabkan stres maka stressor tersebut akan berkontribusi pada penurunan kesehatan mereka (Lazarus dan Folkman dalam Ogden, 2002).

Telah banyak dikemukakan bahwa stres dapat mengakibatkan perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan seperti merokok, minum alkohol, diet dan olahraga (misalnya dalam penelitian Krantz, Glass, Contrada dan Miller dalam Ogden, 2002). Hasil penelitian ini didukung pula oleh penelitian sosiologi medis yang menunjukkan bahwa peristiwa kehidupan yang dinilai sebagai stres dapat berkontribusi pada masalah psikologis seperti depresi, penyakit kronis (misalnya penyakit jantung coroner) dan penyakit akut (seperti radang usus buntu) (misalnya pada penelitian Brown dan Harris dalam Ogden, 2002). Penelitian McKeown (dalam Ogden, 2002) juga menggambarkan hasil yang sama tentang hubungan kausal kondisi psikososial. Psikolog kesehatan menyoroti argumen McKeown bahwa penyakit di abad ke-20 sebagian besar disebabkan oleh perilaku dan sosiolog medis berfokus pada peran lingkungan sosial dalam menyembuhkan penyakit.

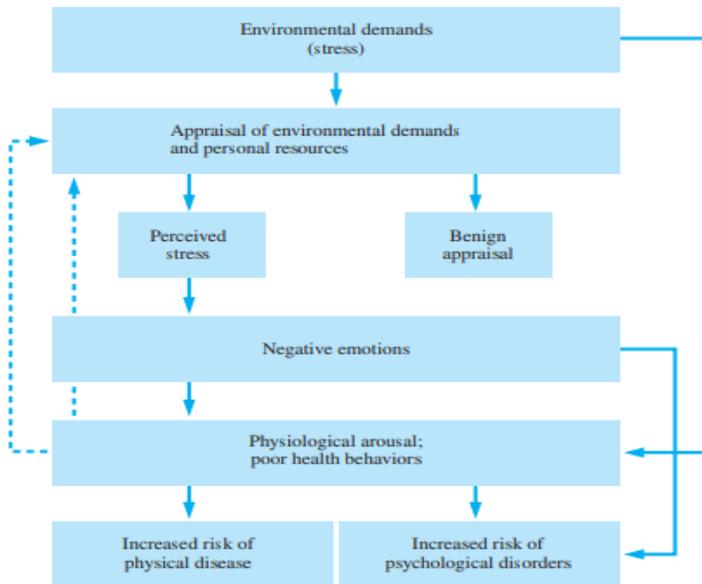
Bagaimana stres berkontribusi terhadap penyakit juga telah dijelaskan Taylor (2018) dalam bukunya *Health*

*Psychology* (lihat Gambar 1). Menurut Taylor (2018), Ada tiga rangkaian stres berkontribusi terhadap penyakit fisik:

1. **Efek langsung pada fisiologi.** Seperti yang ditunjukkan Cannon dan Selye (dalam Taylor, 2018), stres mengubah fungsi biologis. Bagaimana stress berinteraksi dengan risiko atau kecenderungan genetik terhadap penyakit tertentu. Efek fisiologis langsung diantaranya adalah: tekanan darah tinggi, penurunan sistem kekebalan tubuh untuk melawan infeksi dan perubahan kadar lipid dan kolesterol, dan lain-lain.
2. **Perilaku kesehatan.** Orang yang hidup dengan stres kronis memiliki kebiasaan yang lebih buruk dalam perilaku sehat, diantaranya: merokok, gizi buruk, kurang tidur, sedikit olahraga, dan penggunaan zat-zat seperti obat-obatan dan alkohol. Dalam jangka panjang, kebiasaan buruk ini berkontribusi terhadap penyakit tertentu. Misalnya, merokok dapat menyebabkan penyakit paru-paru. Bahkan di jangka pendek, perubahan dalam kebiasaan kesehatan ini dapat meningkatkan risiko penyakit dan kondisi kesehatan yang merugikan.
3. **Stres memengaruhi sumber daya psikososial dalam cara-cara yang dapat memengaruhi kesehatan.** Kontak sosial yang mendukung akan menjadi faktor pelindung kesehatan, namun stres dapat membuat seseorang menghindari kontak sosial, atau lebih buruk lagi, berperilaku dengan cara yang membuat orang lain

menjauh. Optimisme, harga diri, dan *sense of personal control* juga berkontribusi pada kesehatan yang baik, namun banyak pemicu stres yang melemahkannya. Waktu, uang, dan energi harus ikut bertempur melawan stressor. Sumber daya eksternal ini harus dipertimbangkan juga, dan ini menjadi hal yang berat bagi orang-orang yang hanya memiliki sangat sedikit dari sumber daya tersebut.

4. **Penggunaan layanan kesehatan dan kepatuhan terhadap rekomendasi pengobatan.** Orang-orang cenderung kurang mematuhi saran pengobatan ketika mereka sedang merasa tertekan (stress), dan mereka cenderung menunda mencari perawatan penyakitnya, bahkan mereka mungkin tidak mencari perawatan sama sekali.



Gambar 1: Stres berkontribusi pada gangguan kesehatan mental dan fisik (Taylor, 2018)

Peran dukungan sosial dalam melindungi atau memfasilitasi penyakit ditunjukkan berbagai penelitian. Secara khusus, studi longitudinal yang sering dikutip oleh Berkman dan Syme (dalam Ogden, 2002) menggarisbawahi peran dukungan sosial dalam kematian memainkan peran sentral dalam pengembangan teori psikologi kesehatan dan sosiologi medis. Psikologi kesehatan cenderung menekankan dukungan sosial sebagai persepsi dan sosiologi medis menempatkan dukungan pada lingkungan. Perkembangan teori seperti itu dikemas dalam model

biopsikososial Engel (dalam Ogden, 2002) yang menyatakan bahwa kesehatan dan penyakit adalah hasil dari interaksi kompleks dari banyak faktor psikososial dan selanjutnya dioperasionalkan dalam perspektif disiplin tambahan lainnya seperti "*behavioral medicine*" dan "*behavioral health*". Dalam kerangka ini, disiplin psikologi kesehatan menekankan komponen 'bio/psiko', dan sosiologi medis berfokus pada faktor 'bio/sosial'. Kerangka teoritis ini dan penekanan yang sesuai pada keyakinan, perilaku dan faktor lingkungan bertujuan untuk mengembangkan cara berpikir alternatif tentang pendekatan model biomedis untuk memahami penyebab penyakit (Ogden, 2002).

Para peneliti dan praktisi kesehatan masyarakat perlu bekerja lebih intensif bersama-sama dengan pekerja sosial dan penyedia layanan kesehatan mental agar dapat memenuhi kebutuhan individu dan populasi secara lebih baik dan lebih luas. Misalnya, perlu dipahami bahwa seseorang yang hidup dengan riwayat pengalaman traumatis tidak melulu dikuasai trauma itu sendiri.

Model kesehatan masyarakat melihat bahwa memenuhi kebutuhan individu sangat penting untuk meningkatkan kesehatan populasi. Ada hubungan sinergis individu, komunitas, dan lingkungan secara luas sehingga perlu diperbaiki hambatan struktural yang ada. Pendekatan kesehatan berbasis populasi berdampak langsung pada manusia dan populasi. Hubungan ini dapat ditingkatkan dengan menerapkan intervensi resiliensi

*multi-level* dan program yang melibatkan interaksi antara individu, komunitas, dan lingkungan secara luas (Krause, 2020).

## **Moderator Stres**

Kondisi stres sejatinya merupakan hal yang dikhawatirkan dapat berkembang ke arah depresi bila tidak ditangani dengan baik. Situasi sulit yang kerap dialami manusia dalam perjalanan hidupnya rentan berujung pada depresi. Menurut Bonanno (dalam Sarafino dan Smith, 2011), meskipun pada masa sebelumnya resiliensi dianggap jarang ditemukan, namun saat ini tampaknya sebagian besar orang dewasa mampu melanjutkan hidup mereka dan tidak menderita depresi serius setelah trauma. Meskipun menghadapi kesulitan, orang yang resilien mampu memanfaatkan emosi positif dan menemukan makna dari pengalaman tersebut (Ong et al.; Tugade & Fredrickson dalam Sarafino dan Smith, 2011).

Bisakah seseorang kebal terhadap dampak stres? Beberapa aspek kehidupan dapat menurunkan potensi stressor yang berkembang dalam kehidupan manusia dan membantu manusia menghadapi masalah. Orang dengan banyak sumber daya, mungkin merasakan pengalaman stres tidak terlalu berat, sementara orang lain yang tak memiliki sumber daya menjalaninya sebagai pengalaman buruk. Faktor-faktor ini disebut sebagai moderator stres karena memodifikasi pengalaman stres. Moderator dari

pengalaman stres mungkin berdampak pada stres itu sendiri, pada hubungan antara stres dan respon psikologis yang muncul, pada hubungan antara stres dan penyakit, dan sejauh mana pengalaman stres mengganggu aspek kehidupan lainnya (Taylor, 2018). Gagasan dasar bahwa beberapa ciri kepribadian membuat individu tangguh terus menjadi fokus utama di lapangan, dan hasil-hasil penelitian mendukung hipotesis umum ini. Di antara moderator stress yang akan dijelaskan disini adalah *Coping*, *Social Support* dan Resiliensi.

*Coping* didefinisikan sebagai pikiran dan perilaku yang digunakan untuk mengelola tuntutan internal dan eksternal dari situasi yang dinilai sebagai stres (Folkman & Moskowitz,; Taylor & Stanton dalam Taylor, 2018). *Coping Style* adalah kecenderungan untuk menghadapi peristiwa stres dengan cara tertentu. *Coping* yang berfokus pada masalah (*Problem-focused coping*) melibatkan upaya untuk melakukan sesuatu yang konstruktif untuk mengatasi kondisi stres yang merugikan, mengancam, atau menantang individu. *Coping* yang berfokus pada emosi (*Emotion-focused coping*) melibatkan upaya untuk mengatur emosi yang dialami karena peristiwa yang membuat stres. Biasanya orang menggunakan *coping* yang berfokus pada masalah dan berfokus pada emosi untuk mengelola peristiwa yang penuh stres, menunjukkan bahwa kedua jenis *coping* tersebut berguna (Folkman & Lazarus, 1980 dalam Taylor, 2018). Besarnya usaha yang dilakukan untuk menghindari atau meminimalisir stres

dinamakan *proactive coping*, dan secara tipikal menggunakan strategi *problem focused*. (Carver & Connor-Smith dalam Sarafino & Smith, 2011).

Yang paling vital dari semua sumber daya pelindung psikososial (*protective psychosocial resources*) adalah *social support* (dukungan sosial). Kedekatan emosional dalam hubungan sosial dirasakan memuaskan, meredam efek stres, dan mengurangi kemungkinan bahwa stres akan menyebabkan kesehatan yang buruk (Taylor, 2018). Menurut Baron & Byrne (2005), dukungan sosial adalah perasaan nyaman seseorang secara fisik dan psikologis yang diberikan oleh sahabat dan keluarga kepada seseorang yang sedang menghadapi stres, dengan adanya dukungan sosial seseorang cenderung memiliki kesehatan fisik yang lebih baik dan mampu mengatasi stres yang sedang dialaminya.

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial penting untuk menjaga kesehatan fisik dan psikologis. Banyak hasil penelitian yang membuktikan bagaimana dukungan sosial yang buruk memiliki dampak yang buruk dan dukungan sosial yang baik memberikan efek perlindungan pada gangguan mental. Review literatur yang dilakukan Ozbay, Johnson, Dimoulas, Morgan, Charney, dan Southwick (2007) memaparkan bahwa dukungan sosial dapat memoderasi kerentanan genetik dan lingkungan dan memberikan ketahanan terhadap stres, kemungkinan melalui efeknya pada sistem hipotalamus-hipofisis-adrenokortikal (HPA), sistem

noradrenergik, dan jalur oksitosin sentral. Ada kebutuhan substansial untuk penelitian tambahan dan pengembangan intervensi khusus yang bertujuan untuk meningkatkan dukungan sosial bagi populasi yang sakit jiwa dan berisiko. *Social support* tidak hanya membantu saat situasi penyebab stress hadir, Dukungan sosial juga dapat membantu menghindari masalah sejak awal. Namun demikian, perlu dicermati bahwa dukungan sosial mungkin menjadi tidak efektif jika penerima menafsirkannya sebagai tanda ketidakmampuan atau merasa kontrol pribadinya menjadi terbatas. Oleh karena itu, pemberian dukungan sosial membutuhkan kepekaan dan penilaian yang baik agar berfungsi secara efektif (Sarafino & Smith, 2011).

Kontak sosial yang terlalu banyak mengganggu, akan membuat stres semakin memburuk. Ketika *social support* bersifat mengontrol dan memerintah, bisa jadi memberi manfaat bagi perilaku sehat, namun menyebabkan distress psikologis (Lewis & Rook dalam Taylor, 2018). Contohnya, orang-orang yang menjadi bagian dari “dense” social networks (pertemanan atau keluarga yang menghabiskan banyak waktu bersama) dapat merasakan bahwa diri mereka terperangkap dengan saran dan campur tangan saat sedang dalam situasi stres. Dalam penelitian yang dilakukan Jessica Chiang dan rekan-rekannya menunjukkan bahwa hubungan dekat yang buruk dapat memengaruhi Kesehatan (dalam Taylor, 2018), mahasiswa menyelesaikan buku harian setiap malam selama 8 hari tentang pengalaman sosial mereka

hari itu. Mereka mencatat jumlah interaksi sosial positif, interaksi negatif, dan pengalaman kompetitif yang mereka alami hari itu. Untuk setiap interaksi, siswa secara singkat menggambarkan pengalaman tersebut. Beberapa hari kemudian, tingkat peradangan mereka—penanda stres dan jalur menuju beberapa penyakit—dinilai. Siswa yang mengalami interaksi positif terutama memiliki tingkat peradangan yang normal. Tetapi siswa yang pernah mengalami interaksi negatif, seperti konflik atau pertengkaran dengan orang lain, memiliki tingkat peradangan yang lebih tinggi. Mereka yang telah melalui interaksi sosial yang kompetitif juga mengalami peningkatan tingkat peradangan, meskipun peradangan terjadi hanya terkait pada jenis kompetisi tertentu dengan. Aktivitas waktu luang yang kompetitif, seperti tenis atau game online, tidak meningkatkan tingkat peradangan. Namun, akademik, dan acara kompetitif yang berhubungan dengan pekerjaan dan bersaing untuk mendapatkan perhatian orang lain, seperti pasangan romantis atau teman, keduanya terkait dengan peradangan yang meningkat. Semakin banyak peristiwa negatif dan kompetitif yang dialami seseorang, semakin tinggi tingkat peradangannya. Peradangan sebagai respons terhadap stresor jangka pendek dapat bersifat adaptif, karena dapat membantu menyembuhkan luka selama perjuangan kompetitif. Peradangan kronis, bagaimanapun, terkait dengan hipertensi, penyakit jantung, diabetes, depresi, dan beberapa jenis kanker. Jadi, orang-orang yang hidupnya

mengalami konflik atau persaingan yang berulang, dalam jangka panjang, berisiko mengalami gangguan ini. Apakah penting ketika dalam kehidupan seseorang hubungan negatif terjadi? Penelitian menunjukkan bahwa hubungan negatif di awal kehidupan, selama masa kanak-kanak, mungkin sangat penting untuk peradangan (Miller & Chen dalam Taylor, 2018). Ketika seseorang tumbuh dalam keluarga yang keras, ditandai dengan konflik, pengabaian, atau pola asuh yang dingin, orang tersebut menunjukkan respons inflamasi yang lebih kuat terhadap stres sejak remaja, menunjukkan bahwa pada masa dewasa, risiko penyakit kronis mungkin sudah ada. mapan. Bukti yang menghubungkan hubungan buruk dengan peradangan cukup kuat untuk menyarankan sedikit nasihat: Hindari hubungan buruk. Mereka menambah stres pada kehidupan dan mengikis kesehatan yang baik. Sebaliknya, isi hidup Anda dengan orang-orang yang suportif dan optimis. Efek menguntungkan dari dukungan sosial pada kesehatan mental dan fisik jelas. Banyak hubungan tidak semuanya baik atau buruk, tetapi sebaliknya, mereka membuat seseorang merasa ambivalen. Terkadang orang itu ada untuk Anda dan terkadang tidak. Hubungan ambivalen dapat membahayakan kesehatan (Uchino et al., 2012). Ketika anggota keluarga atau teman juga terpengaruh oleh peristiwa yang membuat stres, mereka mungkin kurang mampu memberikan dukungan sosial kepada orang yang paling membutuhkan (Melamed & Brenner dalam Taylor, 2018).

Di sisi lain, tidak semua orang mendapatkan dukungan sosial yang mereka butuhkan. Banyak faktor yang menentukan apakah orang menerima dukungan (Antonucci; Broadhead et al.; Wortman & Dunkel-Schetter dalam Sarafino & Smith, 2016). Beberapa faktor berhubungan dengan siapa yang menerima dukungan sosial (lihat gambar 2). Orang tidak mungkin menerima dukungan jika mereka tidak ramah, tidak membantu orang lain, dan tidak memberi tahu orang lain bahwa mereka membutuhkan bantuan. Beberapa orang tidak cukup asertif untuk meminta bantuan atau merasa bahwa mereka harus mandiri atau tidak membebani orang lain, atau merasa tidak nyaman untuk menceritakan kepada orang lain, atau tidak tahu harus bertanya kepada siapa. Faktor lain berhubungan dengan calon penyedia dukungan. Misalnya, mereka mungkin tidak memiliki sumber daya yang dibutuhkan, atau mungkin berada di bawah tekanan dan membutuhkan bantuan sendiri atau mungkin tidak peka terhadap kebutuhan orang lain. Usia tua adalah saat ketika dukungan sosial kadang-kadang menurun: orang tua mungkin kurang memberikan dukungan karena kehilangan pasangan atau karena mereka mungkin merasa enggan untuk meminta bantuan jika mereka tidak dapat membalas. Seseorang menerima dukungan sosial juga tergantung pada ukuran, keintiman, dan frekuensi kontak individu dalam jaringan sosial mereka, yaitu orang-orang yang dikenal dan sering berhubungan (Cutrona & Gardner; Wills & Fegan, dalam Sarafino & Smith, 2016).

Penerima Dukungan Sosial	Calon Penyedia Dukungan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ramah</li> <li>• Tidak membantu orang lain</li> <li>• Tidak memberi tahu orang lain bahwa mereka membutuhkan bantuan</li> <li>• Orang tidak cukup asertif untuk meminta bantuan</li> <li>• Merasa harus mandiri atau tidak mau membebani orang lain</li> <li>• Merasa tidak nyaman untuk menceritakan kebutuhan/masalah kepada orang lain</li> <li>• Tidak tahu harus bertanya kepada siapa.</li> <li>• Orang yang tidak menerima dukungan sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak memiliki sumber daya yang dibutuhkan</li> <li>• Berada di bawah tekanan</li> <li>• Masih membutuhkan bantuan</li> <li>• Tidak peka terhadap kebutuhan orang lain</li> <li>• Usia tua</li> <li>• Ukuran, keintiman, dan frekuensi kontak minim</li> </ul>

Gambar 2: Kenapa Orang Tidak Mendapatkan Dukungan Sosial (Antonucci; Broadhead et al.; Wortman & Dunkel-Schetter dalam Sarafino & Smith, 2016).

Moderator stres lain yang akhir-akhir ini banyak diteliti adalah resiliensi. Menurut Sarafino dan Smith (2011), orang dengan tingkat optimisme, penguasaan/kemahiran, koherensi, atau resiliensi yang tinggi—atau beberapa ciri kepribadian terkait—bisa jadi memiliki perlindungan terhadap kesehatan dari efek berbahaya stres. Aspek-aspek kepribadian tersebut merupakan kekuatan yang berperan terhadap kesehatan dan akan bermanfaat dalam memahami kepribadian sebagai pengubah stres. Kerangka kerja teori kepribadian ini diterima terutama karena membantu mengatur faktor-faktor kepribadian sebagai sumber resiliensi atau sumber

kerentanan. Banyak faktor yang menentukan apakah seseorang mampu resilien dalam menghadapi kesulitan, demikian halnya pada mereka yang sedang sakit, baik akut maupun kronis. Penerimaan terhadap perubahan yang terjadi, toleransi terhadap frustrasi dan pengaruh negatif, pemahaman terhadap kompetensi yang dimiliki, konsistensi dan komitmen terhadap apa yang diperjuangkan, serta kemampuan untuk menemukan makna dalam situasi baru (kondisi sakit dan berbagai dampaknya) akan berkontribusi pada resiliensi pasien (deRoos-Cassini et al.; White, Driver, & Warren, dalam Sarafino dan Smith, 2011). Resiliensi mengacu kepada tiga komponen positif tingkat tinggi yang saling terkait dari kepribadian, yaitu: *self-esteem*, *personal control* dan *optimism* (Major et al. dalam Sarafino & Smith, 2011).

Saat hidup menjadi stres, orang yang tidak memiliki kendali pribadi yang kuat mungkin berhenti mencoba. Berpikir dan merasa bahwa mereka tidak memiliki kekuatan dan kendali, mereka merasa tidak berdaya (Sarafino & Smith, 2011). Ketika pasien -- yang mengalami sakit parah -- merasa hanya memiliki sedikit kontrol pribadi menghadapi stresor berat yang baru, mereka menunjukkan tekanan emosional lebih besar dibanding orang lain yang merasa lebih memiliki kendali atas dirinya (Benight et al dalam Sarafino & Smith, 2011). Bantuan psikologis utama yang dibutuhkan orang-orang seperti itu adalah meningkatkan efikasi diri mereka dan mengurangi kepasifan dan ketidakberdayaan mereka (Smith &

Wallston dalam Sarafino & Smith, 2011). Apabila individu tidak memiliki kontrol pribadi, apa yang terjadi ketika mereka mengalami tingkat stres yang tinggi dalam jangka waktu yang lama? Mereka akan merasa bahwa tidak ada hal penting yang dapat mereka lakukan. Mereka merasa tidak berdaya — terjebak dan tidak dapat menghindari hasil negatif. Akibatnya, orang-orang ini mungkin berhenti berjuang, mereka menjadi percaya bahwa mereka tidak memiliki kendali atas situasi yang mereka hadapi dan berbagai peristiwa lain dalam hidup mereka. Mereka merasa gagal untuk menggunakan kendali bahkan ketika mereka bisa berhasil (Sarafino & Smith, 2011).

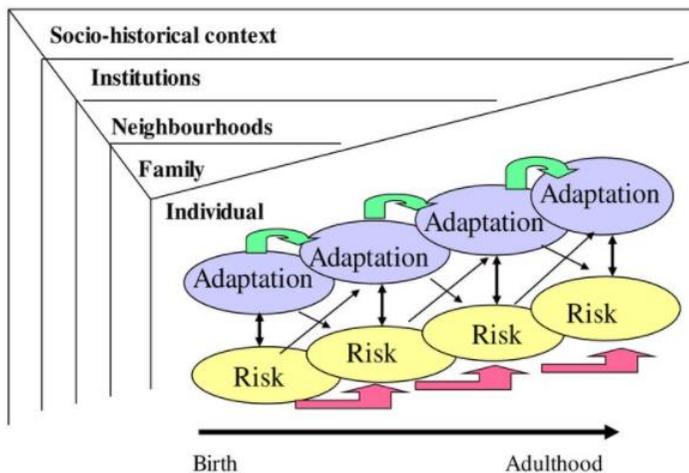
Ada dua jenis kontrol yang dapat dimanfaatkan pasien agar kembali merasa berdaya, yaitu *Cognitive dan Behavioral Control* (Kontrol Kognitif dan Kontrol Perilaku) (Sarafino & Smith, 2011). Untuk mendorong kontrol perilaku, pasien belajar bagaimana mengurangi ketidaknyamanan atau mendorong rehabilitasi melalui tindakan spesifik yang dapat mereka lakukan, seperti dengan melakukan latihan kaki untuk meningkatkan kekuatan atau latihan pernapasan dalam untuk mengurangi rasa sakit. Untuk kontrol kognitif, pasien mempelajari cara untuk memfokuskan pikiran mereka pada aspek yang menyenangkan atau menguntungkan dari operasi, daripada aspek yang tidak menyenangkan. Optimisme juga menjadi penting dalam mengendalikan stres karena pesimisme hanya akan meningkatkan potensi

orang untuk stres dan dapat berdampak negatif pada kesehatan mereka (Sarafino & Smith, 2011).

## **Resiliensi**

Penelitian resiliensi berasal dari dua bidang penelitian, yakni penelitian traumatologi (subjek penelitian: orang dewasa) dan psikologi perkembangan (subjek penelitian: anak-anak dan remaja) (Pichon, Graber & Carabine, 2015). Dalam situasi trauma akibat penderitaan berkepanjangan, seseorang membutuhkan ketrampilan agar mampu bangkit. Resiliensi adalah daya pegas yang dimiliki manusia untuk menghadapi trauma kehidupan. Ketrampilan resiliensi membantu manusia untuk bangkit dari situasi terpuruk. Sumber daya psikologis seperti ini tidak hanya memungkinkan orang untuk menghadapi dan mengatasi stresor. Resiliensi juga membantu mereka bangkit kembali dari pengalaman buruk dan beradaptasi secara fleksibel dengan tuntutan perubahan akibat situasi stres (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin; Schetter, Dunkel & Dolbier dalam Taylor, 2018). Resiliensi merupakan kemampuan untuk 'bangkit kembali' dari kemunduran atau kegagalan ketika menghadapi kesulitan (Block & Kremen dalam Bakker dan Derks, 2010). Dengan kata lain, resiliensi didefinisikan sebagai keberhasilan dalam menghadapi kesulitan (Ryff, Singer, Love & Essex dalam Rooks, Charles, Heckausen, 2007).

Menurut Schoon (2006) resiliensi didasarkan pada transaksi yang kompleks dan dua arah, antara individu dengan lingkungannya. Konteks lingkungan yang dimaksud Bronfenbrenner adalah keluarga, tetangga, institusi dan konteks *socio-historical* (lihat gambar 3).



Gambar 3: A Developmental-Contextual Model of Resilience (Schoon, 2006)

Dengan mengadopsi model sistem kontekstual-perkembangan dari resiliensi (*Developmental-Contextual Model of Resilience*) akan memungkinkan peneliti untuk menjelaskan berbagai pengaruh dan heterogenitas dalam jalur dan hasilnya. Perspektif perkembangan-kontekstual menghindari reifikasi resiliensi sebagai sifat kepribadian dan lebih menyoroti sifat relasional dan interaktifnya, menekankan kelenturan keduanya; yaitu orang dan konteks serta sifat dinamis dari proses yang berkembang.

Dukungan yang tepat di tahap kehidupan yang berbeda dan masa transisi dapat mengurangi risiko masalah penyesuaian dan menjaga masyarakat di saat rentan. Hal ini sama dengan yang telah ditunjukkan oleh Uri Bronfenbrenner dalam Model sistem kontekstual perkembangan pada Resiliensi (dalam Schoon, 2012): "Ini adalah kapasitas yang berkembang untuk membentuk kembali realitas sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi manusia, bahwa perspektif ekologis merupakan ekspresi tertinggi dari perkembangan".

Konteks yang berbeda seperti budaya, lingkungan, dan keluarga dikonseptualisasikan sebagai lingkup pengaruh yang bervariasi dalam kedekatan dengan individu mulai dari mikro hingga makro (Schoon, 2006). Pada level mikrosistem, keluarga dan komunitas merupakan faktor penting untuk mencapai resiliensi. Contohnya pada korban bencana, keluarga dan anggota komunitas sangat perlu memberikan dukungan sosial dan instrumental. Format intervensi kelompok juga akan membantu penyintas untuk merasa bahwa mereka tidak merasa sendirian (Hechanova, 2019).

Dalam kaitannya dengan kesehatan, menjadi tangguh di masa dewasa tidak bergantung pada status kesehatan, tetapi lebih pada bagaimana seseorang mengelola tantangan terkait kesehatan. Mengingat keniscayaan dalam penurunan fisik akibat penambahan usia, kapasitas individu untuk menghadapi konsekuensinya yang berimbas pada kegiatan sehari-hari

dan kesehatan psikologis merupakan kunci keberhasilan atau resiliensi dalam menghadapi penuaan (Menec; von Farber, et.al. dalam Rooks, Charles, Heckausen, 2007).

Orang yang resilien bisa jadi memiliki sifat yang diturunkan, seperti temperamen yang relatif mudah, sehingga memungkinkan bagi mereka untuk lebih mudah menyesuaikan diri terhadap tekanan dan benturan (Sarafino & Smith, 2011). Orang yang resilien tidak menilai kejadian negatif sebagai sumber stres (Sarafino & Smith, 2011). Orang yang resilien dapat bangkit dari penderitaannya dengan membangkitkan kekuatan dan semangatnya (Sarafino & Smith, 2011). Contohnya, anak-anak yang resilien mampu mengembangkan kompetensinya dan menyesuaikan diri saat mereka tumbuh dalam kondisi yang sangat sulit (Garmezy; Werner & Smith dalam Sarafino & Smith, 2011). Bahkan dalam menghadapi penderitaan, orang yang resilien akan menggunakan emosi positifnya dan menemukan makna dari pengalamannya (Ong et al.; Tugade & Fredrickson dalam Sarafino & Smith, 2011). Hasil penelitian Nasution (2011) menunjukkan bahwa subjek penelitian selalu berusaha menemukan kekuatan dan mencari jalan keluar yang positif bagi kesehatan psikologisnya. *Realistic optimism* sangat dibutuhkan untuk mempertahankan hasil positif tanpa menyangkal realitas; dengan kata lain, secara aktif mengapresiasi aspek positif dari situasi tanpa mengabaikan aspek negatif. *Realistic Optimism* tidak mengasumsikan bahwa hal baik akan terjadi secara

otomatis. Akan tetapi merupakan keyakinan bahwa hal baik mungkin terjadi dan pantas dikejar melalui berbagai upaya, pemecahan masalah, dan perencanaan (Reivich & Shatté, 2002). Saat ini, ada kecenderungan bahwa kebanyakan orang dewasa mampu bangkit dari trauma tanpa harus menderita depresi (Bonanno dalam Sarafino & Smith, 2011).

Mengapa sebagian orang resilien dan yang lainnya tidak? Menurut Sarafino dan Smith (2011) sebagian dari jawabannya mungkin terletak pada faktor genetik. Orang yang resilien kemungkinan memiliki sifat bawaan, seperti: temperamen yang relatif mudah sehingga memungkinkan mereka untuk mengatasi tekanan dan benturan dengan lebih baik. Sebagian lainnya terletak pada faktor lingkungan dan pengalaman. Orang yang resilien memiliki kemampuan dalam mengatasi kondisi stres mereka karena seringkali mereka memiliki kompensasi terhadap pengalaman dan lingkungan yang membuat mereka merasa tertekan; misalnya dengan mengembangkan bakat khusus atau minat yang menyerap perhatian mereka dan membuat mereka lebih percaya diri dan mengembangkan hubungan dekat dengan teman atau kerabat.

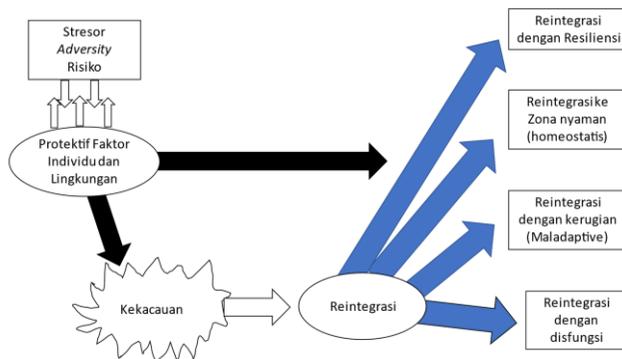
Orang yang resilien menilai peristiwa negatif sebagai sesuatu yang tidak terlalu membuat stres, mereka bangkit dari kesulitan dan memulihkan kekuatan serta semangat mereka, misalnya, anak-anak yang resilien berkembang menjadi individu yang kompeten dan dapat menyesuaikan diri dengan baik bahkan ketika tumbuh

dalam kondisi yang sangat sulit (Garmezy; Werner & Smith dalam Sarafino & Smith, 2011). Bahkan ketika menghadapi kesulitan, orang yang resilien mampu memanfaatkan emosi positif dan menemukan makna dalam pengalaman tersebut (Ong et al.; Tugade & Fredrickson dalam Sarafino & Smith, 2011).

Manusia dapat tetap bertahan kuat saat menghadapi kesulitan. Manusia bahkan dapat mencapai keberhasilan setelah mereka melewati masa yang penuh penderitaan. Kemampuan ini dinamakan resiliensi. Richardson dkk (dalam Henderson dan Milstein, 2003) mendeskripsikan resiliensi sebagai “proses mengatasi peristiwa hidup yang mengganggu, menekan, atau menantang dengan cara memberi individu perlindungan yang ekstra dan kemampuan coping dibandingkan sebelum adanya gangguan yang disebabkan peristiwa hidup tersebut. Higgins (dalam Henderson dan Milstein, 2003) menitikberatkan pada hal ini dalam menggambarkan resiliensi sebagai “proses pembenahan diri dan pertumbuhan”. Wollins (dalam Henderson dan Milstein, 2003) menjelaskan bahwa para ahli telah mengadopsi istilah “resilien/lentur” sejak dahulu untuk menggambarkan fenomena tersebut. Karena “resiliensi” mengenali rasa sakit, perjuangan, dan penderitaan yang terlibat dalam proses yang dilalui.

Model Resiliensi dari Richardson, Neiger, Jensen & Kumpfer (Henderson and Milstein, 2003) menawarkan dua pesan penting: bahwa kesulitan tidak secara otomatis

mengarahkan pada disfungsi akan tetapi dapat mengarahkan ke sejumlah hasil yang baik bagi individu yang mengalaminya dan reaksi disfungsi awal terhadap kesulitan dapat meningkat ke arah yang cenderung positif seiring waktu (Lihat gambar 4).



Gambar 4: Model resiliensi yang diadaptasi dari Richardson, Neiger, Jensen & Kumpfer (dalam Henderson and Milstein, 2003).

Kestabilan kondisi internal dalam merespon lingkungan diatur dari otak dan tubuh, tidak hanya dalam arti langsung seperti kebanyakan penyesuaian dalam keseimbangan tetapi juga dalam jangka panjang di bawah kondisi perubahan kapasitas fisiologis atau resiliensi (Cacioppo dan Berntson, 2007). Memahami dinamika lingkungan, interpersonal dan kondisi intrapsikis individu yang tetap resilien, atau mampu menyesuaikan diri dengan baik terhadap penyakit kronis, akan meningkatkan

kemampuan individu untuk menentukan faktor pelindung. Perkembangan terbaru dalam literatur tentang penyesuaian terhadap penyakit kronis adalah meningkatnya pertimbangan aspek positif dari penyesuaian. Dua area yang mendapat perhatian adalah pertumbuhan dan resiliensi pasca trauma (atau terkait stres). Kedua pendekatan mempertanyakan asumsi bahwa penyesuaian yang baik ditandai dengan kembalinya individu ke posisi awal atau level premorbid kesehatan mental atau fungsi fisik (O'Leary & Ickovics, dalam Stanton dan Revenson, 2007). Sebaliknya, individu dapat mengalami peningkatan kesadaran akan keberadaan dirinya (*awareness*), kemahiran dan kenikmatan hidup, bahkan membuat perubahan besar dalam perjalanan hidup mereka (Ickovics & Park dalam Stanton dan Revenson, 2007).

Psikolog kesehatan memiliki banyak kontribusi untuk memahami dan mempromosikan proses dan kondisi yang penting dalam upaya mencegah kematian dini, menunda kecacatan, dan mendorong resiliensi dalam menghadapi penurunan fisik dan keterbatasan fungsional. Pekerjaan seperti itu memiliki kepentingan yang luar biasa dan urgensi yang cukup besar mengingat populasi lansia yang terus berkembang di masa depan (Rooks, Charles, Heckausen, 2007). Berdasar hasil pengamatannya, Fries (2003) menggarisbawahi bahwa masalah kesehatan terbesar bangsa Amerika adalah masalah kesehatan lansia. Elizabeth Colerick (dalam Sarafino & Smith, 2011) meneliti

stamina laki-laki dan perempuan berusia 70 hingga 80 tahun yang mirip dengan hardiness. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana orang yang memiliki stamina dan tidak memiliki stamina di kemudian hari menghadapi situasi sulit seperti kehilangan orang yang dicintai. Colerick (dalam Sarafino & Smith, 2011) mengidentifikasi dengan kuesioner dan mewawancarai dua kelompok: satu dengan stamina tinggi dan satu dengan stamina rendah dan diemukan bahwa stamina di usia tua dicirikan oleh "pandangan positif dan merasa menang selama masa-masa sulit,".

Memahami sifat multifaset resiliensi dalam menerapkan solusi berbasis kekuatan untuk mengatasi masalah kesehatan sangatlah penting. Antonio dan kawan-kawan menemukan dari hasil penelitian mereka bahwa resiliensi di antara penduduk asli Hawaii yang menyoroti pendekatan multidimensi di atas konstruksi unidimensional menemukan bahwa resiliensi sedikit memediasi efek kesulitan pada kesehatan. Mereka menemukan bahwa kombinasi harapan, kepuasan hidup, penguasaan lingkungan, sumber daya koping, dukungan sosial, dan identitas budaya Hawaii menjadi faktor yang paling menonjol yang berkompromi terhadap resiliensi (Krause, 2020). Sedangkan Nasution (2020) menemukan beberapa aspek resiliensi yang membantu korban keluar dari tindak kekerasan yang berkesinambungan: *thinking style* atau gaya berpikir dimana responden menyadari bahwa kekerasan tidak dapat ditolerir; *social*

*support*/dukungan sosial sangat besar pengaruhnya bagi kemampuan korban untuk mampu bertahan; beberapa strategi aktif untuk mengontrol atau menghentikan kekerasan; *inner strength*/kekuatan dari dalam diri yang bersumber dari keyakinan terhadap Tuhan dan identitas sebagai ibu; serta *positive results*/hasil positif yang didapatkan dari krisis kehidupan.

## **Peran Psikolog Kesehatan dalam Meningkatkan Resiliensi**

Pandemi covid 19 di Indonesia telah melibatkan professional psikologi dalam membantu penanganannya. Ketua Ikatan Psikolog Klinis (IPK) Indonesia yaitu Dr. Indria Laksmi Gamayanti, M.Si., Psikolog dalam dialog interaktif dengan Menteri Kesehatan RI Ir. Budi Gunadi Sadikin dalam acara yang diselenggarakan oleh Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia bersama beberapa organisasi profesi tenaga kesehatan pada tanggal 24 Februari 2021 menyampaikan dukungan psikolog klinis terhadap program vaksinasi covid-19 terutama dalam psikoedukasi dan pendampingan untuk menurunkan kecemasan pada saat akan menjalani vaksinasi (Ikatan Psikolog Klinis Indonesia, 2021). Ikatan Psikolog Klinis (IPK) Indonesia juga telah menyediakan berbagai sumber daya yang dimiliki (termasuk konseling daring gratis) untuk menjaga kesehatan mental masyarakat Indonesia selama masa

pandemi COVID-19 sejak Bulan Maret 2020 (Ikatan Psikolog Klinis Indonesia, 2020).

Psikolog Kesehatan yang merupakan bagian dari psikologi klinis dapat dipekerjakan di semua tingkatan sistem perawatan kesehatan. Pada tingkat perawatan pasien secara langsung, Psikolog Kesehatan dapat bertugas sebagai penilai dan membantu meningkatkan penyesuaian psikologis terhadap penyakit dan pengobatan, meminimalkan penderitaan yang terkait dengan prosedur medis, memberikan pendidikan kesehatan, memfasilitasi pengambilan keputusan pasien, dan menerapkan intervensi psikologis untuk mempromosikan perilaku sehat. Psikolog Kesehatan juga dapat dipekerjakan untuk melatih profesional perawat kesehatan, sehingga mereka memiliki pemahaman yang lebih baik tentang dampak psikologis penyakit dan pengobatan serta ketrampilan komunikasi antara profesional dengan pasien. Psikolog Kesehatan dapat memberikan dukungan kepada staf secara individu dan kelompok, misalnya, dengan mengembangkan intervensi manajemen stres organisasi (Wren & Michie dalam Hallas, 2004).

Psikolog Kesehatan juga dapat menggunakan kompetensi di bidang penelitian untuk melakukan proyek penelitian internal (misalnya, untuk mengevaluasi program pendidikan pasien baru) atau membantu audit (misalnya, memberi nasihat tentang cara menilai seberapa baik pedoman kesehatan tertentu dipatuhi oleh profesional kesehatan). Psikolog Kesehatan bekerja dalam departemen

kesehatan masyarakat dan perawatan primer yang berbasis di otoritas kesehatan regional atau di lembaga nasional (seperti *National Institute for Clinical Excellence-NICE*). Peran mereka mungkin termasuk pengembangan dan evaluasi promosi kesehatan, termasuk materi pendidikan kesehatan dan intervensi berbasis masyarakat. Akhirnya, Psikolog Kesehatan dipekerjakan untuk meneliti dan menilai kemanjuran sistem dan kebijakan perawatan kesehatan dan untuk memberi nasihat tentang kebijakan yang mempromosikan praktik berbasis bukti (Hallas, 2004).

Praktisi dan peneliti kesehatan masyarakat secara khusus mempelajari kondisi kesehatan dan hasil akhirnya berdasarkan perspektif berbasis deficit (Morgan dan Ziglio, dalam Krause, 2020). Secara umum, ada konsensus dan pemahaman yang luas seputar kondisi dan faktor sosial—selain medis—yang memengaruhi kesehatan di seluruh lingkungan dan populasi (Braveman dan Gottlieb, dalam Krause, 2020). Hambatan-hambatan struktural yang ada di masyarakat seringkali justru mendorong terbangunnya teori, kebijakan dan praktek kesehatan masyarakat. Namun, meskipun fokus ini sangat penting dan diperlukan, model defisit cenderung mendefinisikan individu dan masyarakat secara negatif dan seringkali tidak menghargai sesuatu yang berjalan secara baik dan positif. Dengan adanya teori resiliensi dan pendekatan psikologi positif, pandangan ini (perspektif berbasis deficit) mulai bergeser. Menggabungkan resiliensi dengan pendekatan berbasis

kekuatan adalah langkah penting bagi kesehatan masyarakat. Sebenarnya paradigma ini telah digunakan selama setengah abad terakhir termasuk dalam bidang psikologi melalui gerakan psikologi positif (Seligman dan Csikszentmihalyi, dalam Krause, 2020) dan *social work* (Saleebey, dalam Krause, 2020). Psikolog komunitas juga telah mengadopsi pendekatan berbasis kekuatan ke dalam pertumbuhan pasca-trauma (Calhoun, Tedeschi, dalam Krause, 2020). Bidang sosial telah menggunakan paradigma ini sejak awal 1990-an, akan tetapi penting diketahui bahwa peneliti dan praktisi kesehatan masyarakat pada akhirnya juga telah memasukkan resiliensi dan konsep berbasis kekuatan lainnya ke dalam konsep dan tugas praktis mereka. Determinan sosial dan faktor yang berpengaruh pada kondisi kesehatan telah didokumentasikan dengan baik dalam literatur, sehingga saat ini waktunya untuk membangun konsep berdasarkan penelitian yang ada untuk memastikan mekanisme bahwa dalam situasi sulit seseorang tidak hanya mampu bertahan hidup, tetapi juga berkembang (Krause, 2020). Penelitian Perez-Ramos, et.al. dalam Krause, 2020) di Pulau Culebra Puerto Rico kecil setelah terjadinya badai Irma dan Maria menunjukkan bahwa para korban badai memiliki kebutuhan untuk mengembangkan kelanjutan hidup mereka dan melibatkan masyarakat untuk memerangi risiko kesehatan lingkungan yang memang ada sebelumnya dan menjadi lebih besar setelah terjadinya Badai (Krause, 2020).

Dalam pandemi covid 19, tema resiliensi banyak diangkat dalam berbagai kesempatan untuk membantu masyarakat menghadapi keterpurukan di segala sisi kehidupan sebagai dampak pandemi. Masyarakat yang memiliki tingkat stres yang tinggi diajak untuk meningkatkan kemampuan resiliensi sebagai benteng ketahanan diri untuk bertahan di tengah kondisi pandemi global saat ini (“Resiliensi Sebagai Benteng...”, 2020).

## **Penutup**

Besarnya peran psikologi dalam kesehatan sudah semakin disadari, baik dalam peningkatan kesehatan masyarakat melalui institusi-institusi kesehatan ataupun psikoedukasi secara langsung yang didukung pula dengan banyaknya penelitian bidang psikologi Kesehatan. Pandemi covid 19 tak pelak juga ikut andil dalam membuka mata masyarakat akan pentingnya kesejahteraan psikologis dalam mendukung Kesehatan melalui penanggulangan stres.

Aspek kepribadian yang menjadi perantara dalam menanggulangi stres juga mendapat perhatian besar dari professional psikologi. Penelitian mengenai Coping dan dukungan sosial yang telah lebih dulu berkembang saat ini mulai melirik moderator lainnya, yaitu resiliensi. Bagaimana menilai resiliensi seseorang tidak bergantung pada status kesehatannya, akan tetapi lebih pada

bagaimana seseorang mengelola tantangan terkait kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ameyaw, E.K., et al. (2020). Mainstream reintegration of COVID-19 survivors and its implications for mental health care in Africa. *Pan African Medical Journal (PAMJ)*. 36(366). 28 Aug 2020.
- Bakker, A.B. and Derks D. (2010). Positive Occupational Health Psychology. *Occupational Health Psychology*. Stavroula Leka and Jonathan Houdmont (Eds.). Chichester, West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). *Psikologi Sosial* (10 ed). Jakarta: Erlangga.
- Cacioppo, J.T., dan Berntson, G.G. (2007). The Brain, Homeostatis and Health: Balancing Demands of the Internal and External Milleu. *Foundations of Health Psychology*. Howard S. Friedman Roxane Cohen Silver (Eds.). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Ettekal, A. & Mahoney, J. (2017). *Ecological Systems Theory*. DOI: 10.4135/9781483385198.n94. [https://www.researchgate.net/publication/316046039\\_Ecological\\_Systems\\_Theory](https://www.researchgate.net/publication/316046039_Ecological_Systems_Theory)

Graber, R. Pichon, F., Carabine, E. (2015). Psychological Resilience State of Knowledge and Future Research Agendas. *Working Paper 425*. October 2015. London: Overseas Development Institute

Hallas, C.N. (2004). Health Psychology within Health Service Settings. *Health Psychology in Practice*. Susan Michie and Charles Abraham (Eds.). Carlton, Victoria-Australia: Blackwell Publishing.

Hechanova, M.R.M. (2019). Development of Community-Based Mental Health Interventions in The Philippines: An Ecological Perspective. *Psychological Research on Urban Society*. Vol. 2, No. 1 April 2019, p. 10-25.

Henderson, N. dan Milstein, M.M. 2003. *Resiliency in Schools. Making it Happen for Students and Educators*. California, USA: Corwin Press, Inc.

Ikatan Psikolog Klinis Indonesia. (2020). Psikoedukasi Covid-19: Menjaga Kesehatan Psikologis di Masa Krisis. 17 Maret 2020. Diakses 08 Juli 2021. <https://ipkindonesia.or.id/tag/corona-virus/page/3/>

Ikatan Psikolog Klinis Indonesia. (2021) *Dialog Interaktif Menteri Kesehatan RI dengan Ketua Ikatan Psikolog Klinis (IPK) Indonesia*. 24 Februari 2021. Diakses 08 Juli 2021. <https://ipkindonesia.or.id/tag/bantuan-psikologi-covid-19/>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *13,2 Persen Pasien Covid-19 Yang Meninggal Memiliki Penyakit Hipertensi*. Dipublikasikan pada: Selasa, 13 Oktober 2020 00:00:00, Diakses 07 Juli 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

<https://www.kemkes.go.id/article/print/20101400002/13-2-persen-pasien-covid-19-yang-meninggal-memiliki-penyakit-hipertensi.html>

Krause, K.D. (2020). The Impact of Resilience on Health: Lessons Learned and Future Directions. *Behavioral Medicine*. 46:3-4, 375-378, DOI: 10.1080/08964289.2020.1790975 To link to this article:

<https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1790975>  
5. Published online: 13 Aug 2020.

Nasution, S.M. (2011) *Resiliensi: Daya Pegas Menghadapi Trauma Kehidupan*. Medan, Indonesia: USU press.

Nasution, S. M., Sutatminingsih, R., & Marhamah, M. (2020). Dynamics of Resilience on Women as Intimate Partner Violence Survivors. *Journal of Educational and Social Research*, 10 (3), 141. <https://doi.org/10.36941/jesr-2020-0054>

Ogden, J. (2002). The Rhetoric and Reality of Psychosocial Theories of Health: A Challenge to Biomedicine? *The Health Psychology Reader*. David F. Marks (Ed.). London-Thousand Oaks-New Delhi: SAGE Publications

- Ozbay, F, Johnson, D.C., Dimoulas, E., Morgan, III, C.A. Charney, D, dan Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress from Neurobiology to Clinical Practice *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 May; 4(5): 35–40. Published online 2007 May. PMID: PMC2921311. PMID: 20806028. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/>. Diakses 4 Februari 2021.
- Prawitasari, J.E. 2011. *Psikologi Klinis: Pengantar Terapan Mikro & Makro*. Jakarta: Erlangga.
- Reivich, K. dan Shatté, A. 2002. *The Resilience Factor. 7 Essential Skills for Overcoming Life's Inevitable Obstacle*. New York, USA: Broadway Books.
- “Resiliensi Sebagai Benteng Diri di Masa Pandemi”. (2020). *Center for Public Mental Health*. Yogyakarta: Center for Public Mental Health Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada. 18 Oktober 2020, 21.49. Diakses 12 Juli 2021. <https://cpmh.psikologi.ugm.ac.id/2020/10/18/resiliensi-sebagai-benteng-diri-di-masa-pandemi/>
- Rook, K.S., Charles, S.T. Heckausen, J. (2007). Aging and Health. *Foundations of Health Psychology*. Howard S. Friedman Roxane Cohen Silver (Eds.). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Sarafino, E. P & Smith, T. W. (2016). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions Seventh Edition*. (versi elektronik). United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

Schoon, I. 2006. Risk and Resilience. Adaptation in Changing Times. New York, USA: Cambridge University Press.

Schoon, I. (2012). Temporal and Contextual Dimensions to Individual Positive Development: A Developmental-Contextual Systems Model of Resilience. 10.1007/978-1-4614-0586-3\_13.

“Situasi Terkini Perkembangan Novel Coronavirus (2019-nCoV)”. (2020). *Infeksi Emerging*. Sub Direktorat Penyakit Infeksi Emerging Kementerian Kesehatan RI. 10 Februari 2020. <https://covid19.kemkes.go.id/situasi-infeksi-emerging/situasi-terkini-perkembangan-novel-coronavirus-2019-ncov-10-februari-2020/>

Stanton, A.L. dan Revenson, T.A. (2007). Adjustment to Chronic Disease: Progress and Promise in Disease. *Foundations of Health Psychology*. Howard S. Friedman Roxane Cohen Silver (Eds.). New York, NY: Oxford University Press, Inc.

Taylor, SE. (2018). *Health Psychology (9Ed)*. New York, NY-USA: McGraw-Hill Education.

# BAB 7

## Menguatkan Kebugaran Psikologis melalui Potensi Komunitas

Lucia Peppy Novianti

### Pengantar

Pengalaman dan aktivitas sehari-hari menjadi stimulus terhadap kondisi psikologis seseorang. Disebut stimulus karena pemaknaan atas pengalaman hidup akan menjadi salah satu sumber kondisi psikologis seseorang. Pengalaman hidup yang menyenangkan dan membanggakan akan menghadirkan dinamika psikologi yang positif. Sebaliknya, kejadian tidak menyenangkan, penuh ketegangan dan menimbulkan rasa sakit, akan mudah menghadirkan tekanan hidup termasuk mendorong persoalan psikologis. Walaupun tidak dapat pula dinafikan bahwa kondisi psikologis seseorang juga terbangun oleh aspek lain selain pengalaman hidup, seperti pola kepribadian yang telah berkembang, kebiasaan, atau pola pikir.

Dinamika di atas perlu menjadi pertimbangan ketika berpikir bagaimana upaya menguatkan kesehatan mental masyarakat. Terjadinya suatu persoalan psikologis, bahkan sampai muncul sebagai gangguan psikologis, merupakan interaksi antara dua komponen yang saling berkaitan, baik sisi kualitas persoalan yang dihadapi maupun keterampilan olah diri seseorang yang dimiliki. Oleh karena itu, ketika berbicara tentang pencegahan, maka perlu mengenali komponen mana yang ingin disasar: apakah si individu atau ekosistemnya? Atau apakah berfokus pada mengelola persoalannya atau meningkatkan keterampilan menghadapinya? Ketika bicara individu maka yang perlu dibangun adalah menguatkan keterampilan dasar pada individu. Sedangkan, bila ingin melakukan pencegahan dengan berfokus pada lingkungan pendukung maka perlu menguatkan ekosistem psikologis yang ada maupun mengatasi faktor sumber tekanan psikologis itu sendiri.

Kondisi psikologis yang prima, dapat merespon secara tepat ketika menghadapi ketegangan maupun persoalan merupakan konsep dasar dari istilah kebugaran psikologis yang akan dibahas dalam bab ini. Dalam bahasan tentang upaya pencegahan kesehatan mental, kebugaran psikologis berada pada sisi kekuatan individu. Bagaimana seseorang mampu memiliki respon yang tepat dengan menggunakan keterampilan olah diri

yang dimiliki menjadi kunci penting yang berkontribusi membangun kebugaran psikologis seseorang.

Menguatkan kebugaran psikologis pada diri individu di masyarakat, dapat menjadi alternatif cara meminimalkan persoalan kesehatan mental di masyarakat. Diskusi dan pembahasan tentang keterbatasan tenaga kesehatan jiwa maupun psikolog di Indonesia telah lama berlangsung. Peningkatan jumlah tenaga profesional kesehatan jiwa maupun psikolog juga tidak serta merta menjadi jawaban untuk merespon persoalan psikologis di masyarakat. Ada faktor ekonomi maupun geografis yang menjadi isu besar yang perlu disadari ketika ingin melakukan pencegahan fenomena gangguan psikologis di masyarakat. Maka, ketika berbicara tentang bagaimana upaya menangani persoalan kesehatan mental masyarakat, memberikan bekal pada masyarakat untuk mampu mengelola kebugaran psikologisnya dapat menjadi salah satu jalan yang diperhitungkan.

Mengingat kondisi negara Indonesia yang memiliki populasi tinggi dan wilayah yang luas, maka perlu pertimbangan teknik maupun metode yang efektif dalam upaya pengembangan kebugaran psikologis ini. Menggunakan potensi sosial dan masyarakat yang ada dapat menjadi alternatif yang dapat dioptimalkan. Bab ini akan membahas bagaimana upaya meningkatkan kebugaran psikologis di masyarakat dengan menggunakan modal sosial yang sudah hidup

berkembang di masyarakat, baik itu dari sisi pola masyarakat atau budaya perilaku yang telah berkembang. Konsep yang diajukan adalah bagaimana membekali orang-orang penting di komunitas dengan keterampilan mengenali-mendampingi-mendeteksi dan merujuk untuk masyarakat dampingan mereka.

## **Tentang Kebugaran Psikologis**

Apakah yang dimaksud kebugaran psikologis? Terminologi ini dikembangkan dari konsep bugar dan situasi psikologis. Bugar berarti kondisi sehat dan segar terhadap tubuh. Meminjam dari istilah yang lekat dengan hal fisik tersebut, kebugaran psikologis akan mengacu pada kondisi sehat dan segar pada pikiran, emosi, maupun tindakan seseorang. Kondisi bugar psikologis juga mengarah pada dimilikinya situasi adaptif atas apa yang dialami dengan daya pikirnya, pada kemampuan pengelolaan emosinya, dan dalam kemampuan untuk bertindak secara sadar dan sehat.

Kondisi bugar psikologis dapat dicapai ketika seseorang mampu mengelola keseimbangan pada aspek pikiran, emosi dan tindakannya itu sendiri. Keseimbangan ini berarti situasi yang memiliki porsi pas sesuai dengan kebutuhan dan situasi seseorang. Keseimbangan, di sisi lain, adalah proses yang terus berjalan (lihat Gambar 1). Waktu dan situasi yang

berbeda akan menghadirkan kondisi yang berbeda pula. Maka keterampilan untuk menyeimbangkan situasi antara pikiran negatif dan positif maupun emosi negatif dan positif merupakan kunci untuk mampu mengelola kebugaran psikologis.



Gambar 1. Ilustrasi komponen pembentuk kebugaran psikologis

Mengelola kebugaran psikologis secara individu dapat dilakukan melalui beberapa hal. Pendekatannya pun dapat dalam bentuk dua hal: mandiri (atau *self help*) dan dengan pendampingan (profesional). Keterampilan *self help* juga berkorelasi terhadap kondisi kesejahteraan psikologis yang lebih baik (Gagnon, Duran-Bush, Young, 2016). Ketika bicara *self help* maka individu yang bersangkutan perlu menyadari dan memiliki kemauan untuk belajar keterampilan *self help* tersebut, diikuti mencoba keterampilan yang telah dipahami dalam

aktivitas sehari-hari lalu diikuti refleksi diri. Refleksi diri bertujuan untuk dapat melihat bagaimana keterampilan yang telah dipelajari itu dapat berfungsi atau tidak bagi dirinya. Dalam melakukan *self help* ini akan diperlukan pula kemampuan kontrol diri yang cukup agar dapat secara disiplin menerapkan pengetahuannya dalam perilakunya sehari-hari. Proses ini membutuhkan kesadaran serta motivasi internal agar dapat sampai pada dirasakannya efek atau manfaat. Maka, bila individu merasa kemampuan kontrol diri cenderung lemah maka melakukan *self help* perlu diikuti dengan menghadirkan orang yang berfungsi sebagai kontrol eksternalnya.

Upaya lain perlu ditempuh ketika menyadari bahwa motivasi dari dalam diri belum cukup kuat untuk meningkatkan keterampilan olah diri. Ketika menyadari bahwa motivasi internal cenderung lemah, maka sebaiknya meningkatkan kebugaran psikologis dilakukan dengan bantuan profesional, seperti mengikuti kelas pengembangan diri, menjalani konsultasi ataupun konseling sesuai aspek yang dibutuhkan.

### **Menyadari Kembali Potensi Komunitas dan Agen Masyarakat pada Komunitas**

Hofstede (dalam Nguyen, 2015; Agodzo, 2015) menyatakan bahwa dalam budaya sebuah masyarakat, ada dua nilai utama yang hadir secara permanen, yakni

konsep individualitas dan kolektivitas. Merujuk pada konsep nilai tersebut, Indonesia merupakan sebuah bangsa yang kuat dengan unsur kolektivitasnya. Sikap kolektif yang dapat teramati berdasarkan konsep Hofstede seperti perilaku kepedulian, gotong royong, perilaku membantu, serta sikap prososial yang cenderung lebih tinggi bila dibandingkan dengan model masyarakat individualis. Tentunya tidak hanya hal positif, kehidupan kolektif pun memiliki sisi negatif. Pada masyarakat Indonesia beberapa sisi negatif atas pola kehidupan kolektif seperti munculnya beban secara ekonomi pada masyarakat yang tinggal di daerah atau desa yang memiliki standar tertentu dalam mewujudkan sikap bersosial yang sesuai kebiasaan, standar menyelenggarakan sebuah perayaan atau hajatan, sikap terlalu terlibat terhadap persoalan orang atau keluarga lain sehingga perilaku bergosip mudah merebak, atau kebiasaan kumpul arisan sehingga terkadang mengacaukan pengelolaan ekonomi keluarga. Hal-hal tersebut menjadi potensi tantangan secara psikologis pada masyarakat kita.

Salah satu produk budaya kolektif pada masyarakat Indonesia adalah sistem sosial secara berjenjang yang telah dipraktikkan sejak lama. Bahkan ada beberapa adat dan suku yang memiliki sistem berkomunitas secara spesifik. Di seluruh wilayah negara, berlaku sistem pengelolaan masyarakat berjenjang dari Rukun Tetangga (RT), Rukun Warga (RW) atau dusun,

kelurahan, kecamatan, kota atau kabupaten, lalu propinsi. Selain itu, ada pula sistem pengelolaan aspek-aspek spesifik kehidupan di masyarakat yang sengaja dikembangkan dalam bentuk komunitas sosial, seperti kader posyandu, PKK, Bina keluarga Balita, Bina keluarga Remaja, Karang Taruna, Ibu-ibu Dasawisma, dan sebagainya. Dalam hemat saya, sistem ini pun membentuk kekuatan sosial tersendiri pada tingkat masyarakat.

Masing-masing kelompok berjenjang yang dibentuk, oleh pemerintah, tersebut memiliki manfaat secara langsung sesuai fokus aspeknya. Misalnya, kader Posyandu menjadi kelompok sistem berjenjang untuk memantau dan mengelola kualitas kesehatan tumbuh kembang balita. Demikian juga, kelompok berjenjang pemerintahan dari RT sampai ke Pemerintah Propinsi memungkinkan informasi dan program pemerintah dapat tersampaikan dan berjalan secara konsisten dan sesuai standar yang telah ditetapkan dari pusat sampai ke akar rumput. Demikian pula, adanya komunitas pendidik usia dini, terlabel dengan nama Gugus Paud, menjadi sistem kepanjangan tangan terkait dengan stimulasi pada anak usia dini agar dapat terselenggara secara tepat di berbagai wilayah Indonesia.

Melihat ikatannya yang berjenjang serta kedekatan emosional yang terjalin dan tumbuh antaranggota di dalamnya, kelompok sosial yang berkembang pada masyarakat Indonesia ini memiliki

potensi sebagai kekuatan sosial tersendiri disamping fungsi pokoknya tersebut. Pertama, bangunan kelompok yang berinteraksi rutin dan menyelimuti kehidupan sehari-hari tersebut membuat masyarakat yang menjadi anggotanya juga terlatih dalam hal berempati dan saling peduli. Kedua, hidup pula sikap kemauan untuk saling menjaga. Sebagai contoh sederhana, kesadaran kebutuhan di tingkat komunitas kemudian memunculkan ide-ide untuk bagaimana saling menjaga keamanan lingkungan atau kebersihan lingkungan yang kemudian berwujud pada kerjabakti atau siskamling. Manfaat ketiga yang hadir adalah adanya sikap saling mendukung pengembangan diri dalam anggota di kelompok atau komunitas tersebut. Salah satu yang teramati adalah pada kelompok kader, baik Posyandu maupun Gugus PAUD. Di beberapa tempat, para kader tersebut berangkat dari ketersediaan waktu para kadernya daripada faktor kemampuan. Namun, seiring berjalannya waktu, satu dan lain dalam satu kelompok kader berusaha saling meningkatkan keterampilan diri demi mampu menjalankan kegiatan dan memberi pelayanan sesuai dengan tujuan kelompok. Dari setidaknya tiga hal tersebut terlihat bagaimana kelompok sosial masyarakat semacam itu dapat pula dilihat sebagai potensi agen kebugaran psikologis masyarakat Indonesia nantinya.

## **Membangun agen kebugaran psikologis melalui sistem sosial di masyarakat**

Pada bagian sebelumnya, telah diuraikan bagaimana kondisi psikologis seseorang akan terbentuk, yakni dari perpaduan stimulus dari luar diri atau lingkungan dengan apa yang telah dimilikinya (faktor internal). Dalam psikologi dikenal konsep teori sistem ekologi (lihat gambar 2) yang menjelaskan bagaimana subsistem di sekitar individu akan memengaruhi tumbuh kembang seseorang (Bronfenbrenner, 1994). Ada lima konsep ekologi yang berpengaruh terhadap pertumbuhan pribadi seseorang. Mikro sistem yakni lingkungan yang langsung berinteraksi bahkan menempel dengan pribadi individu. Mesosistem merupakan lingkungan di mana berbagai mikrosistem atas individu dapat saling berinteraksi, bekerjasama atau berkolaborasi. Eksosistem merupakan sistem yang sebetulnya tidak secara langsung berinteraksi dengan anak atau individu tapi pengaruhnya dapat dirasakan oleh individu yang bersangkutan. Mikrosistem adalah sistem yang lebih jauh lagi dari individu sehingga tidak berinteraksi langsung namun dampak atas sistem ini langsung mengenai si individu. Terakhir adalah kronosistem, yakni sistem sosial-historikal yang berpengaruh terhadap perkembangan individu.



Gambar 2. Model Teori Ekologi Bronfenbrenner

Teori sistem ekologi Bronfenbrenner tersebut dapat menjelaskan bagaimana potensi lingkungan sosial terhadap kondisi psikologis seseorang. Bila bicara tentang faktor dari luar diri individu, maka penting untuk memahami mikro sistem dan meso sistem sebagai lingkungan yang akan paling berdampak terhadap diri sendiri. Dari konsep tersebut maka akan terlihat bahwa situasi dan dinamika pada mikrosistem maupun mesosistem akan dapat menjadi agen utama pembentuk kondisi psikologis seseorang, baik konteks tumbuh kembangnya maupun perkembangannya pribadinya.

Pada dinamika kehidupan sosial di Indonesia, sistem sosial formal maupun informal masih menjadi faktor eksternal penting bagi individu. Bila menilik pada teori ekologi Bronfenbrenner kedudukan sistem sosial itu bisa saja menjadi mesosistem atau bahkan mikrosistem pada seseorang, tergantung pula pada pola

keterlibatan sosial yang telah berlangsung selama ini. Ini berarti, sistem sosial tersebut, baik ketika berperan pada area mikrosistem maupun mesosistem, dapat dikembangkan menjadi agen pengelola kebugaran psikologi. Demikian pula yang teramati dan sudah berlangsung selama ini pada ranah fisik dan keamanan misalnya.

Salah satu contoh yang telah berkembang cukup lama dan stabil adalah kader kesehatan Posyandu Balita. Fungsi Posyandu Balita pada intinya adalah memantau tumbuh kembang bayi dalam satu lingkungan tertentu (biasanya tingkat RW) sehingga dapat dilakukan preventasi terhadap persoalan tumbuh kembang maupun penyakit pada Balita. Bila merujuk pada diagram Ekologi Bronfenbrenner, Posyandu ini menjadi bagian dari mesosistem para ibu dengan anak balita. Ini menjelaskan bagaimana peran dan kedudukan posyandu balita pada ruang kesehatan fisik si balita maupun keluarga tersebut.

Dari contoh tersebut, sebetulnya dapat dikembangkan ide untuk meningkatkan nilai sistem sosial di masyarakat untuk dapat berperan sebagai agen kebugaran psikologis masyarakat Indonesia. Apabila berangkat dari konsep diagram teori sistem ekologi Bronfenbrenner maka alur pemikiran untuk membangun kebugaran psikologis adalah sebagai berikut (Gambar 3):

1. Menemukan hal yang paling berpengaruh terhadap kondisi psikologis individu dalam komunitas

tersebut. Apabila berfokus pada kebugaran psikologis komunitas maka menjadi penting untuk memperhatikan hal-hal yang dominan berpengaruh terhadap kondisi psikologis individu. Penting pula untuk mengenali hal-hal yang berdampak positif serta yang akan berpotensi menimbulkan dampak negatif bagi kebugaran psikologis seseorang di komunitas tersebut.

2. Selanjutnya adalah memahami bagaimana hal-hal tersebut dapat berdampak terhadap kondisi psikologis individu dalam komunitas. Ini akan menjawab tentang area atau lapisan kedekatan sistem terhadap si individu, ketika mengacu pada teori ekologi sistem. Apakah hal yang berpotensi memberikan dampak psikologis itu kemudian berkedudukan pada mikrosistemnya atau masih pada mesosistemnya.

Dari asesmen awal melalui dua poin di atas, akan dapat ditentukan bagaimana agen atau orang-orang kunci pada sistem sosial perlu berperan. Termasuk bila yang lebih perlu dikuatkan adalah orang-orang penting (*significant others*) dari individu yang menjadi target sasaran dari agen kebugaran psikologis.

Gambar 3. Awal proses merancang upaya membangun kebugaran psikologis di masyarakat



Menguatkan kebugaran psikologis melalui potensi komunitas sebetulnya berarti menggunakan orang-orang kunci yang telah ada sehingga dalam melaksanakan tugas keseharian dapat sekaligus menguatkan sisi kebugaran psikologis. Salah satu kritik atas kebiasaan pengambil kebijakan di Indonesia adalah bahwa ketika ada program atau kegiatan baru di masyarakat maka akan dibentuk suatu identitas baru (baik itu kelompok baru ataupun mencari orang-orang baru). Bila upaya meningkatkan kebugaran psikologis

dilekatkan dengan komunitas atau program yang telah berjalan, maka akan memberikan efisiensi dalam konteks pelibatan agen perubahan. Waktu yang digunakan untuk membentuk kelompok baru dan membangun kedekatan antara kelompok dengan fasilitatornya dapat dioptimalkan untuk proses meningkatkan kualitas fasilitator. Dengan demikian, fasilitator atau agen dapat langsung berproses dengan masyarakat dampingan untuk meningkatkan kebugaran psikologisnya. Aktivitas penguatan kebugaran psikologis pun dapat dibangun sejalan dengan aktivitas melakukan program mereka, bukan program tersendiri yang terpisah.

Ada beberapa aspek yang menjadi daya dukung digunakannya kelompok-kelompok sosial yang sudah berkembang apalagi mapan tersebut. Pertama, kelompok-kelompok tersebut telah memiliki orang-orang kunci dan mengenal siapa anggota dan pola masyarakat sehari-hari. Kedua, ada sistem berjenjang yang telah mapan berlangsung sehingga akan mempermudah proses interaksi, komunikasi, maupun proses *referral* (rujukan) bila nanti dibutuhkan. Ketiga dan merupakan hal penting adalah bahwa kelompok-kelompok ini telah dipercaya (terbangun *trust* atau keyakinan). Keempat adalah bahwa perlu disadari juga persoalan psikologis kadang kala tidak dapat diselesaikan dengan pendekatan psikologis saja maka, menggunakan pendekatan yang sesuai dengan minat dan

kebutuhan seseorang akan lebih mudah memberikan dampak positif bagi seseorang. Setidaknya, beberapa pengalaman meningkatkan kebugaran psikologis pada komunitas dengan menguatkan para agen komunitas dengan keterampilan hidup sehari-hari ternyata turut membuahkan hasil pada aspek kebugaran psikologis di kelompok kader PKK, kelompok perempuan desa pada situasi pasca bencana, maupun komunitas penegak hukum.

### **Pengalaman Penguatan Kebugaran Psikologis Melalui Agen di Komunitas**

Perkumpulan Kesejahteraan Keluarga (PKK) merupakan sebuah wadah ibu rumah tangga yang berbasis tempat tinggal yang telah lama berkembang di Indonesia. Pada dasarnya, komunitas ini berfokus pada peningkatan kesejahteraan keluarga baik dari segi fisik, ekonomi maupun mental. Dalam PKK ada orang-orang yang bergerak sebagai pengurus dan yang lain bertindak sebagai anggota. Pada tiga daerah di Kota Yogyakarta diujicoba bagaimana orang-orang inti dalam kepengurusan PKK, yang juga telah ditambahkan fungsinya sebagai sasaran konsultasi keluarga di bawah PKK, kemudian diberi keterampilan untuk dapat memfasilitasi para anggotanya (lihat gambar 4). Fasilitasi yang dilatihkan adalah bagaimana agar dapat saling memberikan dukungan ketika anggota yang lain

sedang mengalami tekanan hidup. Ada tiga karakter berbeda dari tiga kelompok yang diujicoba, yakni satu kelompok dengan kecenderungan persoalan kekerasan rumah tangga di lingkungannya, satu kelompok dengan persoalan ekonomi, dan satu kelompok dengan persoalan kehidupan yang cenderung minimal. Dari ketiga contoh kelompok tersebut, terlihat bagaimana ketika para kader (orang inti) diberi tambahan keterampilan fasilitasi untuk dapat mengurai perasaan dan mendorong peserta lain memberikan dukungan maupun berbagi pengalaman suportif ternyata memberikan sensasi pengalaman positif tersendiri (Prawitasari, Novianti, Kartikaningtyas, & Handayani, 2012). Setidaknya, para peserta atau anggota melaporkan adanya perasaan lebih positif, merasa ada yang mendengar, merasa ada yang menguatkan, dan bahkan mendapatkan pandangan maupun pemikiran baru terhadap persoalan hidup yang sedang dialami.



Gambar 4. Ilustrasi proses penguatan kader kebugaran psikologis di PKK kota Yogyakarta

Situasi pasca bencana biasanya memiliki kondisi tekanan yang kompleks. Dari hal yang sangat konkret seperti materi, ekonomi, tempat tinggal, sandang pangan, sampai hal-hal yang cenderung abstrak seperti rasa aman, kecemasan, ketakutan, interaksi sosial, konflik sosial, maupun tekanan psikologis lainnya. Pada situasi pasca bencana ini, proses pengelolaan kebugaran psikologis dengan melibatkan kekuatan komunitas sangat tepat dilakukan. Pengalaman Prawitasari, dkk (2009) dengan menggunakan panggung gembira sebagai upaya untuk merekonsiliasi berbagai persoalan sosial di masyarakat yang berkembang akibat konflik pasca bencana. Konflik sosial yang menguat pasca bantuan

pada fase rekonstruksi dan rehabilitasi disikapi dengan upaya pendampingan psikologis melalui kekuatan budaya yang dimiliki dusun, yakni Srandul. Sebetulnya, Srandul yakni seni panggung yang ada di dusun tersebut telah lama mati. Namun kekuatannya sebagai media dialog dengan cara menyenangkan terlihat potensial untuk menyelesaikan konflik terpendam maupun nyata yang hidup saat itu. Dalam proses menjadikan Srandul sebagai media dialog penyelesaian konflik itu, diambilah orang-orang inti mewakili generasi maupun komunitas di dusun tersebut. Media dialog menggunakan seni kekayaan setempat sedangkan orang-orang penggerakannya menggunakan orang-orang inti pada tiap komunitas yang hidup di dusun tersebut.

Dalam lingkungan kerja, pekerjaan-pekerjaan dengan tekanan tinggi dan berisiko akan mudah menjadi sumber tekanan psikologis bagi karyawan di dalam organisasi tersebut. Ada beberapa organisasi yang telah memasukkan sistem pengelolaan kesehatan mental namun ada pula yang belum. Pengelolaan sumber daya manusia masih sering kali berfokus pada tujuan pencapaian kinerja dan target hasil sesuai tugas dan fungsi masing-masing bagian. Demikian pula pada institusi di bawah pemerintah, seperti Kepolisian. Bagaimana tugas polisi yang penuh tekanan akan mudah berpotensi terhadap kualitas kondisi psikologis yang tidak bugar. Oleh karena itu, idealnya ada pengelolaan kondisi psikologis atau ada profesional psikolog yang

dapat menjadi rujukan ketika ada individu dalam organisasi yang butuh pendampingan. Namun kenyataannya hal ideal tersebut sering kali masih sulit diwujudkan.

Melatih anggota polisi tentang keterampilan psikologis dipilih sebagai alternatif lain ketika profesional psikologi dalam rasio ideal masih belum mampu terwujud. Pada program tersebut, beberapa petugas berlatih selama dua hari tentang keterampilan-keterampilan dasar untuk pendampingan psikologis serta bagaimana dapat menularkan kepada banyak orang sehingga tercipta proses berjenjang. Pada akhir pelatihan, terlihat beberapa peserta telah memiliki keterampilan dasar yang disyaratkan serta pemahaman tindakan yang akan dilakukan. Walaupun demikian, dalam jumlah yang cukup banyak masih terlihat kebutuhan untuk pengawasan ketat agar program ini dapat terlaksana.

## **Proses Penguatan Agen di Komunitas**

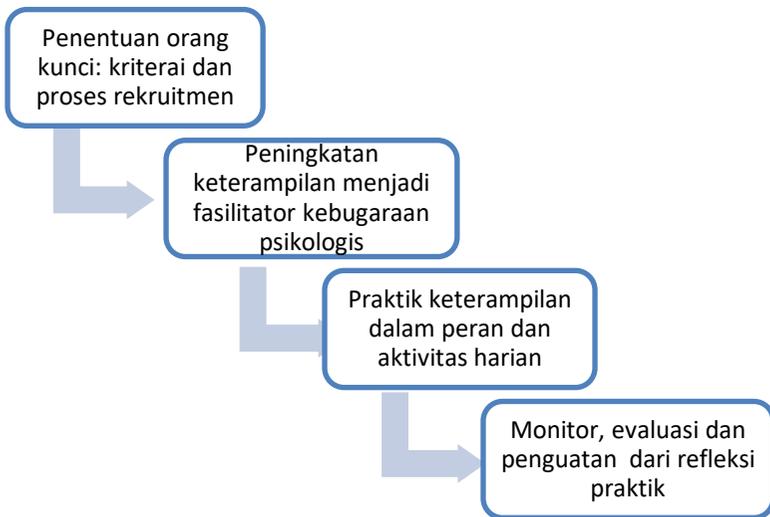
Inti penguatan kebugaran psikologis melalui potensi komunitas berarti meningkatkan kapasitas agen di komunitas yang sudah ada dengan keterampilan tertentu yang bermuatan penguatan psikologis. Harapannya, para agen ini dapat sekaligus menguatkan kebugaran psikologis individu sejalan dengan ketika ia menjalankan fungsi atau tugas pokoknya. Agen yang

dimaksud bisa para petugas dan pemangku kepentingan namun bisa juga merupakan kader atau fasilitator di masyarakat.

Pilihan lain adalah membuat agen-agen baru yang berfokus pada mengelola kebugaran psikologis anggota masyarakat. Ini juga dapat menjadi alternatif lain bila setelah dilakukan pengiraan, agen khusus kebugaran psikologis yang terpisah dari agen lain di masyarakat menjadi alternatif paling tepat bagi komunitas tersebut. Pilihan ini dapat menjadi keputusan tepat pada kondisi di mana kebugaran psikologis menjadi agenda utama di komunitas tersebut. Namun ada pula tantangan lain yang dapat muncul seperti kesulitan menemukan kandidat agen sehingga berakhir pada orang-orang yang sama namun dengan label baru. Maka, penting bagi komunitas yang bersangkutan untuk memutuskan bagaimana akan membentuk agen ini.

Alur menguatkan kebugaran psikologis melalui jejaring komunitas akan membutuhkan beberapa langkah utama (lihat gambar 5). Pertama, membangun orang-orang kunci dalam komunitas. Ini akan melibatkan perencanaan rekrutmen dan bagaimana melakukan rekrutmen itu. Setelah memperoleh orang-orang yang sesuai di komunitas maka dilanjutkan dengan proses peningkatan keterampilan. Hal yang juga penting adalah bagaimana para agen tersebut mempraktikkannya dengan terantau sehingga dapat dilihat dan dikontrol prosesnya bagi penguatan kebugaran psikologis

komunitas. Aspek lain yang perlu dilatih kepada para agen ini adalah pengetahuan dan cara melakukan rujukan (referral) kepada profesional kesehatan mental. Perlu ditanamkan dan dipahami bahwa para agen kebugaran psikologis tersebut bukanlah profesional kesehatan mental, sehingga ketika menghadapi situasi kesehatan mental serius perlu dibekali agar merespon dengan tepat, termasuk merujuk.



Gambar 5. Alur penguatan kebugaran psikologis melalui potensi komunitas

1. Membangun orang-orang kunci: proses rekrutmen sesuai kebutuhan

Pertama yang perlu dipikirkan adalah tentang siapa yang akan menjadi pendamping kebugaran psikologis di komunitas. Ini berarti menentukan proses pemilihan dan bagaimana rekrutmen akan dilakukan. Secara sederhana, pendamping dapat kita pilih berdasarkan kualifikasi tertentu, misalnya dengan melihat kompetensi diri berdasarkan kebutuhan aktivitas yang akan dilakukan. Namun, peran sebagai pendamping ini juga perlu memikirkan tentang faktor kemauan terlibat di komunitas maupun isu 'jarak' antara tema dampingan dengan pengalaman diri. Secara ideal hal-hal tersebut dapat menjadi aspek pertimbangan dalam memilih orang-orang kunci.

Pada kenyataannya, ketika berbicara tentang bagaimana memilih kandidat pendamping berdasarkan komunitasnya, kita perlu lebih dari sekedar kompetensi keterampilan untuk mampu melakukan fungsi yang akan dijalankannya. Faktor bagaimana ia memiliki kemampuan personal untuk dapat diterima di komunitas menjadi hal penting pula untuk dipikirkan. Aspek lain seperti kemampuan membangun kedekatan dengan komunitas, kharisma bagi komunitasnya, motivasi internal terhadap keterlibatan dalam proses, kemampuan untuk memiliki pandangan luas, serta sikap positif terhadap kelompok dapat

dipertimbangkan menjadi kriteria pribadi yang dari calon agen (lihat gambar 6).

Gambar 6. Kriteria untuk rekrutmen calon pendamping

<b>Proses rekrutmen calon pendamping</b>	
<b>Berdasarkan kompetensi</b>	<b>Karena minat</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Keterampilan fasilitasi</li><li>• Keterampilan menjalin kedekatan dengan komunitas</li><li>• Keterampilan berpikir terbuka</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motivasi internal</li><li>• Niat</li><li>• Pemikiran positif</li><li>• Kemauan meluangkan waktu</li><li>• Kemampuan belajar dan berproses</li><li>• berkomitmen</li></ul>

Penting untuk memikirkan secara menyeluruh bagaimana agar para agen ini dapat memfasilitasi pengelolaan maupun perubahan pada masyarakat dampungannya. Oleh karena itu, kedua kelompok aspek yang sudah disebutkan di atas sebetulnya secara ideal perlu dimiliki. Namun pada kenyataannya, tidak mudah mendapatkan orang-orang yang kompeten namun juga berdedikasi. Terkadang hanya hanya ditemukan salah satu saja. Memilih orang yang bersedia berkomitmen akan menjadi poin penting dalam hal ini. Tentang

bagaimana kemampuannya, akan dapat dijumpai oleh hal berikutnya yang akan kita bicarakan: melatih keterampilan-keterampilan dasar untuk fasilitator. Namun demikian, komitmen ini perlu digambarkan secara konkret. Kesediaan berkomitmen setidaknya mengandung makna kemauan untuk meluangkan waktu, kemauan untuk terlibat dalam proses, kemauan untuk belajar tentang hal-hal yang belum dimiliki namun dibutuhkan untuk menunjang proses pendampingan di masyarakat

2. Peningkatan keterampilan diri untuk mendampingi penguatan kebugaran psikologis

Ketika mendengar konsep pendamping kebugaran psikologis, orang akan bertanya-tanya apakah itu. Lalu terkadang secara spontan disebutlah semacam konselor. Penyederhanaan istilah ini justru sering kali memunculkan 'beban' atau asumsi berlebihan pada pelaku pendamping atau agen. Ada pandangan bahwa pendamping kebugaran psikologis adalah konselor atau bahkan menganggap diri sebagai psikolog. Hal ini pun berdampak pada asumsi untuk menguasai keterampilan psikologis secara mumpuni. Akan muncul pula harapan bahwa para agen nantinya akan berperilaku layaknya profesional konselor. Apabila kemudian hal ini mendorong si individu untuk belajar dan meningkatkan keterampilan diri maka tantangan tersebut menjadi

hal positif. Namun tak jarang, asumsi tersebut justru berkembang sebaliknya, membuat orang tertekan karena berpendapat bahwa dia harus menemukan solusi ketika ada suatu persoalan sampai kemudian justru secara tidak etis bertindak layaknya profesional psikolog. Padahal bukan itu maksudnya.

Inti berperan sebagai pendamping kebugaran psikologis adalah mendampingi individu dalam jangkauannya agar dapat memperoleh 'telinga' dan 'ruang' yang tepat. Arah proses pendampingannya lebih pada menemukan alur diri ketika ada tekanan hidup. Hal lain yang dituju adalah upaya mengarahkan anggota dampingannya agar dapat mengakses prosedur profesional yang lebih tepat. Oleh karena itu, cukup beberapa dasar keterampilan mikrokonseling yang perlu diajarkan dan dilatih agar pendamping dapat berperan untuk mendampingi sesuai fungsinya.

Mengingat para agen ini memiliki keterbatasan, seperti dalam hal latar pendidikan, kemampuan kognitif, maupun usia maka keterampilan dasar perlu disiapkan dengan matang dan konkret. Beberapa keterampilan dasar mikro konseling yang perlu dilatihkan seperti:

a. Keterampilan mengamati

Pengamatan, dalam terminologi ilmu sosial termasuk psikologi, dikenal sebagai observasi. Mengamati berarti melihat apa yang

dilakukan, apa yang terjadi. Secara spesifik, proses observasi meliputi proses melihat, mengevaluasi, menggambar kesimpulan, dan menganalisis interaksi dan relasi (Ciesielska, 2018). Konsep pengamatan banyak digunakan dalam konteks penelitian. Kita dapat belajar dari penelitian bahwa ketika melakukan pengamatan, maka sebagai peneliti akan berfokus pada data dan fakta atau hal yang sebetulnya terjadi. Makna melihat apa yang sebetulnya terjadi merupakan hal yang diharapkan. Dengan melihat secara tepat, agen akan mampu memahami situasi dan kondisi warga dampingan sehingga akan dapat melakukan pendampingan secara tepat.

Belajar tentang pengamatan ini intinya adalah tentang melihat apa yang terjadi, dialami, bukan justru melihat apa yang ingin dilihat (oleh pendamping). Sering kali hasil pengamatan mudah teralihkan pada makna atau interpretasi, sehingga bukan merupakan hal yang faktual terjadi. Interpretasi merupakan proses pemaknaan oleh pikiran. Intepretasi ini sering kali tercemari dengan intensi pribadi, pengalaman pribadi, motif atau keinginan pribadi yang membuat pengamatan yang kita maknai bukan fakta tapi lebih pada apa yang dilihat. Intepretasi akan memberikan makna tepat, ketika data sudah terkumpul dengan disertai

melibatkan beberapa cara seperti pada prinsip-prinsip asesmen.

b. Keterampilan empati

Empati merupakan keterampilan seseorang untuk memahami apa yang dirasakan dan dipikirkan orang lain. Ketika dalam diri seseorang memiliki keterampilan empati, maka ia akan dapat memahami apa yang mendasari perilaku orang di sekitarnya. Empati ini merupakan keterampilan yang melibatkan aspek kognisi, tidak sekedar emosi. Karenanya, keterampilan empati ini juga akan dapat membuat diri tetap mampu berpikir jernih ketika memahami situasi emosi orang lain di sekitarnya.

Seseorang yang sedang membutuhkan pendampingan biasanya sedang mengalami situasi psikologis yang kurang bugur, seperti merasakan tekanan, penuh emosi negatif, tidak bersemangat, kecemasan, dan sebagainya. Ketika seseorang sedang beremosi negatif dan berkeluh kesah atas pengalamannya, mudah sekali membuat partner keluh kesah mengalami situasi serupa. Bila proses yang berjalan menimbulkan sikap memahami maka proses empati sedang berjalan. Namun situasi akan berbeda bila yang terjadi adalah terlarut pada situasi emosi itu. Ini akan membuat si partner

keluh kesah masuk pada situasi simpati dan dapat berdampak pada sikap kurang mampu merespon secara objektif. Ketika seorang pendamping memiliki keterampilan empati yang cukup maka para pendamping akan cukup terampil mengontrol pikiran dan perasaannya dari situasi simpati.

Melatih keterampilan empati ini perlu melibatkan proses bertahap dan berkesinambungan. Para agen dapat dilatih tentang empati melalui aktivitas yang telah dilakukan sebelumnya oleh Keskin (2014) di mana dilakukan proses bermain peran (acting) sehingga akan mengalami proses pemaknaan, imajinasi, memahami perspektif dan pada akhirnya dapat merasakan pengalaman tersebut. Dengan memiliki keterampilan empati, diharapkan para agen kebugaran ini nantinya akan mampu melihat secara objektif situasi masyarakat yang didampingi di tengah kedekatan antara agen pendamping dengan komunitas dampungannya.

c. Mendengarkan aktif

Mendengarkan aktif merupakan elemen penting dalam membangun hubungan antar manusia. Mendengarkan aktif juga menjadi salah satu elemen kunci pada proses konseling. Dengan mampu mendengarkan aktif, rekan

berkomunikasi akan merasa diterima dan dihargai sebagai manusia. Ini dapat melahirkan rasa nyaman. Dari hadirnya rasa diterima, seseorang akan lebih terbuka untuk didampingi, termasuk untuk kepentingan pengembangan diri. Oleh karena itu, agen pendamping akan terdukung bila memiliki kapasitas ini.

Mendengarkan aktif pada dasarnya merupakan kemampuan dan kemauan untuk mendengarkan yang diikuti memahami orang lain (Malureanu & Vasluianu, 2016). Secara umum, mendengarkan aktif terdiri dari dua komponen utama: upaya otentik untuk berusaha memahami orang lain dan upaya mengkomunikasikan atau merefleksikan pemahamannya kepada orang tersebut (Clawson, 2014). Maka, untuk dapat membuat agen kebugaran psikologis ini dapat memfasilitasi secara optimal perlu dilatih bagaimana dapat bersikap mendengarkan lalu diikuti pemahaman dan melakukan refleksi pemahaman dengan tepat.

d. Keterampilan dialog

Dialog merupakan bagian dari hal berkomunikasi. Dalam bukunya, Isaac (dalam Novianti, 2012) menuliskan bahwa dialog bertujuan untuk mendapatkan kesamaan

pemahaman antarpihak yang terlibat. Untuk mencapai hal ini maka diperlukan upaya untuk memahami konteks. Dialog dipandang akan memberikan manfaat lebih karena proses untuk memahami konteks menjadi poin penting, tidak hanya tentang makna akhir pesan atau apa yang ingin disampaikan.

Ada hal yang perlu dihadirkan agar dialog dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terlibat. Pertama adanya proses saling memberi dan menerima pesan antarpihak yang terlibat. Berikutnya, perlu pula hadir sikap empatik dari pihak-pihak yang terlibat. Sikap empatik ini terwujud baik dari respon verbal maupun nonverbal selama berdialog. Selain itu, hadirnya sikap tanpa penghakiman, menerima semua pihak yang terlibat secara terbuka, maupun, secara mendasar, kesiediaan untuk mendengarkan tanpa prasangka penting untuk membangun suasana dialog yang bermanfaat (Novianti, 2012).

Kemampuan agen untuk memfasilitasi dialog akan menjembatani pesan dari masyarakat yang didampingi sehingga dapat dipahami sesuai konteks oleh agen pendamping. Membangun keterampilan memfasilitasi dialog sehat ini berarti melatih para agen agar dapat menghadirkan sikap tanpa penghakiman,

berlatih memiliki keterbukaan pikiran, serta berlatih memahami pernyataan pasangan dialog sesuai makna dan konteks dialog, bukan pemikiran dan pengalaman pribadi.

e. Keterampilan mengelola kelompok

Salah satu potensi tantangan bagi agen kebugaran psikologis ini adalah bahwa proses yang akan difasilitasi berada di tengah masyarakat. Dengan model masyarakat kita, sangat mungkin pendampingan yang dilakukan berwujud komunal, entah kelompok kecil ataupun suatu organisasi masyarakat. Oleh karena itu, keterampilan agen kebugaran psikologis dalam hal mengelola kelompok sehingga mampu menghadirkan ruang berproses yang adil bagi semua pihak yang terlibat penting untuk dihadirkan.

Secara umum, keterampilan dasar untuk pendampingan individu akan menjadi modal penting dalam melakukan pendampingan suatu kelompok. Namun demikian, ada kekhasan karena sifatnya yang terdiri dari beberapa orang, yang berarti beberapa pemikiran, membuat keterampilan fasilitasi kelompok secara spesifik perlu dilatihkan. Beberapa hal yang penting untuk dilatih bagi para agen kebugaran psikologis ini nantinya seperti membangun partisipasi

anggota, mengelola konflik dalam kelompok, maupun melakukan evaluasi dan pengiraan untuk kepentingan memantau kemajuan anggota kelompok (Prendville, 2008).

f. Keterampilan merujuk (referral)

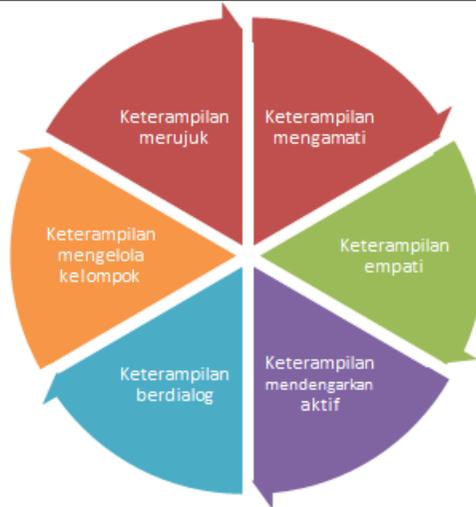
Para agen yang dilatih ini bukan merupakan profesional kesehatan mental. Oleh karena itu penting pula melatih keterampilan pengiraan sederhana (asesmen) tentang tingkat keparahan kondisi psikologis masyarakat dampungannya. Ini bermanfaat agar masyarakat dapat tertangani dengan tepat. Di sisi lain, juga akan berguna bagi agen karena terhindar dari tekanan psikologis berlebihan akibat memfasilitasi situasi di luar kapasitasnya. Keterampilan merujuk atau referral ini terdiri dari beberapa hal (lihat gambar 7):

- 1) Identifikasi gejala-gejala dasar kondisi psikologis pada taraf sedang menuju berat. Keterampilan ini bermanfaat agar dapat memberikan balikan objektif tentang kapasitas masyarakat dampingan yang masih dapat didampingi oleh agen.
- 2) Keterampilan membangun jejaring kesehatan mental.
- 3) Ini bertujuan untuk menyiapkan diri ke mana akan merujuk ketika menemui situasi di luar

kapasitasnya. Jejaring rujukan ini tidak hanya profesional kesehatan mental namun juga kesehatan fisik maupun hal tentang keamanan.

- 4) Keterampilan berdialog kepada masyarakat dampingan
- 5) Proses merujuk sering kali diterima sebagai ketidakmauan seseorang terhadap pasien/ klien. Hal ini pun juga sering berdampak pada tidak adanya dampingan psikologis yang dilakukan akibat keengganan pasien/ klien untuk mengakses pihak rujukan. Oleh karena ini keterampilan merujuk juga menekankan pada bagaimana dialog yang dibangun. Lakukan penjelasan mengapa perlu mengakses profesional kesehatan mental. Jelaskan tentang manfaat yang akan diperoleh. Dan jangan lupa, beri gambaran kira-kira proses akan seperti apa sehingga harapannya warga dampingan tidak resisten dahulu sebelum mencoba.

## Keterampilan dasar menjadi pendamping di masyarakat



Gambar 7. Berbagai keterampilan pendampingan

3. Mempraktikkan keterampilan pendampingan dalam aktivitas di komunitas

Kemampuan keterampilan psikologis di atas merupakan bekal bagi agen kebugaran psikologis untuk mendampingi penguatan di masyarakat. Langkah selanjutnya mempraktikkan di masyarakat sehingga akan diperoleh teknik, cara, dan model pendampingan untuk penguatan kebugaran psikologis sesuai kondisi komunitasnya. Para agen diarahkan untuk mempraktikkannya sesuai dengan aktivitas sehari-hari. Apabila agen diambil dari

komunitas-komunitas yang sudah ada, maka diarahkan untuk mempraktikkannya sembari berkegiatan sesuai agenda komunitasnya. Namun, apabila agen ini secara spesifik dibentuk dengan tujuan penguatan kebugaran komunitas maka mereka perlu dibekali pula dengan membuat rancangan aktivitas. Misalnya, membuat kegiatan rutin bekerjasama dengan kelompok atau komunitas yang sudah ada, membuat agenda kegiatan mandiri, serta membangun dukungan bagi aktivitas ini agar berkelanjutan di komunitas atau masyarakat tersebut.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar proses praktik ini memberikan dampak pada komunitas sesuai tujuannya. Pertama, upaya agar praktik ini dilakukan secara rutin. Bila memungkinkan, praktik yang dilakukan sekaligus mendorong masyarakat menyelenggarakan secara terjadwal. Kedua, adanya proses berkesinambungan, karena pembentukan kebugaran psikologis ini merupakan suatu proses, tidak instan. Hindari sikap *'one shoot'* atau bisa juga disebut sebagai paradigma proyek. Maksudnya adalah bahwa agen melakukan kegiatan hanya dalam rangka mempraktikkan keterampilan sesudah diberi pelatihan. Ini artinya berfokus pada kepentingan agen, bukan memenuhi tujuan bagi komunitas. Tanamkan bahwa praktik ini adalah proses yang mengalir sesuai kebutuhan.

Harapannya prosesnya akan lebih alami, sesuai kondisi lapangan, baik dalam hal cara beraktivitas maupun isi penguatan yang perlu dihadirkan di komunitas.

#### 4. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala

Apakah suatu pendekatan, tritmen, atau program berdampak positif bagi penerimanya akan dapat dijawab dengan proses evaluasi dan monitoring proses. Demikian pula, bagaimana dampak agen kebugaran psikologis terhadap kesehatan mental di komunitas akan dapat terjawab ketika dalam programnya berlangsung proses monitoring dan evaluasi berkala dan berkelanjutan. Kegiatan ini tentu bertujuan untuk memastikan bahwa agen kebugaran ini menjalankan fungsinya dengan optimal.

Monitoring maupun evaluasi perlu dibangun dengan indikator yang jelas. Disarankan, para agen juga mulai menentukan indikator berdasarkan fokus komunitas, dapat dilakukan, diamati, dan dilatih dalam jangka waktu pendek, maupun sesuai pola masyarakat setempat. Indikator dapat berasal dari data atau kondisi masyarakat atau komunitas dampingian.

Di sisi lain, aktivitas monitoring dan evaluasi ini juga perlu berfokus pada kualitas keterampilan para agen maupun pengalaman prosesnya.

Monitoring dan evaluasi berfokus pada kualitas keterampilan pendampingan akan dapat memindai ketika ada keterampilan lain yang perlu lebih diasah sesuai kebutuhan setempat. Adanya evaluasi proses pengalaman agen akan dapat pula mendukung motivasi internalnya untuk terlibat menjadi pendamping kebugaran psikologis di komunitas. Dengan mendengarkan kebutuhan dan situasi langsung di lapangan, para agen juga akan terjaga kesehatan mentalnya. Ini perlu, karena ketika merasa tertekan, atau diabaikan, maka para agen ini pun akan sulit untuk dapat menjadi pendamping kebugaran psikologis yang sehat bagi komunitasnya.

## **Penutup**

Menjadi sehat mental merupakan suatu kondisi yang perlu diupayakan. Langkah partisipatif dari banyak pihak akan mendorong terwujudnya kualitas kesehatan mental pada level komunitas, terlebih dengan pola masyarakat seperti di Indonesia. Jeli melihat kekuatan yang ada di komunitas akan menjadi salah satu kunci untuk mewujudkannya. Hal ini sekaligus menjadi alternatif cara yang dapat digunakan ketika hambatan karena ketiadaan sumber daya menjadi isu yang sedang dialami. Memahami karakter kehidupan dan sumber daya suatu komunitas kemudian dipadu dengan

membekali para agen komunitas dengan keterampilan psikologis akan mendekatkan terwujudnya kebugaran psikologis untuk mendukung terciptanya kesehatan mental di masyarakat. Sebuah impian yang tidak mustahil terwujud bila dilakukan dengan keterbukaan sikap untuk bekerja sama dan berproses bersama.

## DAFTAR PUSTAKA

Agodzo, D. (2015). Six Approach to Understand National Cultures: Hofstede's Cultural Dimension. [www.researchgate.net/publication/284732557](http://www.researchgate.net/publication/284732557)

Cieslieska, M., D. Jemielniak (eds). (2018). Observation Method. *Qualitative Methodologies in Organization Studies*. <https://www.researchgate.net/publication/321806239> Observation Methods Diakses dari internet 22 April 2020

Gagnon, M-C.J., Duran-Bush, N., Young, B.W. (2016). Self-regulation Capacity is Linked to Wellbeing and Burnout in Physicians and Medical Students: Implication for Nurturing Self-help Skill. *International Journal of Wellbeing*, 6(1),101-116.

Keskin, S.C. (2014). From What Isn't Emphaty to Emphatic Learning Process. *Procedia-Social and Behavioral Science*. 116. 4932-4938.

- Nguyen, Phuang-Moi (2015). Hofstede Five Value Dimensions of Culture. Review Paper for CCA Course.
- Novianti, L. P., Prawitasari, J.E (ed) (2012). Dialog: Jembatan Menuju Kesehatan Mental. *Psikologi Terapan: Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Erlangga
- Prawitasari, J.E., Novianti., L.P., Kartikaningtyas, R., & Handayani, T.D. (2012). Multilevel Facilitating to Solving Perceiving Psychosocial Problems in The Community. *Jurnal Psikologi*. 39. 1. 1-12.
- Prawitasari-Hadiyono, J.E., Suhapti, R., Paramastri, I., Novianti, L.P., Ratih, T., and Rengganis, N. (2009). *Social Artistry, Lokales Wissen und Konflikte nach einem Erdbeben*. Zeitschrift für Psychodraman und Soziometrie, 8:277-295.
- Predneville, P. (2008). *Developing Facilitation Skills. A Handbook for Group Facilitators*. Meitheal: Combat Poverty Agency
- Flavia, M. & Enachi-Vasluianu, L. (2016). THE IMPORTANCE OF ELEMENTS OF ACTIVE LISTENING IN DIDACTIC COMMUNICATION: A STUDENT'S PERSPECTIVE. *CBU International Conference Proceedings*. 4. 332. 10.12955/cbup.v4.776.
- Clawson, James. (2008). *Active Listening*. <https://www.researchgate.net/publication/228>

[144342 Active Listening/link/546e553d0cf29806ec2eb190/download.](#)

# BAB 8

## Psikologi Kesehatan Komunitas

Johana E. Prawitasari dan Anita Novianty

### Pengantar

Isi bab diambil dari tulisan penulis pertama (JEP) yang telah terbit dan disampaikan dalam berbagai forum. Antara lain isi berasal dari sebagian makalah kuliah umum di Universitas Airlangga dan pertemuan nasional Ikatan Psikologi Klinis (IPK) bulan November 2012 di Surabaya, yang berisi kesehatan mental masyarakat dan intervensi psikologi komunitas. Ada juga makalah yang disajikan di Temu Ilmiah Lustrum 2 Fakultas Psikologi Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA) tentang psikologi kesehatan klinis di bulan September 2012. Ada lagi isi yang berasal dari forum psikologi kesehatan yang diselenggarakan oleh Fakultas Psikologi YARSI di bulan Mei 2014. Penulis kedua (ANY) memperbaharui pustaka dan menambah ilustrasi di bab ini.

Bab ini diawali dengan menggambarkan apa yang dilihat oleh Anthony J. Marsella, seorang profesor emeritus psikologi dari Universitas Hawai'i. Tulisan Marsella sangat relevan dengan situasi di negeri kita tercinta. Ada pasar bebas dengan segala konsekuensinya. Psikolog dari negara lain akan diijinkan praktik di sini. Meskipun kemungkinan kurang laku di negerinya, karena apabila laku, mengapa harus pindah ke negara berkembang? Atau karena alasan lain, mereka dicari di sini, hanya karena seolah-olah ia terkesan lebih mampu daripada psikolog kita sendiri. Selama ini, kita mengacu terapan psikologi klinis ala negara-negara di dunia yang lebih maju. Pendidikan psikologi klinis profesional pun juga demikian. Landasannya adalah persoalan psikologis lebih bersifat intra-konflik, yang ada pada seorang manusia, berdasarkan pengalaman hidupnya. Padahal di negeri kita, masih banyak masyarakat prasejahtera. Pendekatan intra-konflik yang menimbulkan kecemasan dan kesedihan, sepertinya kurang relevan dengan situasi kemiskinan yang nyata dialami sebagian masyarakat kita tersebut.

Persoalan psikologis manusia di negeri kita lebih banyak disebabkan oleh kemiskinan dan turutannya, termasuk di dalamnya inter-konflik atau konflik antar manusia, antar suku, antar agama, yang sering digunakan secara politis. Apabila mengacu pada persoalan intra-psikis saja, kita akan kehilangan arah untuk persoalan makro tersebut. Yang perlu banyak kita lakukan adalah

terlibat dalam terapan makro terutama di organisasi, komunitas, masyarakat, dan kebijakan. Utamanya kita dapat terlibat dalam kebijakan seperti yang telah dikerjakan oleh HIMPSI pada periode kepemimpinan Retno Suharti, sebagai Ketua Umum dalam dua periode (2006-2014). Atau dapat dilihat juga apa yang dikerjakan oleh Ketua IPK DKI Jakarta A. Kasandravati Putranto untuk terlibat dalam kebijakan pelayanan kesehatan mental-fisik, sekaligus dalam psikologi-ekonomi masyarakat.

Istilah kesehatan komunitas dapat berkonotasi luas. Apabila mengacu pada kesehatan masyarakat, biasanya berkaitan dengan adanya penyakit menular yang menyebar di suatu tempat. Indikator kesehatan masyarakat menggunakan angka harapan hidup, angka kelahiran dan kematian bayi, angka kematian ibu hamil, prevalensi dan insidensi penyakit menular yang menyebar di masyarakat. Akan tetapi bila disebut psikologi kesehatan komunitas, istilah ini jadinya lebih pada fungsi masyarakat. Komunitas bisa jadi masyarakat di suatu tempat, kumpulan sekelompok masyarakat, anggota suatu lembaga, anggota suatu ikatan, paguyuban, trah, sehoji, seselera, seusia, dan seterusnya dengan kepentingan, kebutuhan, kegiatan yang sama. Contohnya, ada berbagai komunitas, misalnya komunitas "penyintas kanker", "keluarga pasien skizofrenia", "segosegawe" (komunitas penyinta sepeda untuk ke sekolah dan ke tempat kerja) dan banyak lagi.

Psikologi kesehatan komunitas, kami artikan sebagai keterlibatan psikologi klinis dan psikologi pada umumnya dalam kesehatan mental-fisik di sekumpulan masyarakat di suatu tempat, atau di beberapa tempat dengan kegiatan sama. Ada banyak kegiatan berkaitan dengan itu. Misalnya, UKRIDA melakukan kerjasama antar disiplin untuk menangani diabetes, menyaring gangguan mental depresi dan kecemasan, meningkatkan kebugaran psikologis, mengembangkan ekonomi mikro, dan teknologi tepat guna di dekat Kampus 2. Kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat ini merupakan keterlibatan disiplin kedokteran, psikologi, ekonomi, dan teknik dalam kesehatan komunitas (Adirinekso dkk., 2018). Lalu indikator psikologi kesehatan komunitas apa? Kami mengajukan indikator kesehatan psikososial masyarakat yang dapat digunakan sebagai pertimbangan. Jadi, keluaran kerjasama antar disiplin tersebut dapat menggunakan indikator kesehatan psikososial dalam suatu komunitas, yakni berupa keluarahan, kecamatan, kota bila itu di kota, atau dukuh, dusun, kabupaten bila itu di desa (lihat Prawitasari & Theodorus, 2021).

Bab tentang psikologi kesehatan komunitas dimulai dengan uraian tentang situasi psikologi komunitas Global yang disampaikan oleh Marsella, situasi saat ini ketika pandemi Covid-19 dan dibandingkan dengan psikologi klinis terapan mikro dan makro. Setelah itu disampaikan konsep terapan psikologi

mikro dan makro berdasarkan buku JEP (2011). Tentang psikologi kesehatan ditulis setelah itu. Barulah kemudian diuraikan inti bab yang sesuai dengan judul yaitu psikologi kesehatan komunitas. Untuk menelitinya disediakan metode penelitian dari pengalaman kami maupun dari hasil penelitian yang telah terbit di jurnal internasional. Rangkuman disajikan untuk memudahkan pembaca secara cepat mengetahui apa saja yang ada dalam bab yang kami tulis. Bab diakhiri dengan penutup.

## **Psikologi Komunitas Global**

Meskipun ditulis di tahun 1998, artikel yang ditulis oleh Anthony J. Marsella dari Universitas Hawai'i sangat cocok dengan situasi saat ini juga. Tulisan tersebut sudah lama berlalu. Meskipun demikian, apa yang ditulis Marsella sangat relevan dengan pengalaman di negeri kita. Marsella menulis tentang "*global-community psychology*". Pemikiran Marsella sangat sejalan dengan pemikiran JEP sepulang dari ambil program Ph.D. dalam psikologi klinis di University of Arizona, Tucson, Arizona, Amerika Serikat di akhir tahun 1985 (lihat pemikiran dan hasil berbagai penelitian, yang telah terbit sebelum 1998 di berbagai artikel yang dapat diunduh di laman [johana.staff.ugm.ac.id](http://johana.staff.ugm.ac.id)).

Dengan adanya pasar bebas, sebetulnya psikologi, yang berorientasi pada perkembangan psikologi di

negara maju seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat, perlu dipertimbangkan kembali. Atau psikologi dari negeri-negeri di belahan Barat perlu disesuaikan dengan budaya setempat apabila akan diterapkan di belahan Timur. Muncul psikologi lintas budaya. Hanya menurut pandangan kami, psikologi lintas budaya tetap saja berorientasi perkembangan psikologi di belahan Barat (istilah Marsella "*Western psychology*") yang ingin disebut universal, karena teori, konsep yang dikembangkan dapat menerangkan perilaku manusia di negara-negara belahan Timur. Ada kesan kolonialisme ilmu pengetahuan dalam psikologi lintas budaya. Kita tertelakung oleh teori-teori yang dianggap mapan tersebut, yang biasa disebut teori utama (*grand theories*). Istilah yang digunakanpun seolah-olah baku, sehingga para peneliti di negara belahan Timur terutama Indonesia, sangat meragukan temuan penelitian ilmunya sendiri. Banyak disertasi menggunakan istilah dalam bahasa Inggris tanpa diterjemahkan ataupun dicari padanannya dalam bahasa Indonesia. Meskipun telah ditemukan beberapa fenomena yang berlawanan dengan teori Triandis, misalnya, tetap saja ilmunya tidak berani memberi masukan pada pencetus teori tentang masyarakat individualis dan kolektifis (lihat hasil penelitian Tjipto Susana dalam Prawitasari, 2011). Terkesan ada semacam keengganan untuk lebih berani berpendapat dan berargumen dengan pencipta teori aslinya.

Dalam tulisannya yang visioner tersebut, Marsella menulis tentang adanya gerakan psikologi asli atau dapat disebut psikologi bumiasli (*indigenous psychology*), termasuk Psikologi Nusantara yang ada di Prawitasari (2011). Oleh karena belum ada teori mapan yang dikembangkan di negara-negara di belahan Timur, perlu ada penggalian fenomena yang ada. Untuk itu yang lebih diutamakan adalah penelitian dengan metode kualitatif, apakah dengan pengamatan (libatan dan nirlibatan), wawancara, diskusi kelompok terarah, pengamatan dokumen, penggunaan seni, penggunaan hasil rekaman foto atau video, dan metode gabungan kuantitatif dan kualitatif. Selama ini penelitian psikologi sangat bersifat kuantitatif dan berdasarkan penelitian eksperimen, terutama di Amerika Serikat dengan subjek mahasiswa. Disebutkan Marsella bahwa hasil penelitian yang berupa angka hasil analisis statistik, sangat objektif, bersifat individualistis, dan dapat berlaku umum, sangat membatasi pengguna di luar negara-negara belahan bumi sebelah Barat. Ada kebutuhan untuk memberikan perhatian pada kebutuhan dunia yang berubah karena mudahnya transportasi, sehingga perpindahan penduduk dapat cepat terjadi. Terjadi komunikasi secara maya. Dunia seolah-olah menjadi satu tanpa batas nyata secara fisik.

Apalagi saat ini, ketika terjadi perubahan yang mendadak dan mengganggu kehidupan sehari-hari manusia di segala penjuru dunia dengan merebaknya

pandemi Covid-19, muncul istilah '*New Normal*'. Kehidupan normal baru. Orang menggunakan masker bila keluar dari rumah. Bahkan sekarang ini saat pandemi merajalela, banyak orang meninggal dan banyak yang terpapar varian baru. Apakah itu varian alpha, beta, delta yang berasal dari negara-negara tertentu, menyebabkan banyak keluarga terpapar dan dicek dengan *swab antigen* positif. Selain itu banyak kantor menerapkan kerja dari rumah. Sekolah juga melakukan pengajaran dari rumah. Semua dikerjakan melalui dalam jaringan (daring). Orang terkungkung, apakah untuk isolasi mandiri karena terpapar, atau pun bekerja dan belajar dari rumah. Banyak kegiatan sosial, ekonomi terganggu. Semua runtuh dan timbul cara baru dalam perputaran kegiatan ekonomi dan sosial. Orang belanja dari dunia maya. Orang berkumpul melalui *video call*, *google meet* atau *zoom*. Semua kegiatan sosial dilakukan di dunia maya, bukan dunia fisik yang biasa kita alami. Perkembangan teknologi sangat cepat. Adanya revolusi industri 4.0 membuat pekerja manusia digantikan mesin. Apalagi yang menyebabkan keselamatan kerja rendah, seperti menjaga gardu toll. Atau pekerjaan rutin yang berulang tidak membutuhkan manusia dalam mengoperasikannya, seperti memotong kertas koran yang dapat membahayakan lengan manusia dapat terpotong. Pekerjaan berbahaya seperti ini dapat digantikan oleh mesin.

Perubahan mendadak akibat pandemi ini memengaruhi dunia batin kita secara perorangan maupun secara kolektif. Pandemi Covid-19 tidak hanya memengaruhi kesehatan fisik, melainkan juga kesehatan mental (kepanikan, kecemasan, kebingungan, perasaan depresif), kesehatan ekonomi, hingga stigma sosial/ras (Taylor, 2019). Ada masalah identitas, perubahan perilaku, hingga kesejahteraan yang perlu diselesaikan, namun tak cukup lagi berangkat dari perspektif perorangan melainkan perspektif sistem. Isu pandemi tidak hanya mewakili masalah kesehatan fisik-mental, namun juga tumpang tindih dengan masalah politik, *hoax* (berita palsu/tidak benar/ tidak jelas asalnya), hingga kelas yang diuntungkan dan marginal terkait akses kesehatan. Begitu pula dengan psikologi yang perlu memikirkan ulang asumsi, metode, hingga intervensi yang digunakannya selama ini untuk menjawab tantangan global tersebut. Sejauhmana kita mengenal masyarakat kita sehingga dapat diajak melakukan perubahan perilaku bersama untuk mengatasi pandemi? Apakah berbekal dengan pengetahuan dan teori yang ada selama ini kita sudah cukup mengenal psikologi masyarakat kita sendiri yang ada dari Sabang hingga Merauke?

Marsella menawarkan sebuah sudut pandang yang ia namai 'Psikologi Komunitas Global'. Ia menyebutkan bahwa: *"Global-community psychology, as presently defined, prizes diverse psychologies and works against the*

*inequities imposed by any asymmetries*" (1998:1284). Tidak ada dominansi psikologi barat. Adanya psikologi bumiasli memungkinkan berkembangnya psikologi budaya. Perkembangan arah psikologi ini dapat mengakomodasi perilaku manusia yang hidup di negara di luar negara-negara belahan bumi di sebelah Barat. Marsella mengajukan berbagai materi kuliah untuk mahasiswa yang ingin belajar tentang psikologi komunitas global. Antara lain materi kuliah dapat terdiri dari psikologi lintas budaya, psikologi budaya, psikologi bumiasli, psikologi ulayat (lihat Setiadi, 2012), pemodelan global, hubungan internasional, antropologi budaya, sosiologi urban dan perencanaan, psikologi komunitas, kesehatan masyarakat, studi perdamaian, studi masa mendatang, dan geografi manusia. Juga termasuk di dalamnya kuliah tentang teori sistem, khaos, dan kompleksitas. Program pelatihan tersebut melibatkan premis multidisiplin, multibudaya, multisektoral, multimetode, dan multiintervensi. Tentu saja ini akan memberikan kesempatan berkembangnya pemikiran antar budaya, antar disiplin, dan antar sektor. Pemikiran Marsella tentang psikologi komunitas global ini memberikan kesempatan baru bagi psikologi untuk berperan serta mengembangkan terapannya demi kepentingan manusia yang menghadapi berbagai hal baru dalam hidup kita.

Psikologi klinis terapan makro sejalan dengan pemikiran Marsella tersebut. Psikologi Nusantara (lihat

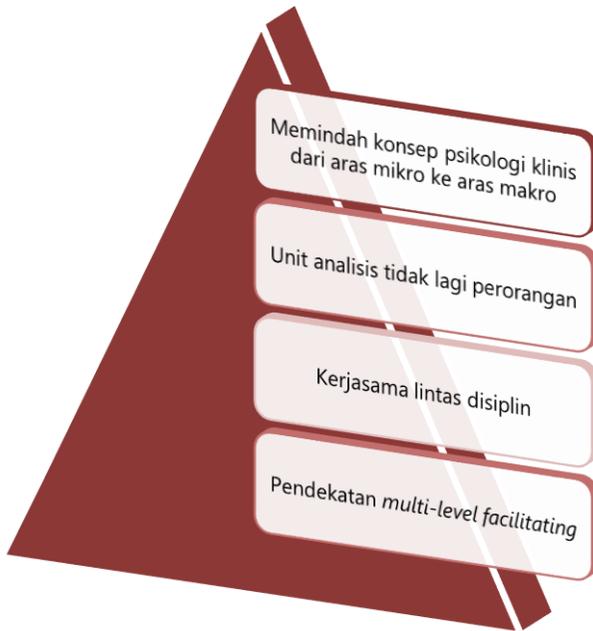
Prawitasari, 2011) lebih mengakomodasi kekayaan pengetahuan, tradisi, budaya, seni yang ada di tiap nusa di negara kita. Ilmuwan perilaku dapat mengembangkan dan menyumbang pada Psikologi Nusantara yang sifatnya bukan tunggal tapi jamak sesuai dengan Bhineka Tunggal Ika. Kita dapat mengikatnya dan menggabungkan menjadi suatu pendekatan baru dalam psikologi. Hasil penelitian kita dapat disampaikan di forum internasional. Sekarang ini telah ada beberapa pusat studi psikologi yang dikembangkan di berbagai universitas, misalnya UGM punya *Center for Indigenous and Cultural Psychology* (lihat <https://cicp.psikologi.ugm.ac.id/en/home-2/>), Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang punya *Center of Indigenous and Peace Psychology*, Universitas Negeri Sebelas Maret (UNS) punya *Center for Community and Indigenous Psychology*, UIN Sultan Syarif Kasim Riau punya *Center for Indigenous Psychology* (lihat: <https://cip-psikologi.uin-suska.ac.id>), Universitas Muhammadiyah Surakarta (UMS) punya *Center for Islamic and Indigenous Psychology* (lihat: <https://psikologi.ums.ac.id/ciip/>), dan Universitas Udayana punya *Center for Indigenous and Health Psychology*.

## **Terapan Psikologi Mikro-Makro**

Jika Marsella (1998) menawarkan Psikologi Komunitas Global untuk menjawab berbagai tema permasalahan peristiwa dan tekanan global yang diidentifikasinya dengan bekal pengetahuan, metode, dan intervensi yang multidisiplin, multisektoral, dan multinasional. Sementara itu, di Indonesia JEP melihat seringkali pendekatan intra-konflik sebagai sumber isu psikologis di masyarakat kita tidak selalu mencerminkan kenyataan yang dihadapi masyarakat prasejahtera, terutama bila berkaitan dengan isu kemiskinan. Dengan cara meminta klien mengubah pola pikir, perasaan dan tindakannya dalam menghadapi situasi hidup yang mereka hadapi apakah dapat mengatasi persoalan nyata dalam kehidupan mereka? Dirasa hal itu sungguh tidak adil karena ada isu sistemik di balik itu semua (Prawitasari, 2011).

Oleh karena latar pendidikan JEP adalah psikologi klinis, maka berbagai penelitian mengacu pada alih pindah keahliannya tersebut untuk aras makro. Sebetulnya tidak hanya psikologi klinis yang dapat diterapkan dalam sistem di luar perorangan, keluarga, dan kelompok, tetapi secara umum psikologi juga dapat diterapkan di organisasi, komunitas, masyarakat luas, dan kebijakan. Hanya saja karena ruang lingkup pembahasan dalam bab ini mengacu pada hasil penelitian yang tertulis di buku Prawitasari (2011), maka isinyapun juga mengacu apa yang sudah terbit tersebut.

Secara langsung di buku tersebut (lihat Prawitasari, 2011) tidak tercantum butir-butir penting yang menjadi landasan terapan psikologi klinis mikro-makro, ANY merumuskan beberapa butir penting yang ditawarkan yaitu: a) memindah konsep psikologi klinis yang beragam tersebut dari aras mikro ke aras makro; b) unit analisis tidak lagi perorangan, melainkan di luar individu baik kelompok, komunitas, organisasi, bahkan kebijakan; c) kerjasama lintas disiplin; dan d) pendekatan *multi-level facilitating*, yaitu menempatkan ahli (psikolog/ ilmuwan psikologi) sebagai desainer dan mendampingi komunitas/masyarakat untuk menghadapi persoalannya, dengan harapan saat desainer tersebut tidak lagi berada di sana, komunitas/masyarakat terlatih untuk mengelola persoalannya (lihat Gambar 1).



Gambar 1. Landasan Terapan Psikologi Klinis Mikro-Makro

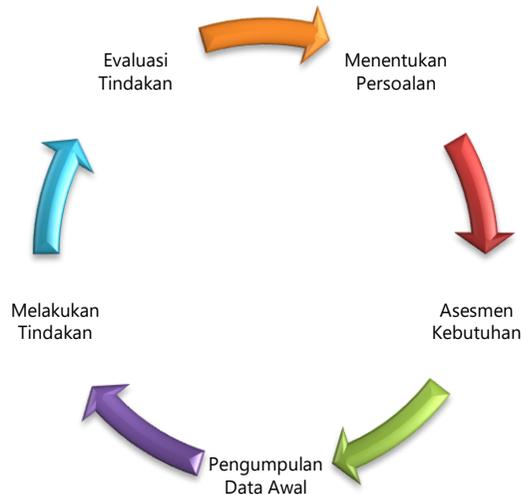
Di aras mana pun, apakah itu mikro atau makro, saat psikologi secara umum diterapkan, tetap saja pengiraan atau asesmen dilakukan. Hasilnya digunakan untuk menentukan tindakan paling tepat bagi kasus yang sedang ditangani. Untuk kasus perorangan, banyak sekali metode dan teknik tersedia. Antara lain telah berkembang pesat asesmen dengan norma untuk berbagai populasi, misalnya *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III) telah menyediakan norma

gender dan tambahan skala validitas. Selain baterai test psikologi baku yang biasa digunakan dalam praktek perorangan, seperti tes *Rorschach*, *Thematic Apperception Test* (TAT), *Skala Wechsler, Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), *Draw A Person* (DAP), atau *Draw A Tree* (DAT), wawancara dan pengamatan tetap digunakan untuk memperoleh data tentang proses psikologis orang yang ditangani. Skala Kepribadian UGM yang disusun oleh anggota yang dulu disebut Bagian Psikologi Klinis, Fakultas Psikologi UGM, masih belum dituntaskan sampai pembuatan norma untuk berbagai kelompok usia, pekerjaan, ataupun gangguan mental yang diteliti sekaligus manual penggunaannya.

Di aras makro, psikologi perlu menggunakan pendekatan kualitatif. Penggunaan *Focus Group Discussion* (FGD) merupakan salah satu cara mengumpulkan data awal sebelum tindakan dilakukan. Pengamatan dan wawancara orang-orang penting di suatu komunitas juga menjadi metode andalan bila kita menerapkan psikologi klinis makro. Berbagai dokumen yang ada juga menjadi sumber data sebelum tindakan dilakukan. Data rekaman elektronik seperti kamera, audio dan video juga sangat penting untuk dikumpulkan (lihat Zaumseil & Prawitasari-Hadiyono, 2012). Demikian pula perlu dijajaki pengumpulan data dari pemerintah daerah termasuk eksekutif dan legislatifnya apabila kita akan meneliti kebijakan. Analisis jejaring

sosial juga perlu dilakukan. Proses asesmen di aras makro tidak terlalu berbeda jauh dari penelitian kualitatif. Willig (2009) menulis tentang pengantar penelitian kualitatif dalam psikologi. Isinya antara lain dari resep kepetualangan, rancangan penelitian kualitatif, teori lapangan, metode fenomenologi, studi kasus, psikologi diskursif, analisis diskursif Foucauldian, kerja dengan ingatan, kualitas dalam penelitian kualitatif.

Gambar 2. Siklus Penelitian Tindakan



Sebetulnya pendekatan perilaku juga menyediakan metode yang tiap kali dikaji ulang di jurnal perilaku internasional. Uniknya asesmen dengan menggunakan pendekatan ini akan mampu mengantarai

penelitian ilmu sosial yang murni menggunakan pendekatan kualitatif dan ilmu kedokteran atau kesehatan yang murni menggunakan pendekatan kuantitatif (lihat Prawitasari, 2012). Begitu kita menggunakan pendekatan perilaku, skala rasio dapat digunakan terutama untuk frekuensi dan durasi perilaku yang diteliti. Pengamatan berkali-kali dapat dilakukan pada satu kasus saja. Terapan psikologi klinis dengan menggunakan pendekatan perilaku sangat khas terapan mikro yang dianggap lebih ilmiah daripada pendekatan lainnya. Penelitian sekaligus terapan dilakukan bila kita menggunakan pendekatan perilaku, sehingga hasilnya dianggap lebih ilmiah. Dari pengamatan visual akan terlihat apakah perilaku yang diteliti betul-betul berubah. Apakah perilaku akan bertambah atau berkurang frekuensi dan durasinya bergantung pada tujuan perubahan perilaku yang dirancang sejak awal. Rancangan kasus tunggal ingin membuat lebih ilmiah studi kasus klinis.

Dalam praktik psikologi, berdasarkan hasil asesmen, dapat dirancang tindakan yang tepat. Pengaruh tindakan juga perlu dinilai lagi. Terutama bila kita akan menerapkan psikologi secara makro, penelitian tindakan akan sangat tepat dilakukan. Bersama peserta penelitian, kita akan menentukan persoalan yang dihadapi, melakukan asesmen kebutuhan, mengumpulkan data awal, melakukan tindakan bersama peserta penelitian, dan mengevaluasi hasil tindakan sehingga ditemukan

secara bersama mereka persoalan baru lagi. Daur penelitian tindakan diulangi (lihat Gambar 2). Hal ini disebabkan pada dasarnya persoalan masyarakat tidak akan pernah selesai, akan muncul persoalan baru terus-menerus.

Saat terjadi gempa pada bulan Mei tahun 2006, Prawitasari-Hadiyono dkk (2009) mengembangkan 'Panggung Gembira' sebagai metode dan secara fisik ada. Metode ini menggabungkan konsep keseniman sosial dan sosiodrama untuk mendampingi masyarakat dusun menghadapi persoalan sosial pasca gempa saat itu (Prawitasari, 2011). Berdasarkan evaluasi setelah 11 tahun berlalu, Panggung Gembira dinilai mampu menyediakan arena bekerjanya fungsi psikososial masyarakat dusun yang berkonflik saat itu. Panggung Gembira juga memiliki fungsi menghibur di kala warga menghadapi peristiwa traumatis bersama dalam hidupnya. Fungsi hiburan yang mengangkat kembali kesenian lokal yang hampir dilupakan oleh masyarakatnya sendiri ternyata berkesan dan ingatan tersebut begitu membekas dalam memori dan perasaan warga dusun (Novianty, Hadiwirawan, Prawitasari, 2017).

Panggung Gembira dapat menjadi salah satu wadah refleksi kolektif bagi dusun untuk tetap damai dan menyatukan warganya. Metode Panggung Gembira kemudian diulangi oleh para pemuda/pemudi dusun dengan pendekatan penelitian tindakan berbasis

partisipasi warga dusun (Novianty, Hadiwirawan, & Prawitasari, 2017; 2018; 2019; 2020). Model penelitian tindakan berbasis partisipasi masyarakat ini rencananya akan berlanjut dengan melibatkan ahli pertanian organik, seniman dan pemuda/i dusun. Akan tetapi penelitian multidisiplin yang dirancang masih tertunda akibat pandemi. Hal ini menunjukkan bahwa ketika psikologi diterapkan di aras makro, maka yang menjadi persoalan bukan lagi intra-konflik individual, melainkan persoalan sosial. Untuk itu pendekatan multi dan lintas disiplin, maupun lintas sektoral adalah hal yang tak terhindarkan jika ingin terlibat langsung dengan persoalan masyarakat. Lalu bagaimana peranan psikologi di masa pandemi yang terjadi ketika tulisan ini dibuat?

Berdasarkan hasil penelusuran di website HIMPSI (lihat: <https://himpsi.or.id>) pada saat pandemi, terdapat materi edukasi mengenai Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Pandemi Covid-19 yang diterbitkan oleh Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI Tahun 2020. Di dalamnya ada pendekatan multidisiplin dan multisektoral. Begitu pula Ikatan Psikolog Klinis Indonesia yang merupakan salah satu asosiasi HIMPSI juga memberikan link khusus terkait psikoedukasi, beberapa teknik untuk mengelola persoalan psikologis selama masa pandemi, dan berbagai macam bantuan psikologi (seperti konseling) tersedia (lihat

<https://covid19.ipkindonesia.or.id>). Terlihat di sini bahwa organisasi psikologi sudah ikut tanggap dalam persoalan yang terjadi di masyarakat. Sebagian besar tetap menyediakan layanan psikologis di aras mikro dengan media digital agar mampu menjangkau lebih banyak anggota komunitas/masyarakat yang sedang terdampak penyakit virus Covid-19 dengan berbagai variannya tersebut.

*American Psychological Association (APA) Monitor* adalah sebuah majalah bulanan bebas biaya. Isinya perkembangan baru hasil penelitian dan pemikiran para anggotanya. Biasanya ada kolom ketua umumnya (*President*), yang dipilih setahun sekali. Ada laporan *Chief Executive Officer (CEO)*, yang mengelola majalah tersebut dalam waktu lebih lama. Selain itu berbagai fenomena dibahas dan diuraikan berdasarkan penelitian yang telah terbit. Bertahun yang lalu di bulan November 2009 *presidential's columns* ditulis oleh James H. Bray. Ia adalah presiden APA tahun 2009. Ia menulis tentang masa depan ilmu pengetahuan psikologi. Dia menyatakan bahwa akhir-akhir ini psikologi berkembang menjadi gabungan dengan ilmu lain menjadi ilmu pengetahuan saraf, ilmu pengetahuan perkembangan, ekonomi perilaku, dst. Ini dalam hal psikologi sebagai ilmu pengetahuan. Bagaimana dengan terapannya? Di kolomnya bulan Desember 2009, dia menulis tentang terapan psikologi dari mikro ke makro. Pelayanan pada perorangan tetap berjalan seperti

biasanya dan APA didesak anggotanya agar psikolog mulai terjun ke ranah publik seperti keterlibatan dalam pembuatan kebijakan tentang aborsi, hukuman mati, perkawinan sejenis, interogasi dsb. APA sangat mendukung gerakan para anggotanya terlibat dalam kebijakan publik.

Tidak kalah dengan psikolog di Amerika Serikat yang tergaung dalam APA, psikolog yang berjuang di ranah publik Indonesia dimotori oleh senior kita Prof. Saporinah Sadli. Sampai di usia awal 90an tahun, Ibu Sap tetap aktif berjuang terutama untuk hak perempuan. Gerakan seperti ini dapat dimasukkan ke dalam kesehatan mental publik, yang pusatnya baru saja diresmikan di Fakultas Psikologi UGM. Terlihat pada contoh-contoh tersebut, psikologi klinis khususnya dan psikologi umumnya dapat diterapkan secara mikro-makro.

Di APA Monitor lebih baru, pada Januari 2021, Jennifer F. Kelly, Presiden APA 2021 menyatakan bahwa agenda yang diusungnya adalah mengupayakan pendekatan dan promosi inovatif untuk mengurangi kesenjangan akses kesehatan yang makin dirasakan sebagai bagian dari dampak pandemi. Ia menyajikan data bahwa persentase ras-ras minoritas di Amerika memiliki angka kematian akibat Covid-19 lebih tinggi dari ras berkulit putih. Ia menyimpulkan bahwa kesenjangan akses kesehatan sungguh berdampak pada golongan mana yang akhirnya akan dapat selamat dan yang

meninggal di masa pandemi ini. Ia kemudian mendorong peranan psikologi (ilmuwan psikologi, pendidikan psikologi, psikoedukasi, hingga pelatihan) untuk dapat mengupayakan terjadinya kesetaraan akses kesehatan. Tampak terlihat jelas di sini bahwa harapan Presiden APA di tahun 2009 bahwa topik-topik bahasan APA Monitor pada bulan April dan Juni 2021, mengenai dampak kekerasan, rasisme, kesenjangan akses kesehatan terhadap kesehatan mental menjadi pokok bahasan yang berlanjut. Selain itu, juga muncul gabungan keilmuan seperti munculnya keahlian *financial psychologist*. Keahlian ini muncul akibat permasalahan psikologis terutama untuk isu pernikahan ditambah lagi relevansinya di masa pandemi saat banyak orang kehilangan mata pencaharian. Seringkali psikolog tidak cukup bekal hanya dengan pendidikan dan pelatihan psikologinya, melainkan membutuhkan pemahaman mengenai isu finansial untuk memahami cara mengelola pikiran dan perasaan mengenai uang. Dikatakan bahwa keahlian ini sangat membantu klien terutama ketika akar masalah keluarga/pasangan adalah finansial.

Peranan psikologi di kondisi pandemi juga menjadi sorotan di APA Monitor Juni 2021. Berbagai pendekatan psikologi (seperti *exposure therapy* dan strategi pengelolaan rasa sakit) digunakan untuk mendampingi mereka yang mengalami ketakutan dan kecemasan dengan jarum suntik dalam program vaksinasi nasional. Selain itu, peranan psikologi juga sangat dibutuhkan

untuk mendampingi rasa kedukaan mereka yang kehilangan orang-orang terdekat akibat covid-19. Rasa duka yang terjadi sangat berbeda. Ada dampak emosional yang kuat. Salah satunya menyebutkan ada rasa yang janggal tidak dapat menyentuh dan memeluk orang yang disayangi untuk terakhir kalinya karena prosedur kesehatan yang tidak mengizinkan hal tersebut. Juga kematian dirasa begitu cepat. Selain itu, gangguan tidur juga menjadi sorotan dalam edisi APA Monitor akhir-akhir ini, karena dampak instruksi di rumah saja, maka ada orang yang mengalami gangguan tersebut akibat waktu kerja yang justru semakin panjang dan tidak dapat dipisahkan dengan waktu pribadi di rumah. Di sisi lain juga ada orang yang mengalami tidur berlebih. Apa yang dialami masyarakat di Amerika sana, sebenarnya tidak jauh berbeda dengan apa yang kita rasakan di Indonesia. Ada persoalan sistemik (seperti akses kesehatan dan bantuan sosial yang tidak merata, kehilangan mata pencaharian, stigma sosial) hingga permasalahan individual terkait situasi pandemi. Begitu pula ada dampak psikologis saat menghadapi kematian orang tercinta yang mendadak. Yang ditinggalkan tidak dapat melakukan ritual biasanya saat ada yang meninggal. Lebih lagi adaptasi waktu kerja yang 'seakan' tiada batas ruang dan waktunya menjadikan tekanan dan tuntutan tersendiri.

ANY kemudian menelusuri artikel terbaru yang diterbitkan Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) dan

Ikatan Psikologi Klinis (IPK). Untuk Buletin Psikologi Indonesia terbitan April 2021 (lihat: <https://publikasi.himpsti.or.id/psikologi-indonesia-vol-2-no-2-april-2021/>), fokus tulisan ada pada kebijakan kampus merdeka. Sedangkan, Jurnal Psikologi Klinis Indonesia Vol 5 No 2 Tahun 2020 yang ada di website IPK (lihat: <https://jurnal.ipkindonesia.or.id/index.php/jpki/issue/view/jpki-5-2-2020>) masih membahas topik *mainstream* terkait permasalahan psikologis dari tinjauan psikologi klinis aras mikro. Di tahun itu tidak ada artikel yang menyinggung pandemi, meskipun situasi ketakutan terhadap tersebarnya Covid-19 saat itu sudah mulai merebak. Hal seperti ini dapat dimaklumi, karena biasanya tulisan dikumpulkan lebih dahulu dan tidak dapat segera diterbitkan di tahun yang sama. Biasanya penerbitan membutuhkan waktu dan artikel dapat terbit di tahun berikutnya.

Pembahasan spesifik mengenai pandemi muncul pada Buku Pemikiran Himpsti Seri 5 Tahun 2021 yang mengangkat judul “Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia” (lihat: <https://publikasi.himpsti.or.id/buku-pemikiran-himpsti-seri-5-2021/>). Di dalam buku ini dapat terlihat ada kesehatan jiwa di Indonesia dalam perspektif sejarah, layanan kesehatan jiwa di Indonesia, Covid-19 dan kesehatan jiwa, adaptasi kebiasaan baru dan kesehatan jiwa. Bagian penutup meliputi tulisan mengenai aspek

budaya dalam kesehatan jiwa dan kontestasi diskursif di balik konsep dan praktik kesehatan mental.

Peranan psikologi di Indonesia sebenarnya sudah mulai merintis langkahnya di aras makro. Banyak psikolog berada di badan legislatif, kata Ketua Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI), Retno Suhapti (komunikasi pribadi, tanggal 28 Januari 2010). Saat ini Rancangan Undang Undang Kesehatan Mental beberapa kali dibahas di Dewan Perwakilan Rakyat dan belum selesai sampai saat tulisan ini dibuat. Dengan adanya mereka di sana, keterlibatan psikologi dalam pengambilan kebijakan dan undang-undang akan banyak gunanya. Kompas membahas tentang Undang-Undang (UU) Kesehatan Jiwa (Keswa) yang telah menjadi keputusan DPR RI. Laporan dinyatakan oleh salah satu anggota DPR RI, Dr. dr Nova Riyanti Yusuf, anggota legislatif muda (periode 2009-2014) yang saat itu sangat gigih memerjuangkan UU Keswa tersebut (sayangnya tanggal penerbitan Kompas tersebut tidak dapat diakses atau dicek kembali).

## **Psikologi Kesehatan**

Terlihat dari pelbagai hasil penelitian psikologi dalam kesehatan, banyak gangguan kesehatan fisik

berhubungan dengan status mental penderita. Apa yang kemudian dapat dilakukan oleh psikologi klinis? Sebaiknya kita melakukan penelitian untuk penyesuaian tindakan yang tersedia dalam psikologi klinis ataupun psikologi pada umumnya pada kasus-kasus kesehatan fisik. Kita juga dapat menyederhanakan tindakan tersebut sehingga dapat diterapkan di komunitas misalnya melalui ketersediaan di internet (lihat Prawitasari, 2011). Pendekatan kelompok penuh empati dapat dikembangkan di puskesmas dan komunitas untuk meningkatkan kesejahteraan mental warga masyarakat yang menderita gangguan fisik seperti diabetes dan hipertensi (lihat Prawitasari dkk, 2010). Terapi kelompok berorientasi pada data dapat dimodifikasi untuk kepentingan komunitas, misalnya untuk gangguan psikofisik seperti asma, tukak lambung, gangguan kulit, meskipun pendekatan ini perlu diteliti lagi secara epidemiologis (lihat Prawitasari dkk, 2011).

Sejak akhir tahun 2019 di RRC, dan awal tahun 2020 di Indonesia dan penduduk negara lain menghadapi pandemi Covid-19. Berangkat dari kesadaran itu, temuan terbaru yang berkaitan dengan konteks pandemi kami sajikan di bab ini. Perlu kehati-hatian dalam menyimpulkan temuan-temuan penelitian yang ada di tengah kondisi pandemi yang belum selesai atau pun dibantah di kemudian hari karena tidak ada yang bisa memprediksi apa yang terjadi selanjutnya. Pencarian dilakukan di jurnal yang *open access* yaitu

*Health Psychology and Behavioral Medicine* Vol.9 Issue 1 Tahun 2021. Tampak di sini hasil penelitian yang diterima tidak harus dalam desain *Randomized Control Trials* (RCT). Salah satu penelitian yang memfokuskan diri dengan situasi terkini dikaji oleh Ferreira dkk (2021) dari berbagai disiplin ilmu di Brazil. Mereka meneliti dampak pandemi pada kesehatan mental dan mengidentifikasi variabel yang dapat meningkatkan dan menurunkan potensi stress, kecemasan, dan depresi di populasi Brazil yang melibatkan 1130 orang dewasa (18-78 tahun) dengan rata-rata 58.61 hari melakukan *social distancing*. Desain studi ini adalah kuantitatif *cross-sectional*. Data dikumpulkan secara daring, dengan beberapa jenis kuesioner meliputi kuesioner mengenai sosio-demografi, kuesioner mengenai *social distancing*, *Depression, Anxiety, and Stress Scale-Short Form* (DASS-21), dan kuesioner mengenai berbagai cara pengatasan masalah (*coping*). Adapun temuan mereka dapat dilihat pada Gambar 3 dan gambar 4.

Ferreira,  
dkk  
(2021)

Partisipan yang mempraktikkan *social distancing* sebagai langkah pencegahan Covid-19 dilaporkan mengalami depresi, namun tidak kecemasan dan stress.

Depresi, stress dan kecemasan lebih tinggi dirasakan pada mereka yang *single*, diikuti janda/cerai dibandingkan yang sudah menikah.

Pekerja informal ditemukan memiliki level kecemasan lebih tinggi, sementara pengangguran memiliki level depresi yang lebih tinggi.

Dukungan keluarga signifikan berperan dalam kesehatan mental, dikarenakan mereka yang mengalami depresi berat dan stress melaporkan tidak mendapatkan dukungan dari keluarga.

Partisipan yang memiliki riwayat diagnosis kesehatan mental sebelumnya lebih rentan mengalami kecemasan dan depresi.

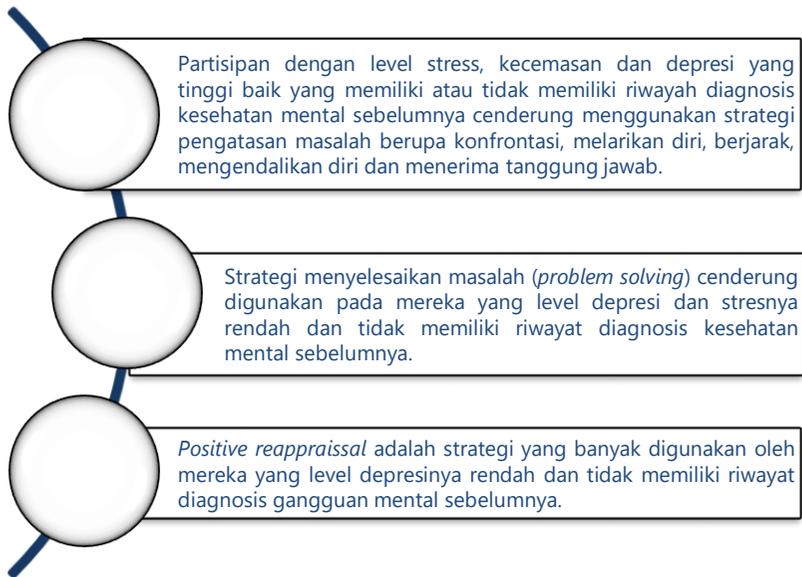
### Gambar 3. Temuan Penelitian Ferreira dkk (2021) Mengenai Dampak Pandemi pada Kesehatan Mental

Dari temuan Ferreira dkk (2021) tersebut, terlihat bahwa pandemi secara langsung berdampak pada kesehatan fisik manusia, akan tetapi kebijakan yang diambil dalam rangka mengatasi pandemi dan lamanya durasi pandemi berlangsung berpengaruh pada kesehatan fisik dan psikososial individu. Salah satu contoh kebijakan tersebut adalah jarak fisik atau jarak

sosial. Menurut Dr Victor Tseng (dalam O'Connor dkk, 2021) pada gelombang pertama masa pandemi sebagian besar fokus pada kesehatan fisik terutama kematian dan komorbiditas dari Covid-19. Kemudian pada gelombang berikutnya muncul antisipasi atas ketakutan penambahan dan penyebaran kasus, serta skema urgensi penyakit/gangguan terkait non-covid. Dilanjutkan dengan gelombang dampak dari perawatan yang tertunda/ hilang pada kondisi-kondisi kronis (gangguan bipolar, gangguan makan, ADHD, dll) hingga gelombang keempat yang dirasakan akibat efek panjang dari situasi pandemi yaitu beban psikososial (pemutusan kerja, situasi finansial, stigma), munculnya gangguan mental baru, *relapse* dan dampak ekonomi. Fokus global saat ini adalah menangani gelombang dampak jangka panjang covid yang kemungkinan besar akan terus dihadapi dengan ada atau tidak adanya pandemi tersebut.

Dari sisi kesehatan mental, dampak dari adanya penjarakan sosial dalam rentang waktu yang lama memicu gejala depresi, gejala kecemasan, stress terkait ketidakpastian, ketakutan tertular, kesepian, gangguan tidur, gaya hidup *sedentary*, hingga permasalahan sosial seperti kehilangan pekerjaan, permasalahan finansial, kekerasan dalam rumah tangga, stigma dan diskriminasi. Krisis kesehatan mental tersebut berkaitan dengan beberapa karakteristik demografi yaitu jenis kelamin, pendapatan, tingkat pendidikan, status pernikahan, tinggal bersama orang lanjut usia, jumlah anggota

keluarga, dan area tempat tinggal (pedesaan/ perkotaan).



Gambar 4. Temuan Penelitian Ferreira dkk (2021) Mengenai Strategi Pengatasan Masalah (Coping)

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa mereka yang rentan terhadap krisis kesehatan mental di masa pandemi bervariasi dari segi karakteristik demografi (Lihat Gambar 5). Akan tetapi, beberapa karakteristik yang sering muncul adalah berusia muda, perempuan, berpendidikan dan berpendapatan rendah, memiliki keluarga, dan tinggal di area perkotaan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pada masa pandemi, mereka yang bekerja sebagai tenaga kesehatan

memiliki beban psikologis yang lebih besar dari lainnya, terutama mereka yang memiliki waktu kerja dengan durasi panjang, sering memerhatikan informasi terkait covid, memikirkan ketidakpastian, dan ketakutan terkait pandemi lebih dari 3 jam sehari. Penggunaan media sosial memang dapat dikatakan meningkat selama masa pandemi, akan tetapi terdapat hasil kajian yang menyatakan bahwa penyebab kekhawatiran dan ketakutan meningkat bukanlah jumlah jam individu memerhatikan media sosialnya, melainkan seberapa intens individu terpengaruh dan mempersepsikan informasi yang diterimanya melalui media sosial (Al Banna dkk, 2020; Geirdal dkk, 2021; Huang & Zhao, 2021; Prati, 2021; Schmidt dkk, 2021; Wilson, Lee, & Shook, 2021).

Pada kondisi ideal, krisis kesehatan mental hingga kasus gangguan mental dapat tertangani dengan mengakses layanan kesehatan mental baik di puskesmas, rumah sakit maupun praktik pribadi. Akan tetapi, selama situasi krisis, layanan kesehatan mental pun menghadapi beberapa hambatan sendiri. Salah satunya adalah perpindahan layanan dari tatap muka menjadi berbasis tele atau digital. Tidak semua tenaga profesional terlatih untuk itu, bahkan institusi/Lembaga penyedia layanan pun belum tentu siap. Maka dari itu, pada situasi pandemi akses ke layanan kesehatan mental, utamanya banyak terhambat. Dilaporkan ada yang berhenti total hingga ada yang berpindah *platform*. Perpindahan

*platform* ini pun masih perlu diuji efektivitasnya, karena tidak semua orang mudah mengakses layanan berbasis tele dan digital bila ditinjau dari determinan sosial seperti status sosial-ekonomi, wilayah, akses internet, akses alat elektronik, dan lainnya. Situasi pandemi seolah memperparah kondisi akses layanan kesehatan mental. Alternatif lainnya adalah adanya berbagai ketersediaan metode *self-care* yang direkomendasikan atau dicoba oleh individu (Jurcik dkk, 2020).



Gambar 5. Karakteristik yang Rentan terhadap Krisis Kesehatan Mental di Masa Pandemi.

## **Psikologi Kesehatan Komunitas**

Apabila yang dimaksud dengan psikologi kesehatan komunitas adalah masalah-masalah status mental-fisik warga di komunitas dan segala penanganannya ataupun prevensinya, kami kutipkan hasil penelitian relatif baru tentang itu. Tulisan ini sebelumnya berjudul “Psikologi Klinis Komunitas” dalam makalah untuk UKRIDA pada bulan September 2012.

Kami kutipkan hasil penelitian kesehatan komunitas sebagai contoh program kesehatan mental, fisik, dan sosial di masyarakat. Penelitian yang sudah sepuluh tahun, akan tetapi masih dapat dijadikan contoh yaitu penelitian Allen dkk (2011). Mereka melakukan penelitian evaluasi untuk penyaringan kesehatan mental dan jalur rujukan klinis. Yang jelas ini merupakan penelitian antar disiplin. Peneliti utama seorang perawat umum sekaligus seorang konselor psikologis. Anggota lain terdiri dari ahli kesehatan mental dan pemangku kepentingan. Mereka mengembangkan petunjuk praktik klinis dan alat penyaring kesehatan mental untuk merujuk ke pelayanan selanjutnya. Banyak kasus depresi, kecemasan, dan penggunaan alkohol terjadi di masyarakat. Untuk itu perawat umum mempunyai peran yang besar untuk bekerjasama dengan dokter umum, dan tim kesehatan mental. Dalam penelitian evaluasi ini, mereka menggunakan metode gabungan. Disimpulkan

bahwa penelitian ini menyediakan jalur klinis yang telah dievaluasi perawat umum komunitas untuk menyaring kesulitan dalam kesehatan mental, melakukan rujukan yang tepat seperti yang dipersyaratkan, dan mendukung klien veteran atau pun janda perang.

Penelitian Mendenhall dkk (2012) mengkaji penyempurnaan *Medical Family Therapy* (MedFT) melalui riset. Mereka ingin menunjukkan bukti nyata bahwa MedFT betul-betul efektif, sehingga dapat diterapkan di masyarakat. Disebutkan bahwa pemangku kepentingan dalam pelayanan kesehatan membutuhkan adanya bukti tersebut, terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan mental. Seperti model yang biasa digunakan dalam penelitian pelayanan kesehatan di masyarakat, biasanya para peneliti menggunakan pendekatan antar disiplin. Metode penelitian yang digunakan pun berupa metode gabungan untuk mendapatkan hasil yang meyakinkan. Para peneliti menyebutkan untuk membuktikan bahwa MedFT efektif perlu menggunakan kerangka kerja yang sama. Antara lain penelitian perlu menggunakan dasar teori sistem, yang melibatkan semua komponen dalam penanganan penyakit. Kemudian penelitian perlu menggunakan kepekaan terhadap aspek biopsiko-spiritual. Selain itu ada istilah agensi yang didefinisikan sebagai keterlibatan dan komitmen untuk menyesuaikan diri dengan penyakit. Ada lagi istilah komuni yang diartikan sebagai perhatian yang diperoleh karena adanya keterhubungan

dan dukungan dari berbagai pihak termasuk komunitas, keluarga, teman, dan profesional yang menangani keluhan kesehatan. Ada lagi persyaratan pokok yaitu adanya kolaborasi antara berbagai disiplin yakni, psikologi, pekerja sosial, kedokteran keluarga, keperawatan, dalam menggunakan MedFT. Penelitian MedFT perlu menggunakan Model Tiga Dunia dalam perawatan kesehatan. Yang dimaksud tiga dunia yaitu dunia klinis, dunia operasional, dan dunia finansial. Terlihat di sini bahwa penelitian MedFT melibatkan berbagai pihak dari berbagai disiplin dalam pelaksanaannya.

Ada landasan teori yang dipilih untuk dijadikan kerangka acuan yaitu teori sistem, bahwa satu bagian berubah, maka bagian lain akan berubah pula sesuai bakuan yang ada. Tiap perubahan akan menjadi bahan masukan dalam proses untuk mencapai luaran tertentu. Selain itu penelitian biasanya bersifat multi dan lintas disiplin, sehingga gambaran yang diperoleh lebih jelas karena ada sumbangan dari masing-masing disiplin. Sangat penting melibatkan orang yang sakit dalam proses penyembuhan agar mempunyai pandangan bahwa mereka punya pilihan dalam proses perawatan, sekaligus mereka perlu menyesuaikan diri dengan kondisi tubuhnya. Untuk proses perawatan dan penyembuhan, dukungan sosial sangat penting. Faktor komunitas, keluarga, teman, dan profesional yang

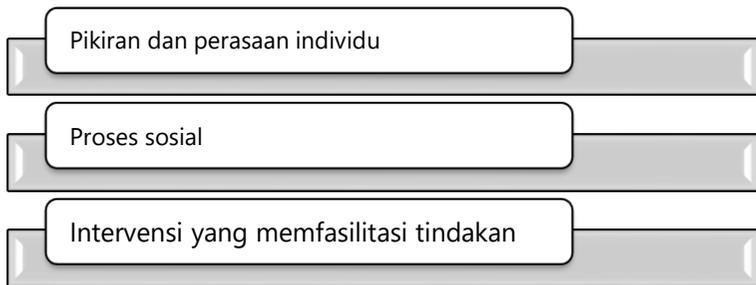
terlibat dalam perawatan merupakan sumbangan penting dalam proses perawatan dan penyembuhan.

Ada dua contoh lagi. Yang satu tentang perawatan kesehatan perilkuan (lihat penelitian Semansky dkk., 2013). Penelitian mereka menekankan perlunya pelayanan yang secara budayawi kompeten. Terutama pelayanan kesehatan perilkuan perlu memahami budaya kaum minoritas yang dilayaninya. Selama ini kaum minoritas di Negara Bagian New Meksiko, yang tidak dapat berbahasa Inggris, kurang memperoleh pelayanan perawatan perilkuan memadai terutama bagi mereka yang mengalami gangguan mental. Untuk itu penelitian menyeluruh ini dilakukan untuk meningkatkan pelayanan perawatan perilkuan supaya lebih peka terhadap kebutuhan kaum minoritas yang mengalami gangguan mental tersebut. Penelitian seperti ini dapat disebut penelitian kebijakan.

Penelitian satunya dilakukan oleh Knox, Burkhart, dan Cromly (2013) tentang pengasuhan positif di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) untuk mendukung program membesarkan anak secara aman. Sering terjadi dalam menegakkan disiplin terjadi kekerasan dalam rumah tangga. Demikian pula dapat terjadi kekerasan seksual pada anak. Program ini merupakan prevensi terhadap semua penyimpangan dalam membesarkan anak di masyarakat. Sudah ada usaha melibatkan para kader dan puskesmas untuk prevensi kekerasan seksual pada anak yang telah dilakukan oleh Paramastri (2012).

Program preventasi ini diulang oleh para peneliti dari UKRIDA di Jakarta Barat (Hadiwirawan, Moerkardjono, & Ferliana, 2013).

Gambar 6. Tiga Proposisi Psikologi yang Biasa Digunakan dalam Menjelaskan dan Intervensi Vaksinasi



Dalam repositori jurnal *Health Psychology and Behavioral Medicine* Vol. 8 Tahun 2020, terdapat artikel Andersen dkk (2020) yang mengkaji mengenai pengalaman tenaga kesehatan menghadapi dimensi lain pada manusia yaitu kebutuhan religiusitas, spiritual dan eksistensial pada pasien dengan penyakit kronis menggunakan *interpretative phenomenological analysis*. Menurut para tenaga kesehatan di Denmark, tempat penelitian ini dilakukan, mereka jarang menemui kebutuhan religiusitas pada pasiennya. Akan tetapi, mereka lebih sering menemui krisis eksistensial terkait siapa diri mereka setelah didiagnosis dengan penyakit kronis dan proses menghadapi kematian. Para tenaga

kesehatan merasa sulit memenuhi kebutuhan spiritual maupun eksistensial tersebut dikarenakan dalam proses pendidikan maupun pelatihan mereka dibiasakan menggunakan perspektif biomedis yang biasanya lebih fokus pada hal yang objektif dan terukur dibandingkan subjektivitas individu. Selain alasan tersebut, adanya tekanan waktu terkait tugas mereka membuat mereka sulit mengakomodasi kebutuhan spiritual maupun eksistensial tersebut. Jika pun ada tenaga kesehatan yang mampu, salah satu faktornya adalah ketertarikan pribadi dan pendekatan interpersonal yang dimiliki oleh tenaga kesehatan tersebut.

Salah satu isu kesehatan komunitas yang dihadapi pada saat tulisan ini disusun, yaitu adanya program vaksinasi nasional untuk mengurangi dampak pandemi Covid-19. Ada satu ulasan artikel yang relevan dalam membahas hal ini ditulis oleh Brewer dkk (2017). Mereka mengulas berbagai hasil penelitian psikologi yang dapat menjelaskan dan mengintervensi agar terjadi peningkatan vaksinasi dengan asumsi vaksin tersebut tersedia dan terjangkau. Menurut Brewer dkk (2017), ada tiga masalah besar terkait vaksinasi yaitu cakupan yang tidak memadai, penundaan, dan ketidakstabilan vaksinasi. Hasil kajian literaturnya menunjukkan bahwa dari berbagai hasil penelitian tersebut ada tiga proposisi psikologi yang biasanya digunakan untuk menjelaskan dan mengintervensi yaitu: 1) pikiran dan perasaan dapat memotivasi seseorang untuk mau divaksin; 2) proses

sosial dapat memotivasi seseorang untuk mau divaksin; dan 3) Intervensi-intervensi yang mencoba memfasilitasi tindakan untuk vaksinasi, tanpa mengubah apa yang dipikirkan dan rasakan seseorang (lihat Gambar 6). Di antara tiga proposisi tersebut, mereka menyebutkan bahwa proposisi pertama dan kedua masih sangat jarang diuji dalam desain eksperimen. Jika pun ada yang berhasil menguji cobakan secara eksperimental, ditemukan bahwa efektivitasnya minimal. Begitu pula dengan proposisi kedua, masih sangat sedikit yang mengeksperimenkan sejauh mana pesan normatif dapat meningkatkan vaksinasi. Menurut Brewer dkk (2017) sejauh ini proposisi ketiga cukup banyak diuji cobakan dan memberikan hasil yang efektif. Untuk meningkatkan vaksinasi, intervensi ini dibangun pada intensi seseorang yang memang ingin divaksin dengan memfasilitasi aksi (melalui *reminders, prompts, dan primes*) dan mengurangi hambatan (melalui *logistics* dan *healthy defaults*). Intervensi ini juga akan memperkuat perilaku (melalui insentif, sanksi dan *requirements*).

## **Metode Penelitian Psikologi Kesehatan Komunitas**

Psikologi kesehatan komunitas dapat diteliti melalui gabungan metode kuantitatif dan kualitatif. Ada

yang menggunakan dokumen dan survei seperti biasa dilakukan dalam penelitian kuantitatif dan dilanjutkan dengan penelitian etnografi yang merupakan penelitian kualitatif seperti penelitian Semansky dkk (2013) dan Andersen dkk (2020). Penelitian Mendenhall dkk (2012) menggunakan penelitian etnografi, diskusi kelompok terarah sebagai penelitian kualitatif untuk semua sektor pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan. Selain itu juga digunakan penelitian kuantitatif melalui dokumen catatan medis dan hasil laboratorium klinik. Metode *randomized control trials* (RCT) digunakan untuk meneliti efek intervensi MedFT pada kasus depresi. Berbagai analisis statistik digunakan dalam penelitian paripurna tentang MedFT. Berbagai macam model juga digunakan dalam penelitian ini untuk saling mendukung bukti bahwa MedFT betul-betul efektif dilihat dari berbagai sektor.

Selain metode gabungan, ada metode relatif baru yaitu *photovoice* (lihat Chonody dkk., 2013). Metode baru ini merupakan salah satu metode penelitian kualitatif melalui pengambilan foto dan proses kelompok. Subjek penelitian mengambil foto berbagai situasi yang dalam penelitian ini adalah tentang kekerasan berdasarkan pandangan orang muda. Fotografi yang diambil oleh orang muda mengenai aset komunitas dan berbagai pemangku kepentingan dianalisis bersama melalui dialog interaktif peserta penelitian. Selain fotografi, penelitian juga menggunakan tulisan yang

menggambarkan kejadian di foto sebagai awal dialog. Foto-foto tersebut disajikan di arena publik dan peserta penelitian bercerita mengenai foto hasil bidikan mereka sendiri tentang fenomena yang ada di masyarakat. Antara lain tema yang disajikan berupa peristiwa sebelum kekerasan terjadi, indikator kekerasan, dan kemungkinan hambatan terhadap kekerasan. Kelebihan metode ini salah satunya adalah dapat mengangkat isu komunitas yang sensitif, menggali perspektif personal dari komunitas yang mengalami, serta adanya fasilitasi dialog antar individu di dalam komunitas.

Novianty & Garey (2020) mengujicobakan metode *photovoice* terkait pengalaman religiusitas/spiritualitas dengan partisipan muda (18-25 tahun) dari berbagai agama, yaitu Kristen, Katholik, Islam, Budha, Hindu, dan Kong Hu Cu. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa individu dewasa muda tidak membedakan makna religiusitas dan spiritualitas, keduanya dimaknai secara institusional. Temuan ini menunjukkan perbedaan dengan kecenderungan terjadinya pemisahan antara religiusitas dan spiritualitas di dunia belahan barat karena adanya pemisahan antara yang material dan immaterial (Hood, Hill, & Spilka, 2018).

Selain *photovoice*, penelitian kualitatif menggunakan pengamatan libatan, wawancara mendalam, semi terstruktur, dan diskusi kelompok digunakan untuk membuat bangunan narasi politika-agamawi untuk pengembangan manusia dan komunitas

(lihat Swift & Dokecki, 2013). Penelitian seperti ini tampaknya relevan dilakukan di Indonesia ketika agama dan politik berkelindan tanpa dapat dipisahkan dengan mudah.

Terlihat dari contoh-contoh tersebut, berbagai penelitian gabungan dan metode baru dapat mulai digunakan dalam penelitian psikologi kesehatan komunitas. Bersama rekan dari Jerman, kami juga menggunakan berbagai penelitian kualitatif seperti *photovoice*, pengamatan libatan, wawancara untuk bahan narasi dalam penelitian komunitas setelah kejadian bencana alam (Lihat Zaumseil dkk., 2014).

## **Rangkuman**

Beberapa hal yang dapat direfleksikan dari tulisan ini yaitu tawaran perubahan paradigma psikologi oleh JEP yaitu terapan psikologi klinis mikro-makro untuk menjadi salah satu cara mengentaskan persoalan masyarakat, apalagi jika yang menjadi sumbernya adalah persoalan di luar diri orang per orang. Begitu pula Marsella yang memulai gerakan dari pendidikan psikologi yang tidak hanya monodisiplin melainkan perlu mulai memikirkan ulang pendekatan, metode dan intervensi secara multidisiplin, multisektoral, bahkan multinasional bila ingin terlibat dalam persoalan global. Sudut pandang ini tampaknya sudah mewarnai gerakan

psikologi di negara-negara maju bila kita melihat penelitian dan terapan yang ada di majalah bulanan APA Monitor. Begitu pula psikologi yang ada di Indonesia. Tampak ada usaha terapan psikologi secara mikro-makro dari organisasi psikologi yang ada di Indonesia. Adanya pandemi Covid-19 menambah kemendesakan untuk psikologi mulai turut andil dalam persoalan makro.

Berdasarkan beberapa artikel yang telah kami ulas sebelumnya mengenai program psikologi kesehatan komunitas, ada beberapa poin penting yang dapat dirangkum yaitu a) pendekatan yang digunakan adalah multidisiplin dan (beberapa bahkan) multisektoral; b) metode yang digunakan berupa metode gabungan kuantitatif dan kualitatif; c) adanya pelibatan komunitas dan berbagai pemangku kepentingan; d) mulai adanya kepekaan dan kepedulian terhadap dimensi lain dari manusia (selain medis) yaitu spiritual maupun eksistensial dalam proses pengobatan/pemulihan, walau cara mengkaji hal ini memang masih menjadi perdebatan karena melibatkan subjektivitas perorangan. Terakhir e) terkait intervensi, tampak bahwa *randomized control trials* (RCT) menjadi desain eksperimen ideal yang dapat meningkatkan keyakinan peneliti dan pemangku kepentingan akan efektivitas sebuah program. Hal ini terlihat dari pernyataan para peneliti di dalam artikel ilmiahnya bahwa pengukuran subjektivitas manusia masih diperdebatkan (terutama dimensi yang bukan

fisik/biomedis) dan beberapa proposisi psikologi perlu dieksperimenkan lebih lanjut jika ingin dibuat menjadi rekomendasi kebijakan (lihat Gambar 7).

Gambar 7. Rangkuman

Dengan begitu, apa yang digagas Marsella dengan Psikologi Komunitas Global maupun JEP dengan Terapan Psikologi Klinis Mikro-Makro tidak lagi sekedar tawaran perspektif lain/alternatif dalam melihat persoalan kesehatan komunitas, melainkan salah satu prasyarat bagaimana program yang dibuat dapat mampu

#### Pendekatan

- Multidisiplin dan (beberapa bahkan) multisektoral.

#### Metode

- Metode gabungan.

#### Kerjasama

- Adanya pelibatan komunitas dan berbagai pemangku kepentingan.

#### Dimensi yang holistik

- Mulai adanya kepekaan dan kepedulian terhadap dimensi lain dari manusia (selain medis) yaitu spiritual/eksistensial (subjektivitas individu) dalam proses pengobatan/pemulihan.

#### Intervensi

- *Randomized control trials* (RCT) masih menjadi desain ideal yang dapat meningkatkan keyakinan peneliti dan pemangku kepentingan akan efektivitas sebuah program.

menjawab persoalan komunitas tersebut.

## **Penutup**

Bab ini merupakan kumpulan berbagai makalah JEP sebelumnya baik yang sudah terbit maupun yang belum, ditambah dengan pembaharuan hasil penelitian dari berbagai jurnal nasional dan internasional yang ditulis oleh ANY. Apa yang tertulis dalam bab ini dapat digunakan sebagai acuan apabila ingin meneliti psikologi kesehatan komunitas.

Diharapkan ada pengembangan psikologi sesuai dengan konteks Indonesia dengan segala persoalan mikro sampai makro. Jangan sampai kita sekedar meniru apa yang telah populer diterapkan orang lain, yang biasanya menggunakan psikologi sebagai dasarnya. Melalui hasil penelitian, kita akan dapat menerapkan psikologi lebih bertanggung jawab daripada menjadi pengguna tanpa ada bukti ilmiah yang kuat.

Tugas ilmuwan di perguruan tinggi adalah mengembangkan psikologi melalui penelitian dan pengabdian masyarakat, bukan hanya mengajar dan memindahkan isi buku teks dalam pengajaran. Hasil penelitian dapat diterapkan dalam pengabdian masyarakat. Semua ditulis dan diterbitkan. Isinya dapat merupakan kekhususan tiap pengajar dan sesuai dengan rencana induk penelitian dan pengabdian masyarakat tiap perguruan tinggi masing-masing, sekaligus sesuai

dengan capaian pembelajaran yang dituju untuk membekali kompetensi mahasiswa.

Daur penelitian, pengabdian, dan pengajaran tiap kali akan diperbaharui bila kita aktif menerapkan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Lebih lagi dengan adanya Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM), pengajar dituntut untuk kreatif mengembangkan bahan ajarnya sesuai dengan hasil penelitian dan pengabdian masyarakat disertai dengan temuan terbaru yang banyak tersedia di jurnal nasional dan internasional. Selain itu berbagai media dapat digunakan untuk membuat bahan ajar menarik perhatian kaum milenial yang mempunyai akses tak terbatas di dunia maya.

## DAFTAR PUSTAKA

Adirinekso, G.P., Susanto, D.H., Tambunan, S., Hamin, & Aprillita, D. (2018). Ukrida peduli masyarakat sekitar: Melalui pelayanan kesehatan di Guji Baru. *Prosiding Seminar Nasional Hasil Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(1), 495-500.

Al Banna, Md. H., Sayeed, A., Kundu, S., Christopher, E., Hassan, M.T., Begum, M.R., Kormoker, T., Dola, S.T.I., Hassan, Md. M., Chowdhury S., & Khan, Md.S.I. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of the adult population in Bangladesh: A nationwide cross-sectional study. *International Journal of Environmental Health Research*. DOI: 10.1080/09603123.2020.1802409

Allen, J., Annells, M., Clark, E., Lang, L., Nunn, R., Petrie, E., & Robins, A. (2011). Mixed methods evaluation research for a mental health screening and referral clinical pathway. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(3), 172-185. DOI: [10.1111/j.1741-6787.2011.00226.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00226.x)

Andersen, A.H., Hvidt, E.S., Hvidt, N.C., & Roessler, K.K. (2020). 'Maybe we are losing sight of the human dimension' – physicians' approaches to existential, spiritual, and religious needs among patients with chronic pain or multiple sclerosis. A qualitative interview-study. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 248-269, DOI: 10.1080/21642850.2020.1792308

Setiadi, B.N. (2012). *Pengantar Psikologi Lintas-Budaya dan Psikologi Indigenous*. Jakarta: Penerbit Universitas Atma jaya.

Bray, J.H. (2009). President's column: The future of psychological science. *Monitor on Psychology*, 40(10), 5.

Bray, J.H. (2009). President's column: Standing for psychology. *Monitor on Psychology*, 40(11), 5.

Brewer, N.T., Chapman, G.B., Rothman, A.J., Leask, J., & Kempe, A. (2017). Increasing vaccination: Putting psychological science into action. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(3), 149-207. DOI: 10.1177/1529100618760521

Chonody, J., Ferman, B., Amitrani-Welsh, J., & Martin, T. (2013). Violence through the eyes of youth: A photovoice exploration. *Journal of Community Psychology*, 41(1), 84-101. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcop.21515>

Ferreira, F.D.O., Lopes-Silva, J.B., Siquara, G.M., Manfroi, E.C., & de Freitas, P.M. (2021). Coping in the Covid-19 pandemia: How different resources and strategies can be risk or protective factors to mental health in the Brazilian population. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 182-205. DOI: 10.1080/21642850.2021.1897595

Geirdal, A.Ø., Ruffolo, M., Leung, J., Thygesen, H., Price, D., Bonsaksen, T., & Schoultz, M. (2021). Mental health, quality of life, wellbeing, loneliness and use of social media in a time of social distancing during the COVID-19 outbreak: A cross-country comparative study. *Journal of Mental Health*, DOI: 10.1080/09638237.2021.1875413

Hadiwirawan, O., Moerkardjono, S.R., & Ferliana, J.M. (2013). Identification of violence issues in Kebon Jeruk District: Preliminary Study. *Jurnal Psikologi Unsyiah*, 1(2).

Hood Jr., R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2018). *The psychology of religion: An empirical approach (5th ed.)*. NewYork: Guilford Press.

Huang, Y., & Zhao, N. (2021). Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychology, Health*

& *Medicine*, 26(1), 23-34, DOI:  
10.1080/13548506.2020.1754438

Jurcik, T., Jarvis, G.E., Doric, J.Z., Krasavtseva, Y., Yaltonskaya, A., Ogiwara, K., Sasaki, J., Dubois, S., & Grigoryan, K. (2020). Adapting mental health services to the COVID-19 pandemic: reflections from professionals in four countries. *Counselling Psychology Quarterly*. DOI:  
10.1080/09515070.2020.1785846

Kelly, J.F. (2021). President's column: Achieving healthy equity: A presidential task force will look at new ways to reduce health disparities. *Monitor on Psychology*, January/February 8.

Knox, M., Burkhart, K., & Cromly, A. (2013). Supporting positive parenting in community health centers: The act raising safe kids' program. *Journal of Community Psychology*, 41(4), 395-407. DOI:  
<https://doi.org/10.1002/jcop.21543>

Marsella, A. J. (1998). Toward a "global-community psychology": Meeting the needs of a changing world. *American Psychologist*, 53(12), 1282-1291. DOI:  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.12.1282>

Mendenhall, T. J., Pratt, K. J., Phelps, K. W., & Baird, M. A. (2012). Advancing medical family therapy through research: A consideration of qualitative, quantitative, and mixed-methods designs. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 34(2), 187-203. DOI:  
<https://doi.org/10.1007/s10591-012-9186-6>

- Novianty, A., Hadiwirawan, O., & Prawitasari, J.E. (2017). Evaluasi hasil penyesuaian dusun melalui panggung gembira pasca gempa. *Prosiding Seminar Nasional Pengabdian kepada Masyarakat*, 2(1), D1-6.
- Novianty, A., Hadiwirawan, O., & Prawitasari, J.E. (2018). Tahap Perencanaan Panggung Gembira: Merajut Kembali Gotong Royong Pemuda/i Dusun. *Prosiding Seminar Nasional Hasil Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(1), 553-560.
- Novianty, A., Hadiwirawan, O., Prawitasari, J.E. (2019). Tahap implementasi panggung gembira: “Menjaga Tradisi, Membangun Negri”. *Prosiding Seminar Nasional Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(1), 281-289.
- Novianty, A., Hadiwirawan, O., Prawitasari, J.E. (2020). Tahap evaluasi panggung gembira: Pemuda/i dan masa depan dusun. *Prosiding Seminar Nasional Hasil Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat*, 867-877.
- Novianty, A., & Garey, E. (2020). Memahami makna religiusitas/spiritualitas pada individu dewasa muda melalui photovoice. *Jurnal Psikologi Integratif*, 8(2), 61-79. DOI: <https://doi.org/10.14421/jpsi.v8i2.2115>
- O'Connor, K., Wrigley, M., Jennings, R., Hill, M., & Niazi, A. (2020). Mental health impacts of COVID-19 in Ireland and the need for a secondary care mental health service response. *Irish Journal of Psychological Medicine*, (2021), 38, 99–107. Wilson,

- J.M., Lee, J., & Shook, N.J. (2021). COVID-19 worries and mental health: the moderating effect of age. *Aging & Mental Health, 25*(7), 1289-1296. DOI: 10.1080/13607863.2020.1856778
- Paramastri, I. (2012). *Kaksa Sebagai Prevensi Primer dalam J.E. Prawitasari (ed) Psikologi Terapan: Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Prati, G. (2021). Mental health and its psychosocial predictors during national quarantine in Italy against the coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Anxiety, Stress, & Coping, 34*(2), 145-156, DOI: 10.1080/10615806.2020.1861253
- Prawitasari-Hadiyono, J.E., Paramastri, I., Suhapti, R., Novianti, L.P., Widiastuti, T., & Rengganis, N. (2009). Social artistry, lokales wissen und konflikte nach einem erdbeben. *Zeitschrift Psychodrama Soziometr, 8*, 277-295.
- Prawitasari, J. E., Olivia, H., Handayani, H. D., Winarti, S., & Intriaty. (2010). Empathic caring consultation (ECC): Will it be able to improve the quality of care at the health centers? *Anima, Indonesian Psychological Journal, 26*(1), 46-55.
- Prawitasari, J.E. (2011). *Psikologi klinis: Pengantar terapan mikro dan makro*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Prawitasari, J.E., Napitupulu, C.A., Paramita, D.A.K., Purwaningtyas, K., & Maharani, S. (2011). Multilevel

social support and simple teaching tips for the community. *Unpublished Report*. GMU: Professor Grant. Yogyakarta: Fakultas Psikologi.

Prawitasari, J.E., Widyastuti, T., & Asitasari, W. (2011). Data Focus Approach in psychotherapy. *Unpublished Report*. GMU: Professor Grant. Yogyakarta: Fakultas Psikologi.

Prawitasari, J.E. (2012). *Psikologi Terapan: Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Erlangga.

Prawitasari, J.E. (2012). Behavior Approach as Social Representations in Health: From Research to Action. Dalam Risa Permanadeli, Denise Jodelet, & Toshio Sugiman. *Alternative Production of Knowledge and Social Representations (Proceeding of 9<sup>th</sup> International Conference on Social Representations)*. Jakarta: University of Indonesia.

Prawitasari, J.E., & Theodorus, E. (2021). *Kesehatan Psikososial: Model Penyesuaian dalam Kepemimpinan di Era Perubahan Disruptif*. Yogyakarta: PT Kanisius.

Schmidt, S.J., Barblan, L.P., Lory, I., & Landolt, M.A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1901407, DOI: 10.1080/20008198.2021.1901407

Semansky, R.M., Goodkind, J., Sommerfeld, D.H., & Willging, C.E. (2013). Culturally competent services within a statewide behavioral healthcare

transformation: A mixed-method assessment. *Journal of Community Psychology*, 41(3), 378-393. DOI: 10.1002/jcop.21544

Setiadi, B.N. (2012). *Pengantar Psikologi Lintas-Budaya dan Psikologi Indigenous*. Jakarta: Penerbit Universitas Atma jaya.

Swift, D., & Dokecki, P.R. (2013). The construction of politico-religious narratives: Steps toward intervention promoting human development and community. *Journal of Community Psychology*, 41(4), 446-462. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcop.21549>

Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. UK: Cambridge Scholars Publishing.

Willig, C. (2009). *Introducing qualitative research in psychology* (2<sup>nd</sup>ed.). New York, N.Y.: McGraw Hill, Open University Press.

Zaumseil, M., & Prawitasari-Hadiyono, J. (2012). Researching Coping Mechanisms in Response to Natural Disasters: The Earthquake in Java, Indonesia (2006). Dalam Ute Luig (ed.). *Negotiating Disasters: Politics, Representation, Meanings*. Frankfurt: Peter Lang.

Zaumseil, M., Schwarz, S., von Vacano, M., Sullivan, G.B., Prawitasari-Hadiyono, J.E. (Eds.). (2014). *Cultural Psychology of Coping with Disasters: The Case of an Earthquake in Java, Indonesia*. New York: Springer.

## **BAB 9**

# **APLIKASI TEORI KESEHATAN NON-MEDIS DALAM KONDISI SAKIT**

**Sri Mulyani Nasution  
Diantini Ida Viatric  
Nina Susilawati**

## Pengantar

**M**enderita sakit merupakan hal yang berusaha dihindari semua orang. Tidak ada manusia yang ingin terpapar penyakit, namun tidak ada juga yang dapat sepenuhnya menghindarinya bila tubuh tak mampu lagi bertahan. Penyakit dapat dihindari melalui perilaku sehat, namun seringkali manusia terlambat melakukannya. Kebanyakan orang memilih mengelola penyakit bila sudah terpapar olehnya.

Dalam tulisan terdahulu sudah dijelaskan bahwa Rasa sakit dapat bersifat akut atau kronis dan dapat disebabkan oleh penyebab yang diketahui atau tidak diketahui (Sanders dalam Sarafino dan Smith, 2011). Gangguan akut (*Acute Disorders*) adalah penyakit jangka pendek, sering kali disebabkan oleh virus atau serangan bakteri dan biasanya dapat disembuhkan, sedangkan nyakit kronis (*chronic illnesses*) adalah penyakit yang berkembang perlahan-lahan, dimana dengannya orang hidup bertahun-tahun dan yang biasanya tidak dapat disembuhkan melainkan dikelola oleh pasien dan penyedia layanan kesehatan (Taylor, 2018). Covid 19 termasuk pada gangguan akut dan penyakit seperti cancer, gangguan jantung, diabetes, auto immune adalah contoh penyakit kronis. Menurut CDC (Centers for Disease Control and Prefention) (dalam Brannon, Updegraff, Feist 2018), 7 diantara 10 kematian yang

terjadi di USA disebabkan karena pasien sedikitnya menderita satu jenis penyakit kronis.

Bagaimana aplikasi teori Kesehatan dari perspektif multi disiplin menjelaskan penyakit akut dan kronis? Tulisan (ditulis oleh pasien sendiri) berikut akan memberi gambaran melalui perjuangan pasien dalam mengelola penyakit mereka.

## **Mengenal Tubuh, Menikmati Sakit: Perjalanan Panjang Melawan Kanker**

(Kisah Nyata Almarhumah. Diantini Ida Viatricie)

### **Episode 1: Stres dan Perjalanan Rohani**

Berhubung ada beberapa orang yang meminta saya berbagi tentang HNP, maka berikut ini adalah kisah saya. Hubungan saya dengan HNP dan kemudian dengan kanker payudara dan operasi angkat kandung, dimulai tahun 2014. Itu tahun saat Ibu meninggal mendadak karena serangan stroke besar, sehingga ibu terjatuh di dapur saat sedang masak, di pagi subuh, di bulan Agustus 2014. Kejadian itu adalah stresor besar pertama yang saya hadapi.

Stresor besar berikutnya adalah kejadian harus pergi (baca: diusir, karena tanpa pesangon apapun dan tanpa bantuan apapun, tanpa toleransi dan belas kasih apapun) dari rumah dinas yang sejatinya merupakan

rumah masa kecil penuh kenangan indah. Peristiwa ini berlangsung bulan Juni 2015. Nyaris setahun setelah Ibu meninggal. Ayah? Oh, sudah meninggal 13 tahun lalu karena menderita kanker kelenjar getah bening selama lima tahun. Beliau mewariskan buku-buku keren bidang matematika yang sembilan tahun setelah kepergiannya saya berikan kepada ketua jurusan matematika dari sebuah universitas swasta besar dan bagus di Malang; semuanya, tanpa sisa

Juni 2015. Ini adalah bulan Ramadhan 2015 dan menjadi Ramadhan terburuk bagi saya, karena selain harus terusir dari kompleks perumahan, bersama lima Keluarga lainnya yang merupakan pensiunan dosen sejati (catat ya: do-sen se-ja-ti) era 1980-an. Jiwa saya penuh dengan kemarahan, kebencian, cacikan dan terutama kesedihan. Kedukaan yang kadarnya bisa jadi lebih dari maksimal.

Dampak dari kemarahan dan kesedihan saya tumpahkan pada tubuh saya yang saya perlakukan dengan buruk. Saya malas makan, baik saat berbuka maupun sahur; akan tetapi tubuh harus dikuatkan untuk menyelesaikan proses kepindahan. Tidak ada istirahat.

Januari 2016. Emosi-emosi kuat itu masih bercokol, terutama kesedihan dan kedukaan. Belakangan, ketakutan ikut bergabung. Sekuat tenaga saya membereskan barang-barang peninggalan orangtua sendirian. Sebagian barang saya berikan begitu saja ke beberapa teman dengan hati sedih. Sebagian lainnya,

dengan perasaan tak menentu, saya jual murah. Sungguh sedih berpisah dengan perabotan rumahtangga berusia puluhan tahun, perabotan yang penuh cerita dan saya kenali dengan begitu baik sejak lahir.

Maret 2016. Seorang kawan baik menawari saya untuk berangkat umroh. Saya semula agak ragu karena keuangan saya terpakai untuk membenahi rumah yang saya tinggali sekarang. Dengan dibantu sepupu, saya membuat kamar gudang, membuat garasi dan teras kecil di belakang rumah yang saya tempati sekarang. Ini rumah yang dibeli almarhum Ibu untuk mengantisipasi kekalahan dalam persidangan di PTUN. Menggugat surat keputusan yang dikeluarkan dua kali dalam setahun tentang hal sama tapi dengan keputusan yang tidak konsisten, sehingga kami merasa diperlakukan tidak adil.

April 2016. Entah bagaimana, uang saya cukup untuk melunasi biaya umroh. Saya betul-betul berniat berangkat ibadah ke tanah suci. Saya yakin, Bapak dan ibu (almarhum) ada di sana. Saya tidak ingin belanja apapun selain sekilo dua kilo permen coklat saja untuk teman-teman. Saya ingin mengadu pada bapak dan ibu tentang kejadian pengusiran ini. Tentang rasa takut, tentang kesedihan dan tentang barang-barang peninggalan beliau berdua yang rusak, gompal, hilang, beralih tangan, terjual murah, selama proses pindahan.

Saya juga sadar, bila Tuhan menghendaki, sekuat apapun keinginan ke tanah suci, bila tidak atas ijinNya, maka tidak akan berangkat, tidak akan sampai ke tanah

Arab. Maka airmata saya mengalir setiap kali tahap-tahap perjalanan berangkat itu terlampaui dengan baik. Biaya umroh berhasil saya lunasi, koper dari biro umroh tiba di rumah dg utuh, proses manasik lancar, pesawat selamat tiba di Madinah, dan alhamdulillah, saya masuk masjid Nabawi. Solat pertama setelah mendarat.

Keyakinan menguat bahwa Tuhan menerima saya sebagai tamuNya. Saya sedang duduk dalam masjid Nabawi, usai solat pertama itu dan menunggu adzan subuh, ketika seorang wanita Arab yang duduk di sebelah saya memberi tasbih. Saya terima begitu saja, dan baru saat menjelang solat zuhur, saya kaget, tasbih itu nyaris sama dengan tasbih saya yang hilang di Mekah dalam perjalanan umroh saya yang pertama, tahun 2013. Benar-benar hanya berbeda warna. Tasbih yang lama, manik-maniknya warna coklat, dan yang terakhir, warna pink bermotif. Alhamdulillah.

Isyarat berikutnya, adalah karena tak lama kemudian saya mendapat pemahaman bahwa Tuhan mengerti betul kalau saya sedang teramat sedih. Selama umroh, saya sekamar dengan tiga perempuan yang semuanya gemar bercanda, '*ngocol*'<sup>1</sup> dan membuat saya tertawa. Bukan kebetulan, ini semua sudah diatur oleh *invisible hands*<sup>2</sup>. Pipi saya gembul selama seminggu di

---

<sup>1</sup> *ngocol* (Bahasa Jawa):

<sup>2</sup> *invisible hands* (Bahasa Inggris): kekuatan yang tak terlihat

Mekah. Bahagia. Senang. Sehat sepenuhnya. Diterima menjadi tamu Tuhan YME.

Saat umroh kedua inilah, saya sungguh-sungguh mohon kepada Tuhan agar saya diberi kesehatan maksimal. Saya tidak ingin merepotkan orang lain karena saya sendirian. Saya ingin sehat agar dapat bekerja giat, membenahi rumah, menjadikannya nyaman seperti rumah masa kecil saya yang sekarang di atas tanahnya berdiri gedung mangkrak<sup>3</sup>, bagaikan.

Tuhan Maha Besar. Saya diberi hadiah pada hari terakhir beribadah di Masjidil Haram. Saya melihat ibu saya dalam sosok seorang perempuan Arab. Gerak geriknya persis sama dengan Ibu. Hati saya mengatakan harus kuat, inilah yang saya cari. Ibu. Saya shalat di sampingnya. Dan entah bagaimana, sulit diterima akal, selesai shalat zuhur, saya melihat diri saya duduk bersandar di bahu beliau. Enggan beranjak.

Mei 2016. Hanya sehari setelah tiba kembali di rumah sepulang umroh, saya tidak bisa bangun dari tempat tidur. Ada yang salah dengan punggung bagian bawah saya, entah apa. Kalau biasanya bangkit dari tempat tidur adalah sesuatu yang otomatis, maka sekarang, saya harus berpikir bagaimana caranya bisa bangkit, turun dari kasur dan berkegiatan seperti biasa. Saya harus ke dokter. Maka dengan berusaha pelan-pelan, saya bangun. Dan akhirnya bisa ke dokter. Sendiri.

---

<sup>3</sup> *mangkrak*: terbenkakai

Saya tidak punya pengalaman dengan dokter. Selama ini saya sehat-sehat saja, tidak pernah berurusan dengan dokter, perawat dan rumah sakit. Maka tidak heran, dokter yang didatangi adalah dokter yang saya kenal hanya karena saya pernah mengantar Ibu kesana. Dokter otot. Mungkin tiga atau empat kali saya ke dokter itu pagi hari sekitar jam tujuh dalam rentang waktu dua bulan. Pinggang bawah saya masih terasa tidak nyaman. Rasanya saya mudah capek jika berdiri.

Juli 2016. Memasuki Lebaran. Saya masih bisa berjalan walau kadang-kadang rasa sakit di pinggang bawah menerpa. Saya tidak ingin lebaran sendirian di rumah, maka berangkatlah saya ke Jakarta untuk berlebaran bersama kakak dan adik-adik. Pada hari-hari terakhir lebaran di Jakarta, saya merasa kesulitan untuk berjalan lincah dan gesit seperti biasa. Ada sesuatu yang menghambat. Saya mulai cemas, tapi tidak ingin menunjukkan kecemasan ini pada kakak dan adik-adik.

Horor itu datang saat saya turun dari pesawat sepulang dari berlebaran. Koper terasa berat untuk diangkat dari *conveyor belt*<sup>4</sup>. Saya tidak kuat. Koper itu Cuma delapan kilogram saat check-in masuk bagasi di Cengkareng. Tidak berat. Alhamdulillah ada orang yang membantu saya mengangkatnya dari belt. Saya

---

<sup>4</sup> *conveyor belt* (Bahasa Inggris): maksud penulis adalah *baggage conveyor*, yaitu konveyor yang digunakan untuk transportasi dalam sistem penanganan bagasi di bandara.

kemudian menyeretnya keluar bandara, lalu naik taksi dan koper itu diangkat sopir taksi untuk masuk mobil dan saat diturunkan setiba di rumah. Saya benar-benar serius berpikir, ada yang tidak beres tapi saya tidak tahu apa yang terjadi sebetulnya dengan tubuh ini.

Tiba di rumah, karena pinggang bawah mulai sakit, saya langsung masuk kamar, berbaring. Belum ganti baju atau apapun. Perasaan campur aduk. Lapar, sedih karena kesakitan, sendirian, tidak bisa bangun untuk beres-beres dan masak, tidak ada orang yang dapat dimintai bantuan karena semua orang sedang berlebaran. Berjam-jam saya menahan semua perasaan itu sampai kemudian tertidur hingga pagi.

Besok paginya, semangat muncul. Saya harus bisa bangun, dan pergi ke dokter otot itu lagi. Dan kali ini, dengan mimik serius dokternya menyarankan saya untuk menemui dokter syaraf di Paviliun Graha Puspa Husada, RS. Saiful Anwar Malang.

## **Episode 2: Antara Hidup dan Mati**

Pada episode ini, kisahnya akan banyak berisi tentang proses munculnya diagnose, pengamatan gejala HNP, dan interaksi dengan rumahsakit dan semua pekerja kesehatan di sana. Terlibat dengan lembaga ini merupakan pengalaman pertama yang ternyata tidak semenakutkan seperti yang dibayangkan. Semuanya berjalan lancar, menyenangkan.

Agustus 2016 bagi saya adalah bulan penuh kejutan medis. Awal bulan ini, saya mematuhi saran dokter otot agar pergi ke ke Paviliun Graha Puspa Husada-RSSA Malang. Kedatangan pertama saya sebagai pasien, bukan penjenjuk. Dokter syaraf yang saya temui siang itu masih muda dan menarik dipandang. Keluhan saya sampaikan bahwa seluruh area panggul terasa tidak nyaman. Ada serangan nyeri yang kuat. Dokter meminta saya berbaring lalu mengangkat kedua kaki saya. Saya bisa melakukannya. Saya kemudian mendapat resep obat untuk seminggu. Belum sampai seminggu, kaki terasa dingin. Aneh. Rasa dingin itu tetap ada meskipun kaki terbungkus kaos kaki, dilumuri balsam hangat, atau ditutupi selimut.

Saya mulai panik. Apakah karena darah kurang lancar mengalir ke kaki? Saya coba ke tukang pijat langganan keluarga. Dan tukang pijat itu mengurut kaki mulai dari lutut sampai ke telapak kaki. Saran yang beliau berikan: sering makan buah dengan banyak kandungan air. Selesai pijat, kaki terasa enteng saat keluar rumah, tapi..., astaga, hanya beberapa langkah kemudian saya merasa kesakitan lagi di panggul. Tidak mampu berjalan. Benar-benar tidak mampu. Teman yang mendampingi buru-buru mendudukan saya di sebuah warung, dia akan ambil motor dan bersiap mengantarkan saya ke kampus sesuai permintaan. Di kampus, saya bisa jalan lagi, tapi kali ini, benar-benar hanya dua langkah,

serangan nyeri hebat itu mendera. Saya menjerit kesakitan dan minta diantar ke rumah sepupu saya saja.

Sore itu, di rumah sepupu, saya mencoba berpikir jernih. Seorang teman kecil yang kini jadi dokter, saya hubungi. Konsultasi lewat WA berlangsung berjam-jam dan akhirnya, atas desakannya, saya harus datang ke paviliun Graha Puspa Husada besok pagi, secepatnya, tidak boleh ditunda. Kali ini menemui seorang dokter tulang belakang. *Spine*. Saya sangat terkejut. *Spine???* Ada apa dengan saraf-saraf di tulang belakang saya?

Dokter SpOTSpine itu ramah, tapi permintaannya banyak. Rontgen punggung dengan posisi menghadap kamera, membelakangi kamera, menghadap salah satu sisi, dan ini dia..., saat foto dengan pose kedua tangan terangkat ke atas dan ditarik ke belakang, saya tidak mampu. Petugas kesehatan itu meminta melakukan semampunya. Benar-benar hanya bisa mengangkat kedua tangan tapi tidak bisa menariknya ke belakang. Saya bawa empat foto rontgen tsb ke dokter tulang itu dan penjelasannya mengagetkan. Ada dua ruas tulang belakang yang keropos. Hampir habis tulangnya. Apakah pernah TBC? Tidak. Apakah pernah didiagnosa kanker payudara? Butuh waktu untuk menjawab pertanyaan ini. Saya memang belum mendapat diagnose itu, tapi sudah curiga ada yang tidak beres dengan payudara kiri yang mengeras dan membesar mulai awal tahun 2016. Akhirnya saya jawab, tidak. Karena pertanyaannya tentang diagnose dan memang belum ada diagnosa itu.

Permintaan selanjutnya, MRI. Dengan diantar teman saya mematuhi permintaan itu. Masuk ke tabung mesin MRI, mata terpejam dan saya mendengarkan music. Tapi dalam hati saya membaca banyak surat-surat pendek kitab suci. Selesai MRI, petugas akan membantu saya bangkit, tapi saya menolak karena rasanya bisa bangkit sendiri. Oh, ternyata sakiiiiittt. Saya menjerit dan meminta “counterpain”. Olesan “counterpain” membantu sekali. Saya bisa jalan, akan tetapi kali ini, tanpa disadari, saya mulai butuh pegangan tangan.

Hasil MRI menunjukkan ada metastase. Sel kanker yang sudah menyebar. Dokter *spine* itu meminta saya buka baju, dan begitu melihat payudara kiri saya, dia sangat terkejut. “Kanker. Kanker ganas.” Saya protes, “Dok, jangan berkata begitu, saya kan jadi sedih....” “Tapi itu kanker, coba ke dokter kanker dulu.... siapa ya?” “Dokter HS saja dok,” ujarku. Saya pernah dengar nama dokter HS ini sebelumnya. Dugaan kanker ini disampaikan pada 22 Agustus 2016.

Pertemuan dengan dokter kanker berlangsung singkat. Setelah sejenak melihat kasusnya secara kasat mata beliau langsung membuat surat rujukan ke rumah sakit, agar dilakukan tindakan biopsi. Saya tidak tahu apa itu biopsi. Ternyata ini operasi untuk melihat sifat kanker.

Jumat, 26 Agustus 2016. Selama empat hari setelah vonis kanker dikeluarkan, progress nyeri melesat. Saya benar-benar butuh tangan orang untuk

dicengkeram agar bisa jalan. Operasi biopsi dilakukan hari ini. Operasi pertama dalam hidup. Adik tersayang datang pagi-pagi dari Jakarta, menandatangani *informed consent* dan saya terharu melihatnya. Maaf, telah merepotkan, membuatnya gelisah.

Masuk ruang operasi, terdengar dokter kanker mengingatkan kepada para petugas yang membimbing saya. "Awas, ada HNP-nya itu....". Naik ke meja operasi, saya jadi paham apa yang terjadi pada tubuh saya. Serangan sel kanker menimbulkan pengeroposan dua ruas tulang belakang, L11-L12, ruas yang aktif saat orang membungkuk dan mengangkat barang. Syaraf disitu jadi terganggu, tidak heran panggal nyeri dan berjalan jadi sulit. Pemahaman ini muncul hanya beberapa saat sebelum tidak sadarkan diri, terbius.

31 Agustus 2016. Senin. Teman masa kecil yang sekarang menjadi dokter bedah mengantarkan hasil pemeriksaan laboratorium tentang jenis kanker saya. Saya deg-degan menunggu hasilnya. Pasrah. Hasilnya? Stadium 2. Pinggiran tidak merata. Ukuran 2x3 cm. Saya terbayang bakwan jagung, pinggirannya tidak rata, tidak seperti perkedel. Jenis kanker? *Malignant*. Bukan *benign*. *Malignant*, berarti merusak atau ganas. Cocok. Dua ruas tulang belakang saya rusak.

Saya ke dokter HS, membawa surat dari lab dan beliau memberi opsi, mau kemoterapi dulu atau operasi tulang belakang dulu? Jika kemoterapi dulu, pastikan tidak pernah jatuh karena resikonya jika jatuh, adalah

lumpuh. Kaki kanan saya sudah tidak bisa lagi dikendalikan, benar-benar seperti daging nempel. Tidak bisa diperintah otak. Bahkan untuk memakai sandal jepit, saya harus berpikir, tidak lagi otomatis. Dengan mantap saya pilih operasi dulu.

Senin, 5 September 2016. Hari bersejarah dalam hidup saya. *A turning point*<sup>5</sup>. Titik balik. Persis jam 14, sesuai jadwal, saya masuk ruang operasi. Operasi kedua. Saya tidak bawa apa-apa, hanya pakai baju operasi. Saudara kandung saya belum datang. Saya hanya diantar sepupu yang sudah berusia 60-an tahun. Saya lambaikan tangan padanya. Takut? Tidak. Pasrah? Ya. Apapun yang terjadi, saya menerima. Saya pun terbius.

Saya tidak tahu pukul berapa saat pengaruh bius memudar. Samar-samar terdengar suara banyak orang. Kedua mata masih terasa berat untuk dibuka sepenuhnya. Secara kabur saya melihat beberapa orang di sekitar saya. Hidung saya dipasangi selang. Saya berusaha bicara. Ah berat, saya harus kumpulkan tenaga menyebut nama orang yang ada di samping saya. Saya nyaris terlelap lagi ketika mendengar seorang teman

---

<sup>5</sup> *A turning point* (Bahasa Inggris): Sebuah titik balik. Suatu situasi dimana terjadi suatu peristiwa yang meninggalkan kesan mendalam menyebabkan terjadinya perubahan yang menentukan dalam kehidupan seseorang (biasanya berdampak positif).

berseru pamit pada saya, mau pulang, karena sudah jam 21:30 malam. Ha? 21:30???

Pikiran langsung bekerja. Saya terakhir melihat jam menunjukkan angka 14:00. Siang. Dan kini 21:30? Oh, berapa lama itu? Entahlah. Saya masih ngantuk. Badan saya hanya tertutup kain-kain tebal, selimut, sepertinya masih selimut dari ruang operasi. Selang di hidung ini mengganggu. Saya bisa nafas normal kok. Esok paginya saya minta perawat agar selang ini dilepas saja. Tidak sesak? Tidak.

Sepuluh hari di ruang opname membuat saya banyak berpikir, merenung dan melihat. Saya melihat dokter yang baik dan ramah, perawat yang telaten mengurus saya, rasa nyeri yang hilang sama sekali karena morfin yang dimasukkan ke tubuh selama empat hari, teman-teman yang datang silih berganti menjenguk, perhatian yang besar dari teman-teman yang lokasinya jauh. Begitu juga teman-teman almarhumah Ibu. Mereka ramai berkunjung, mendoakan, mencium ujung dahi. Baiklah, ini dukungan sosial namanya. Sepertinya orang perlu sakit dulu untuk melihat seberapa besar dukungan sosial yang diperoleh. Operasinya tentu lama sekali. Berarti operasi besar. Operasi besar pasti beresiko besar. Taruhannya nyawa. Dan muncullah *insight*<sup>6</sup> itu. Ya Tuhan, terimakasih, saya sudah diberi kesempatan untuk

---

<sup>6</sup> *Insight* (bahasa Inggris): pemahaman yang dalam

hidup. Sekali lagi, kesempatan untuk hidup. Alhamdulillah....

### **Episode 3: Pertemuan Kemoterapi dan Histerektomi**

Nopember 2016. Setelah operasi pemasangan pen di tulang belakang, dan sebulan pemulihan, maka bulan Nopember ini saya siap menjalani kemoterapi. Pengalaman saya dengan kemoterapi hanya saat menemani Ibu menjaga ayah yang menjalani tindakan yang sama. Dan sekarang saya akan menjalani sendiri.

Payudara kiri sudah semakin besar, makin keras, sudah ada benjolan di sisi atas payudara kiri yang sepertinya siap pecah dan ada benjolan sebesar bakso President-Malang di ketiak kiri. Gawat. Memang tidak ada rasa sakit apapun yang ditimbulkan, hanya kecemasan yang makin menjadi-jadi. Saya hubungi rumahsakit, cari kamar. Semula bersikeras minta kamar sendiri, lama-lama berpikir, kemoterapinya lebih penting daripada kamarnya. Keburu benjolan kankernya pecah dan itu lebih berbahaya. Baiklah.

19 Nopember 2016. Hari pertama kemoterapi. Pergelangan tangan kanan sudah dipasang *plug infuse*<sup>7</sup>. Kemoterapi injeksi namanya. Mengapa kanan? Supaya obatnya mengalir ke sisi tubuh yang sehat dulu lalu dibawa ke bagian kiri tubuh yang terserang. Setelah tubuh ditambahi cairan, lalu obat pramedikasi diberikan,

---

<sup>7</sup> *plug infuse*: maksud penulis adalah jarum infus

maka sekarang masuklah cairan obat kemoterapi, Brexel. Perawat mengingatkan, jika setengah jam setelah obat dimasukkan, kepala terasa pusing, ada rasa mual, merasa badan panas, beritahu. Oke. Setengah jam berlalu. Saya baik-baik saja. Sekarang obat kedua. Saya tetap merasa baik-baik saja. Proses kemoterapi pertama yang dimulai siang hari, akhirnya selesai kira-kira jam 11 malam. Saya mau pulang saja. "Ibu tidak pusing?" tanya perawat. Tidak. "Tidak mual?" Tidak. Baiklah, boleh pulang. Administrasinya besok saja. Oke.

Tepat 24 jam setelah obat masuk, muncullah reaksi-reaksi seperti yang telah dijelaskan dokter. Saya sudah siap mental dengan semua ini. Mual dan muntah mendera di siang hari. Dini hari berikutnya, jam 2 pagi, saya terbangun karena perut bergolak. Maka saya ke WC dan tubuh benar-benar sedang bersih-bersih. Saya merasa lemas tapi lega. Mengapa rasanya jadi seperti orang masuk angin, yang kalau sudah muntah dan berak, justru badan terasa nyaman?

Desember 2016. Saatnya kontrol ke dokter SpOTSpine. Saya sudah bisa jalan normal, tanpa alat bantu apapun, berat badan naik, dan korset mulai terasa sesak. Rontgen punggung menunjukkan pen tetap terpasang kencang oleh lima sekrup. Nyeri sama sekali hilang. Baiklah, lepas saja korsetnya. Maka tahun 2016 yang dinamis ini ditutup dengan bacaan Alhamdulillah. Satu tantangan medis selesai dengan baik. Tulang belakang sudah dipasang pen.

Januari 2017. Kemoterapi tetap dilakukan dan efek kemoterapi injeksi kedua ini muncul seminggu kemudian. Mengapa rentang waktu munculnya efek samping ini lebih lama dari yang pertama? Entahlah. Belum ada jawaban. Efeknya tetap muntah dan mual, namun sekarang disertai rasa gatal nyaris di sekujur badan. Gatal di balik kulit. Wajah memerah seperti direbus dan tidak bisa diolesi kosmetik apapun karena bisa makin merah. Saya sulit tidur karena gatal itu menyerang terus, saya garuk-garuk terus. Dokter yang baik ini memerintahkan untuk periksa darah. Oh, ternyata kandungan unsur-unsur dalam darah saya jelek. Lekosit rendah. Harus banyak makan ikan.

Salah satu aspek pada diri pasien kemoterapi yang perlu dijaga adalah selera makan. Selera makan perlu dijaga agar tetap normal, dan inilah kemudahan yang diberikan Tuhan dalam kesulitan saya menjalani kemoterapi. Selera makan tetap bagus, tidak ada penurunan, tetap normal.

Pasien kemoterapi sebaiknya tidak bertubuh kurus karena yang sedang dibasmi adalah sel-sel merusak melalui obat-obat keras sehingga daya tahan tubuh harus tinggi. Darah adalah kurir yang membawa zat-zat bergizi yang diperlukan tubuh untuk membasmi sel-sel merusak ini dan menjaga agar stamina maksimal. Maka volume darah dalam tubuh dan kandungannya harus diperhatikan. Sebagai kurir, darah juga

membutuhkan tenaga agar tetap mengalir lancar. Darah butuh makanan bergizi.

Pemahaman sederhana ini saya peroleh karena pada kemoterapi injeksi keempat, haemoglobin dalam darah saya rendah. Transfusi darah terpaksa dilakukan. Dua kantong darah disiapkan. Darah pada kantong pertama begitu sulit mengalir masuk ke tubuh saya. Berkali-kali selang infus harus ditekuk-tekuk dan diketuk-ketuk dengan jari tangan oleh perawat. Sakit sekali, luar biasa. Butuh waktu tiga jam sampai akhirnya satu kantong darah itu masuk semua ke tubuh saya. Sekarang saya jadi punya fobia pada selang infus.

Saat kantong kedua dipasang, tebersit dalam pikiran saya bahwa darah yang dimasukkan ke tubuh saya adalah darah orang yang tidak saya kenal sama sekali. Darah itu akan masuk dan mengalir ke seluruh bagian tubuh dan menjadi bagiannya. Maka saya mencoba berkonsentrasi; setiap tetes yang keluar dari kantong saya sertai doa. Dan subhanallah, 30 menit selesai tanpa sakit.

Kemoterapi injeksi kelima dan keenam, berlangsung lancar, tidak ada keluhan berarti. Mual dan muntah lenyap, tubuh menggemuk, perut membuncit dan ini diam-diam membuat saya khawatir. Rambut rontok? Ya. Saya kehilangan rambut, kehilangan alis mata. Semua rambut pada tubuh lenyap. Sedih? Tidak. Malu? Tidak. Saya menikmati semuanya, memahaminya sebagai bagian dari proses pengobatan. Rambut saya

biarkan rontok dan hanya tersisa beberapa helai. Ke salon untuk menggunduli? Tidak.

Saya tetap mengajar pada saat fisik stabil meskipun jam kerja saya kurangi banyak. Sekitar pukul 14:30 saya sudah di rumah. Fisik dan psikis harus diistirahatkan karena bagaimanapun, bekerja memakan daya fisik dan psikis. Sel-sel kanker itu akan menyerang lebih hebat bila psikis saya tertekan, stres, meskipun stres ringan, dan fisik lelah. Apakah di rumah kemudian saya tidur? Tidak. Saya cari kegiatan yang tetap membuat saya produktif tapi tidak melelahkan dan tidak menimbulkan stres. Pilihan jatuh pada merajut. Ajaran dari nenek yang telah lama saya tinggalkan.

#### **Episode 4: Menyapa Histerektomi dan Xeloda**

Saya hanya ingin berbagi dan berharap semoga yang saya tulis ini dapat bermanfaat. Manfaat itu tidak perlu datang sekarang, bisa jadi di waktu mendatang. Pada bagian episode keempat ini, saya mengisahkan perkenalan saya dengan histerektomi atau angkat rahim dan obat bernama Xeloda.

Maret 2017. Kemoterapi injeksi keenam selesai. Satu paket kemoterapi yg berisi enam sesi kemoterapi, akhirnya kelar juga. Saatnya evaluasi pre-post kemoterapi. Hasil USG abdomen post kemoterapi menunjukkan, uterus saya membesar dua kali dari saat pre kemoterapi. Oh, ada yang salah lagi nih. Ada apa lagi??? Saya sudah nyaris putus asa, mengapa proses

pengobatan ini masih menyisakan masalah. Dokter SpB(K)Onko, yang selama ini mengawasi proses kemoterapi, membuatkan surat untuk saya bawa ke dokter kandungan kenalannya, dokter yang namanya cukup kondang. Pada hari yang sama, saya bertemu dengan dokter Obsgyn ini dan mendapat vonis baru: angkat saja rahimmu. Ada myom besar disitu. Selama ini sakit tidak? Tidak. Justru itu, kalau tidak sakit dan besar, malah berbahaya. Operasi kah dok? Ya. Berapa lama nanti proses *recovery*? Hanya empat hari saja. Baiklah. Kapan kira-kira operasinya dok? Sebulan setelah kemoterapi injeksi terakhir. Ok. Berarti awal April.

Hari-hari menjelang operasi kandungan, saya isi dengan banyak berdoa, pencarian informasi ke teman-teman yang pernah menjalani operasi serupa. Doa permohonan saya kepada Tuhan: tolong saya diberi kamar opname yang nyaman. Bukan untuk saya, tapi untuk adik dan kakak jika mereka datang dan menginap di rumah sakit selama menjaga saya. Sebagai saudara kandung, sungguh saya tidak ingin melihat mereka tidur di atas lantai, beralas kasur tipis.

Ajaib, doa itu terpenuhi. Seolah Tuhan mengajak bercanda. Pada saat telpon reservasi kamar, tidak ada kamar yang seperti saya mau. Penuh. Saya menyerah, baiklah. Barangkali memang doa itu tidak dikabulkan. Pada menit-menit terakhir mengisi formulir pendaftaran sebagai pasien rawat inap, iseng saya bertanya ke

petugas, apakah sekarang ada kamar VIP? Ada Bu, ini ada yang kosong satu. Ibu mau? Wow!

Jumat, 7 April 2017. Pukul 6 pagi. Saya menjalani operasi angkat rahim. Operasi ketiga dalam rentang waktu sembilan bulan. Berbeda dengan operasi tulang belakang yang memakan waktu berjam-jam, operasi ini relative singkat. Menurut cerita beberapa teman, sekitar jam 8 pagi operasi selesai. Kira-kira jam 10, saya sudah samar-samar melihat kakak dan adik di dalam kamar. Mereka sempat melihat myom dan kista yang diambil dan menurut mereka, ukurannya memang besar. Satu toples penuh.

Itulah sebabnya mengapa selama proses kemoterapi injeksi, perut saya membuncit, berat badan naik satu kilo setiap akan menjalani kemoterapi, padahal porsi makan saya normal. Sesuatu yang sepertinya tidak wajar. Dan itulah juga sebabnya mengapa saya mengalami beberapa hal berikut ini pada masa-masa kuliah S1 di Psikologi UGM. Masa *jadoel*, belum ada *hape*. Kejadian-kejadian ini terekam di alam bawah sadar dan menunggu penjelasan. Pertama, saat Ibu Johana E. Prawitasari yg baru datang dari Amerika, memberi kuliah 3 jam, di kelas di lantai 3 gedung cemara tujuh (Gedung Pusat UGM-eds.). Saat jeda istirahat, teman-teman sekelas turun, hendak makan atau sekedar mengudap. Bersama seorang teman, saya hanya berdiri bersandar pagar memandang ke seberang, ke ruang-ruang kantor. Pandangan itu lama kelamaan kabur dan

saya tidak sadar. Pingsan. Saya sedang menstruasi hari itu. Setelah sadar, saya diantar pulang teman.

Kedua, saat menjadi asisten biro Psikologi Fakultas Psikologi UGM. Saat saya sedang menstruasi juga. Setelah selesai mengetest kecerdasan seorang anak, saya merasa badan tidak nyaman, kepala agak pusing, saya butuh berbaring, sehingga terburu-buru pulang berjalan kaki. Tiba di tempat kost, langsung masuk kamar dan merebahkan diri. Entah pingsan, entah tertidur. Saya terjaga malam hari. Seorang teman datang, memberi tahu bahwa saya dicari ibu Endang Ekowarni. Oh, pasti tentang tes kecerdasan tadi. Ternyata benar. Esok paginya, bu Endang mencari dan memarahi saya karena tes tersebut sebetulnya akan beliau gunakan sebagai bahan dalam kasus persidangan anak, sebagai saksi ahli. Saya terima kemarahan beliau karena saya juga sulit menyampaikan alasan.

Ketiga, masih saat sedang menstruasi dan sedang berjalan di boulevard UGM. Di bawah keteduhan jajaran pohon pinus, saya merasa pusing. Saya menguap berkali-kali tapi tidak merasakan kantuk. Saya merasa butuh berbaring lagi. Kemanamencari tempat berbaring? Kantin! Kantin KOPMA UGM. Bergegas saya kesana, masuk ke dapur kantin, menemukan amben kosong dan berbaringlah saya. Pingsan dan tampak pucat. Setelah bangun, ibu tukang masak kantin itu menyodorkan semangkuk soto. Terimakasih.

Keempat. Lagi-lagi sedang menstruasi, dan ini kejadian di rumah. Tengah malam perut terasa sakit luar biasa. Saya bangun dan ke kamar Ibu. Mengeluh tentang perut yang amat melilit. Ibu terbangun, menggosokkan balsam. Tidak mempan. Malah saya mau muntah. Maka malam itu, saya muntah habis-habisan di kamar tidur Ibu. Selesai itu, tidur tenang. Sempat terdengar Ibu bertanya-tanya sendiri, apakah ini sakit usus buntu? Bertahun-tahun kemudian terjawab, bukan usus buntu, tapi Myom.

Mei 2017. Sembuh dari operasi kandungan, kemoterapi dilanjutkan. Namun kali ini tidak lagi lewat injeksi, tapi pil. Kemoterapi rawat jalan namanya. Di rumah, saya wajib mengkonsumsi pil obat kanker bernama Xeloda, setiap pilnya mengandung 500 mg capecitabine. Saya harus menelan 1500 mg setiap kalinya. Dosis saya, dua kali sehari, pagi dan malam. Maka total 3000 mg capecitabine masuk setiap hari selama hampir setahun. Efeknya? Beruntung saya mendapat dokter yang pandai menjelaskan sehingga mental saya siap. *Hand foot syndrome*, itulah nama efek sampingnya. Kulit telapak kaki dan tangan akan pecah-pecah dan mengelupas. Ternyata pada kasus saya, yang terjadi adalah telapak kaki menebal, pecah-pecah dan kulit di sela-sela jari kaki menghitam, tapi tidak ada pengelupasan kulit pada tangan. Jari tangan saya memang kulitnya makin gelap, tapi masih dalam batas

toleransi. Pada dasarnya kulit saya memang sawo matang. Eksotis.

Tulang belakang tetap perlu diberi vitamin agar kuat dan terbentuk lagi ruasnya yang dulu keropos. Saya setiap sebulan sekali masih harus opname di rumah sakit, minimal 5 jam, agar Bondronat – vitamin tulang – bisa dimasukkan melalui injeksi. Saya anggap ini ujian kesabaran.

September 2017. Syukurlah, ritual sebulan sekali memasukkan Bondronat selesai. Evaluasi kedua secara menyeluruh menunjukkan, tulang belakang sudah kuat, ruasnya terbentuk dan tidak ada penyebaran sel kanker di bagian abdomen. Alhamdulillah. Lega. Payudara kiri mulai lunak, tidak lagi mengeras dan ukurannya mulai sama dengan yang kanan. Konsumsi pil kanker Xeloda tetap dilanjutkan. Mengapa? Agar kewaspadaan tidak menurun dan sel-sel kankernya mengecil dan ditahan agar tidak menyebar. Apakah saya harus mengonsumsi pil Xeloda ini seumur hidup? Pertanyaan ini tidak pernah terjawab jelas oleh dokter. Saya duga, jawabannya akan tergantung pada evaluasi berikutnya. Evaluasi ketiga.

April 2018. Evaluasi ketiga terhadap proses pengobatan kanker dengan memakai pil. Alhamdulillah. USG dada, abdomen dan rontgent tulang belakang semuanya menunjukkan hasil menggembirakan. Tidak ada metastase. Kontrol kandungan ke dokter Obsgyn membuahakan saran: silahkan kontrol setahun lagi. Baiklah. Jika rentang waktu kontrol mulai diperpanjang,

maka saya tafsirkan itu sebagai tanda bagus. Setahun lagi. Artinya, kandungan bersih. Tidak ada pertumbuhan kista atau myom.

Juli 2018. Betul, Juli 2018. Bulan ini. Periode mengkonsumsi pil Keloda yang sudah berlangsung setahun, dihentikan atas keputusan dokter. Tidak ada lagi derita kulit telapak kaki dan tumit yang retak-retak, mengelupas dan luka. Warna kulit di sela-sela jari kaki mulai normal. Syukurlah. Rambut sudah panjang, ikal seperti dulu. Semuanya seperti kembali ke kondisi awal sebelum sakit. Kecuali berat badan. Asupan yang teratur dan terjaga, membuat berat badan saya naik tujuh kg. Sehat dan segar, begitulah komentar mereka yang melihat saya sekarang. Alhamdulillah. Terimakasih.

Jauh dari lubuk hati yang terdalam, secara halus seolah menyampaikan pesan: bahwa semua proses medis ini adalah cara Tuhan memenuhi doa yang dipanjatkan dengan khusuk di tanah Mekah saat umroh tahun 2016 lalu. Doa mohon kesehatan maksimal. Saya meyakini sepenuhnya, semua ini adalah proses pengabulan doa. Maka, tidak ada lagi yang perlu ditakutkan, dikhawatirkan. Bahagialah, hidup itu indah, penuh warna.

---

Kisah di atas ditulis oleh Diantini Ida Viatri, seorang dosen dan psikolog yang menderita lebih dari

satu jenis penyakit kronis (HNP, kanker payudara dan sudah menjalani operasi angkat kandungan). Penulis meninggal dunia tanggal 07 Oktober 2019. HNP adalah singkatan dari Hernia Nukleus Pulposus. HNP adalah penyakit yang terjadi ketika bantalan ruas tulang belakang bergeser dan menekan syaraf tulang belakang. HNP juga dikenal dengan istilah 'saraf terjepit' (Alo Dokter, 2019).

Seperti disebutkan di atas, disamping menderita HNP, Penulis juga menderita kanker payudara yang diketahui setelah mencapai stadium 2. Istilah kanker mungkin sudah tidak asing bagi kebanyakan orang. Mungkin menjadi penyakit yang paling ditakuti sebelum merebaknya covid 19 ditahun 2020-2021. Mirip dengan momok covid 19, kata "kanker" sendiri membuat banyak orang takut. Menurut Burish et al. (dalam Sarafino & Smith, 2011), banyak orang yang sering melebih-lebihkan kematian yang disebabkan oleh kanker. Saat menerima hasil mammogram yang menunjukkan adanya kecurigaan kanker payudara dapat menyebabkan tingkat kecemasan yang tinggi pada beberapa para perempuan meskipun beberapa bulan kemudian hasil tes tersebut tidak terbukti (Lerman et al. Dalam Sarafino & Smith, 2011). Itu juga yang dialami oleh Penulis.

Keingintahuan tentang penyakit yang ia derita dan wawasan keilmuan yang luas membuat penulis mengikuti perkembangan penyakitnya dan dapat

membantunya dalam mengenali kondisi fisiknya. Misalnya saat mengetahui bahwa kanker yang ia derita bersifat malignant, bukan benign. Dengan demikian, ia dapat mengenali efek yang akan ia terima dari penyakit tersebut. Efek nyeri kronis tergantung pada apakah kondisi yang mendasarinya jinak/*benign* (tidak berbahaya) atau ganas/*malignant* (merugikan) dan memburuk, dan apakah ketidaknyamanan ada terus menerus atau sering terjadi dengan episode intens.

---

Faktor-faktor ini mendefinisikan tiga jenis nyeri kronis (Turk, Meichenbaum & Genest dalam Sarafino & Smith, 2011):

1. Nyeri kronis-berulang berasal dari penyebab jinak dan melibatkan episode nyeri yang berulang dan intens dipisahkan oleh periode tanpa rasa sakit. Dua contoh dari nyeri kronis berulang adalah sakit kepala migrain dan sakit kepala tipe tegang (otot-kontraksi); contoh lainnya adalah nyeri myofascial, nyeri di rahang dan otot-otot kepala dan leher (AMA; Hare & Milano dalam Sarafino & Smith, 2011).
2. Nyeri kronis-*intractable*-jinak mengacu pada ketidaknyamanan yang biasanya hadir sepanjang waktu, dengan tingkat intensitas yang bervariasi dan tidak terkait dengan kondisi ganas yang mendasarinya. Terkadang nyeri punggung bawah kronis memiliki pola ini.

3. Nyeri kronis-progresif ditandai dengan rasa tidak nyaman yang terus menerus, berhubungan dengan kondisi keganasan, dan menjadi semakin intens seiring dengan memburuknya kondisi yang mendasarinya. Dua yang paling menonjol pada kondisi ganas yang sering menghasilkan nyeri progresif kronis adalah *rheumatoid arthritis* dan kanker.

Menghadapi kenyataan penulis didiagnosa tiga penyakit kronis pada waktu yang berdekatan tentu saja menyebabkan stres tersendiri. Saat hidup menjadi stres, orang yang tidak memiliki kendali pribadi yang kuat mungkin akan berhenti mencoba. Berpikir dan merasa bahwa mereka tidak memiliki kekuatan dan kendali, mereka merasa tidak berdaya (Sarafino & Smith, 2011). Ketika pasien -- yang mengalami sakit parah -- merasa hanya memiliki sedikit kontrol pribadi dalam menghadapi stresor berat yang baru, mereka menunjukkan tekanan emosional lebih besar dibanding orang lain yang merasa lebih memiliki kendali atas dirinya (Benight et al dalam Sarafino & Smith, 2011). Bantuan psikologis utama yang dibutuhkan orang-orang seperti itu adalah meningkatkan efikasi diri mereka dan mengurangi kepasifan dan ketidakberdayaan mereka (Smith & Wallston dalam Sarafino & Smith, 2011). Apabila individu tidak memiliki kontrol pribadi, apa yang terjadi ketika mereka mengalami tingkat stres yang

tinggi dalam jangka waktu yang lama? Mereka akan merasa bahwa tidak ada hal penting yang dapat mereka lakukan. Mereka merasa tidak berdaya — terjebak dan tidak dapat menghindari hasil negatif. Akibatnya, orang-orang ini mungkin berhenti berjuang, mereka menjadi percaya bahwa mereka tidak memiliki kendali atas situasi yang mereka hadapi dan berbagai peristiwa lain dalam hidup mereka. Mereka merasa gagal untuk menggunakan kendali bahkan ketika mereka bisa berhasil (Sarafino & Smith, 2011).

Ada dua jenis control yang dapat dimanfaatkan pasien agar kembali merasa berdaya, yaitu *Cognitive dan Behavioral Control* (Kontrol Kognitif dan Kontrol Perilaku) (Sarafino & Smith, 2011). Untuk mendorong kontrol perilaku, pasien belajar bagaimana mengurangi ketidaknyamanan atau mendorong rehabilitasi melalui tindakan spesifik yang dapat mereka lakukan, seperti dengan melakukan latihan kaki untuk meningkatkan kekuatan atau latihan pernapasan dalam untuk mengurangi rasa sakit. Untuk kontrol kognitif, pasien mempelajari cara untuk memfokuskan pikiran mereka pada aspek yang menyenangkan atau menguntungkan dari operasi, daripada aspek yang tidak menyenangkan. Optimisme juga menjadi penting dalam mengendalikan stres karena pesimisme hanya akan meningkatkan potensi orang untuk stres dan dapat berdampak negatif pada kesehatan mereka (Sarafino & Smith, 2011).

Dalam kasus yang dialami Penulis, ia memiliki Kontrol Kognitif dan Kontrol Perilaku sekaligus. Pemahamannya tentang penyakitnya membantunya untuk berpikir positif dengan melakukan kegiatan yang bermanfaat untuk membantunya menghadapi penyakitnya. Keyakinan terhadap Tuhan seperti pendapat Grothberg (1999) dan hasil penelitian Nasution (2011) yang menyatakan bahwa keyakinan kepada Tuhan menjadi salah satu factor pembangun resiliensi. Ia juga belajar memfokuskan pikiran pada aspek yang menyenangkan atau menguntungkan dari situasi yang sedang ia hadapi. Misalnya kulitnya yang menghitam yang ia katakan eksotis.

Berbagai sisi positif yang dimiliki penulis dalam menghadapi penyakitnya sangat membantunya dalam proses kesembuhan. Bulan Juli 2018 dokter menghentikan terapi obat dengan pil *Xeloda* yang sudah berlangsung setahun. Kondisi fisik Penulis mulai membaik. Menurut Penulis, semuanya seperti kembali ke kondisi awal sebelum sakit.

Namun tanggal 07 Oktober 2019, Penulis meninggal dunia. Tingkat keparahan penyakit yang ia derita tampaknya membuat ia tak lagi mampu bertahan lebih lama. Penyakit yang ia derita sudah terlalu lama menggerogoti tubuhnya, bahkan melebihi separuh usia. Menurut Brannon, Updegraff dan Feist (2018), beradaptasi dengan penyakit kronis meliputi upaya berdamai dengan gejala penyakit, mengelola stress

sebagai dampak pengobatan, menjalani hidup senormal mungkin dan menghadapi kemungkinan kematian.

Dalam psikologi Kesehatan ada yang dinamakan *Health behavior* (Sarafino and Smith, 2011), yaitu setiap aktivitas yang dilakukan orang untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatannya, terlepas dari persepsinya tentang status kesehatannya atau apakah perilaku tersebut benar-benar mampu mencapai tujuannya. Ada tiga tipe *Health behavior*, yaitu: *Well Behavior*, *Symptom-Based Behavior* dan *Sick-Role Behavior*. *Well Behavior* adalah setiap kegiatan yang dilakukan seseorang untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan dan berusaha menghindari penyakit. *Symptom-Based Behavior* merupakan aktivitas yang dilakukan seseorang yang memiliki gejala penyakit untuk menemukan penyakitnya dan menemukan obatnya. Sedangkan *Sick-Role Behavior* merupakan kegiatan yang dilakukan orang untuk sembuh setelah didiagnosa bahwa mereka sakit dan mengetahui jenis penyakitnya. Dalam hal ini penulis berada pada tipe yang ketiga. Ia baru bertindak setelah penyakit bertahun-tahun menggerogoti fisiknya. Penyakit yang awalnya tidak terlampau dirasakan menjadi muncul gejalanya setelah penulis mengalami peristiwa hidup yang membuatnya sangat tertekan.

Menilik gangguan awal yang dialami penulis yang bermula pada masa kuliah dan berkaitan dengan organ reproduksi, ada kemungkinan penulis belum

memenuhi kebutuhan gizi yang tepat sesuai jenis kelamin dan usianya. Mengutip dari Kemenkes yang telah dipaparkan dalam tulisan Lestari Octavia di bab. 2, disebutkan bahwa jika pemenuhan gizi pada masa remaja tidak mencukupi akan meningkatkan risiko penyakit di masa yang akan datang. Peristiwa menstruasi yang dialami remaja putri setiap bulan meningkatkan kebutuhan zat besi, selain itu karena pertumbuhan tulang dan berat badan berlangsung di periode ini, kebutuhan kalsium mutlak dipenuhi.

Lebih Lanjut dalam pemaparan Lestari Octavia, anemia akibat kekurangan zat besi merupakan kejadian yang paling sering ditemui pada remaja putri. Kekurangan zat gizi besi di usia remaja akan menurunkan kualitas kesehatan reproduksi di usia dewasa. Penyebab utama kekurangan zat besi di Indonesia adalah rendahnya konsumsi makanan yang kaya protein, zat besi dan vitamin B yang diperlukan tubuh. Daging merah adalah salah satu bahan yang kaya zat besi dan konsumsinya di Indonesia masih sangat rendah. Menurut data Biro Pusat Statistik, rata-rata konsumsi protein per kapita sebesar 64,64 gram per September 2018 yang memunculkan banyaknya masalah kekurangan zat gizi makro dan mikro.

Dengan demikian, pendekatan makro terhadap persoalan kesehatan menjadi sesuatu yang perlu dipertimbangkan, seperti yang dipaparkan Prawitasari dan Novianty pada bagian ke delapan buku ini. Tawaran

perubahan dari mikro ke makro – sama pentingnya dengan pendekatan multidisiplin, multisektoral, bahkan multinasional -- menjadi salah satu cara mengentaskan persoalan masyarakat, apalagi jika yang menjadi sumbernya adalah persoalan di luar diri orang per orang.

Pada masa penyembuhan, mengonsumsi makanan sehat menjadi keharusan bagi si sakit. Konsumsi prebiotik semacam RS (dipaparkan di Bab 1) bisa jadi dapat membantu. American Association of Cereal Chemists and Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine of the National Academics menyebut RS sebagai fungsional *dietary fiber* juga memiliki fungsi kesehatan yang lain. Prebiotik tertentu dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap perkembangan sel kanker. Secara khusus, pencernaan bakteri prebiotik ini memicu produksi asam tertentu yang diyakini mampu mencegah bentuk-bentuk kanker tertentu (Maharani, 2020).

Meski memiliki sikap yang positif selama proses penyembuhan dan berdampak baik pada proses penyembuhan, namun kondisi penyakit yang terlanjur parah tampaknya membuatnya tidak mampu bertahan dalam waktu yang lama.

**Perjuangan di Awal Masa Pandemi Covid-19**

(Kisah nyata Nina Susilawati)

### **Episode 1: Aku PDP Corona**

Aku ingin berbagi, setidaknya berbagi pengalaman. Saat ini aku sudah dirawat di RS Pasar Minggu hari ke 14. Di ruang isolasi dengan pintu yang selalu terkunci dari luar. Aku masuk ke RS Pasar Minggu berdasarkan rujukan dari RSUD Kebayoran Lama. Hasil Rontgen thorax buruk, batuk kecil, demam lebih dari 38, dan gejala pneumonia yang berujung masuk ruang isolasi.

Dari sini malah ketahuan kalau ternyata aku mengidap kardiomegali. Maklum selama ini untuk mengendalikan tekanan darah dan gula darah aku keteteran. Jadi ini yang dilakukan lebih dulu beserta pneumonianya. Klorokuin sempat aku minum empat hari saja. Aku sudah *swab* lewat hidung dua kali tapi sampai hari ini belum keluar hasilnya.

aku sekamar bertiga, salah satu sudah lebih dulu pulang karena hasil *swab*-nya negatif. Salah satu kemarin divonis positif. Pagi ini yang dinyatakan positif baru dipindahkan ke lantai yang khusus positif COVID-19. Akhirnya aku sendirian di kamar, sambil bertanya-tanya statusku positif atau negatif, karena sudah dua minggu ini berbagi kamar mandi dengan yang positif. Meski *personal Hygiene* tetap aku jaga selama ini. *Hand sanitizer*

sering kupakai sebisaku. Meski demikian, aku tetap deg-degan. Semoga hasil *swab*-ku nanti negatif.

## **Episode 2: Mau Mengeluh Saat Isolasi? Malu Lah ke Paramedik**

Saat awal masuk ruang isolasi rasanya sangat merana. Langsung dari IGD, belum bawa persiapan apa-apa. Jangankan baju ganti, yang tersisa tinggal air 1/2 botol ukuran sedang. Perut sudah “keroncongan”. Sejak pagi hanya sempat sarapan bubur. Berada di IGD sepanjang siang dan jam 17.00 WIB baru masuk kamar isolasi dan ditinggalkan sendirian.

Jam 19.00 aku menekan bel mau bilang lapar dan tidak punya makanan. Tapi tidak ada yang datang. Jam 21.00 baru paramedik masuk dan memberikan konsumsi dan segelas air putih. Sambil membawa tata tertib yang masih ditulis dengan tangan, yang menyatakan kalau paramedik tidak bisa masuk sewaktu-waktu karena keterbatasan APD.

Karena dirawat di ruang isolasi, setelah beberapa hari rasa bosan mulai menggelegak. Belum lagi beberapa kali jarum beraksi tusuk sana tusuk sini untuk mengambil darah, cek gula darah, diberikan suntikan insulin setiap mau makan. Suntikan vitamin C dan anti mual dilakukan lewat infus.

Makanan juga tidak menarik, nasinya lembek banget. Berasa bubur tidak, tetapi bentuk nasinya sudah

tidak kelihatan. Sementara di sebelah ada yang dapat kentang dll. Pokoknya nggak enak lah.

Entah kenapa aku juga tidak kunjung di-*swab*, padahal pasien di sebelahkui sudah dua kali di-*swab*. Sampai aku sempat mengancam suster kalau sampai besok sore tidak juga di-*swab* aku akan mencari cara untuk kabur. Hari berikutnya akhirnya aku di-*swab*. Batal kabur deh.

Hanya saja, sejak ancaman itu aku jadi berpikir lebih keras lagi. Mereka, para perawat, suster, paramedik lain seperti petugas lab, sudah memenuhi tugas dengan baik. Mereka merawat kami sambil was-was tertular. Beberapa tenaga kesehatan saat awal saya diisolasi bahkan tampak gemetaran. Bisa jadi karena takut tertular, tapi bisa jadi mereka kedinginan juga karena setiap masuk dan keluar tiap kamar harus disemprot disinfektan. Kasihan.

Mereka juga tidak boleh pulang, karena kalau pulang berpotensi menularkan virus ke keluarganya. Jadi, petugas medis ini juga tersandera di hotel yang disediakan khusus untuk mereka. TIDAK BOLEH PULANG. Catat itu! Sampai kapan? Tidak ada yang tahu. Bisa jadi sampai pandemi berlalu. Sedangkan aku, anggap saja aku positif tapi survive, paling lama aku hanya sebulan di ruang isolasi. Selanjutnya pasien yang sudah boleh pulang, diminta untuk isolasi mandiri 14 hari di rumah masing-masing. Betapa paramedik ini telah mengorbankan waktunya tanpa batas. Bahkan

menjudikan nyawanya demi merawat pasien *suspect* yang positif Covid-19.

Saat ngobrol dengan mereka ditengah *visit* singkat untuk mengukur tensi darah dan suhu badan, teridentifikasi: ada yang meninggalkan anaknya usia enam bulan, padahal baru menyusui. Ada penganten baru dan terpaksa meninggalkan pasangannya. Ada yang meninggalkan anak-anaknya dengan orang tua. Sekali lagi, mereka tidak bisa pulang sampai entah kapan.

Jadi, aku sangat menyesal telah mengancam dengan suara agak keras hanya soal *swab* yang tak kunjung dilakukan; mengeluh kebanyakan obat; mengeluh banyaknya jarum yang menusuk-nusuk tubuh; mengeluhkan nasi lembek. Aku jadi malu sendiri. Maafkan aku mbak dan mas perawat RS Pasar Minggu.

Hatiku jadi miris mendengar mahasiswa menyuarakan hotel bintang lima berlebihan untuk istirahat para tenaga medis ini. Apakah mereka tidak berpikir kalau yang tersedia dan bersedia menampung tenaga medis ya hotel itu. Apakah mereka tidak berpikir bahwa paramedis ini mau nge-kost saja tidak ada yang bersedia menerima? Mereka ditolak dimana-mana, sementara kalau pulang ke rumah para tetangga pada curiga dan menolak-nolak juga?

Bagaimana kalau kost para mahasiswa itu sementara diberikan ke paramedik dan jadikan mahasiswa sebagai tenaga sukarela untuk merawat pasien Covid-19. Aku jadi penasaran bagaimana sikap

mereka kalau diterapkan *role playing* seperti itu. Bersediakah?

### **Episode 3: Horor Tadi Malam**

Jam 20.00 baru saja lewat, ketika tiba-tiba di sebelah kamar ada yang berteriak-teriak. Apa yang diteriakkan tidak terlalu jelas. Maklum, kamar isolasi cukup rapat. Nyaris tidak ada udara bebas keluar masuk karena ruangan ber-AC.

Tak berapa lama terdengar suara beberapa suster merespon dari luar kamar, seperti menyuruh duduk, jangan ini, jangan itu, asli tidak kedengaran jelas artikulasinya dari kamarku. Cuma, sangat heboh.

Tak lama kemudian terdengar pintu dibuka, dikunci kembali, dan suara berlarian menjauh. Rupanya para suster mengeluarkan satu pasien yang ketakutan, mengunci kamar itu kembali dan langsung para suster itu kabur semua karena tidak ada satupun yang mengenakan APD.

Kudengar dari jauh mereka minta pasien yang dikeluarkan untuk tidak beranjak dari tempatnya sampai mereka siap. Siap pakai APD. Tentu bukan persoalan sederhana karena APD ini terdiri dari baju, sepatu khusus, google dan perisai muka.

Saking penasarannya, aku mengintip dari balik kaca pintu. Kulihat perempuan muda duduk di lantai sambil menangis. Usianya tak lebih dari 20 tahun. Di tangannya selang infus, kulihat sudah mulai memerah

separuh selangnya karena darahnya naik. Melas lihat dirinya ketakutan. Badannya gemetar. Dadanya tertekuk. Bibirnya tak lama mememanggil suster dengan lirih. Sepertinya dia panik melihat selang infusnya memerah.

Untung tidak berapa lama ada perawat laki-laki yang sudah ber APD datang. Kulihat dari balik kaca dia menginterogasi gadis itu. Kemudian masuk kamar sebelah. Terjadi semacam dialog, dan kemudian tindakan. Agak heboh di ruangan itu. Tapi kemudian menjadi tenang. Sepertinya mas perawat melakukan tindakan seperlunya agar dua pasien kamar sebelah menjadi terkendali. Ruangan luar kemudian terdengar disemprot desinfektan. Dan suster/perawat kembali masuk ke pos mereka.

Selesaikah? TIDAK!!

Malam itu menjadi cukup panjang. Suasana tenang segera pecah dengan teriakan panggilan: "Suster...!! Susteeeeer...!! Teriakan terus berulang, sesekali ditingkahi gebrakan-gebrakan. Aku menduga pasien itu diikat ke tempat tidurnya dan meradang. Aku makin penasaran ada apa sebenarnya. Akhirnya saat *visit* perawat jam 23.00 malam aku mendapat jawaban.

Kamar sebelah dihuni oleh dua orang perempuan muda. Yang teriak-teriak itu rupanya punya delusi kalau pasien satunya punya pisau dan mendekatinya. Itulah pangkal kehebohan yang terjadi. Jadi dia mengejar pasien satunya yang jadi ketakutan luarbiasa, dan itulah yang membuat perawat mengeluarkan sementara pasien

yang dituduh membawa pisau ini, meski kemudian mereka kabur untuk memakai APD.

Benar dugaanku. Pasien delusi ini kemudian diikat di tempat tidurnya. Dan pasien yang semula kulihat '*ndeprok*<sup>8</sup>' di luar, kemudian dimasukkan lagi. Pintu pun kembali dikunci. Kasihan teman-teman perawat. Dapat momongan baru yang perlu perhatian sangat khusus seperti ini.

Malam-malam setelah ini sepertinya bakalan dinamis. Pasti teriakan dan amukan di tengah hening akan kembali menggelegar. Aku harus bersiap untuk tak bisa tidur tenang. Semoga tidak berkepanjangan, agar tensiku tidak naik lagi.

#### **Episode 4: Pindah Lantai**

Saat masuk rawat inap pertama di RS Pasar Minggu aku dibawa ke lantai 9. Satu ruangan bertiga, perempuan semua. Yang lain lumayan pendiam, sibuk dengan diri mereka sendiri. Tapi tak lama kami saling kenal nama, meski kemudian tidak saling berkomunikasi lagi. Sebut saja mereka A dan B.

Si A rupanya terpaksa meninggalkan bayinya karena semua gejala covid-19 muncul. Aku lihat dia sering memompa ASI-nya. Aku juga memperhatikan dia melakukan *video call* dengan anak-anaknya. Terbayang penderitaannya harus meninggalkan anak-anaknya yang

---

<sup>8</sup> *ndeprok* (Bahasa Jawa): duduk sekenanya

masih kecil di rumah, apalagi masih ada yang menyusui. Aku lebih bisa berkomunikasi dengan si A ini karena bersamaan masuk IGD dan tempat tidur kami bersebelahan. Sementara B adalah istri pekerja kapal pesiar. Hanya itu yang aku tangkap dari pembicaraannya dengan perawat. Selebihnya aku buta karena tidak banyak berkomunikasi dengannya.

Hanya sehari di lantai 9, sorenya aku dan A dipindahkan ke lantai 10. Aku “Deg-degan” dong. Kenapa dipindah? Jangan-jangan kami dicurigai benar ke arah covid. Saat aku tanya ke perawat kenapa kami dipindah, dia diam seribu bahasa. Dia menyibukkan diri mengemasi barang-barang kami. Kami didudukkan di kursi roda. Barang kami pangku dan kami berdua didorong menuju lift.

Proses pindah lantai ini seru. Mari aku gambarkan layout lantai itu sejauh tangkapanku. Lantai 9 ini terbagi atas dua kelompok ruangan. Sebut saja Sayap Barat dan Sayap Timur. Antara keduanya inilah terletak lift. Kalau tidak salah ada lima lift. Empat lift saling berhadapan, dan lift kelima terpisah. Antara Lift dengan Sayap Barat dan Timur dibatasi pintu, yang meskipun transparan karena pakai kaca, tapi cukup menutup rapat batas ruang.

Kursi roda kami berdua dari Sayap Timur. Pas akan membuka pintu menuju lift, security yang berada di bagian lift berteriak meminta perawat yang mendorong kami untuk menunggu. Rupanya ada orang yang akan

keluar dari lift untuk berurusan di lantai itu. *Security*, yang memang tidak menggunakan APD segera mengarahkan orang itu masuk dulu ke pintu *emergency exit* /tangga darurat. Setelah itu *security* tersebut masuk ke Sayap Barat, jadi tetap bisa melihat kami dari balik kaca.

Seperti ini gambaran situasinya:

"Stop, ada yang keluar dari lift!". Suara langkah berderap, bergegas dan pintu terbuka dan tertutup lagi.

"Oke, sudah. Silakan keluar...!"

"Pakai lift berapa?"

"Lift 3...!"

Dan barulah kami diperbolehkan keluar dari Sayap Timur menuju lift yang terpisah, untuk ke lantai 10. Semuanya dilakukan dengan cepat, bergegas dan terkesan buru-buru.

Aduh, proses pindah lantai ini menurutku seru. Ada pengaturan; ada instruksi-instruksi yang harus diikuti untuk meminimalkan paparan. Teriakan-teriakan *security* dalam mengatur alur lalu lintas kami instruksinya disampaikan secara tegas. Mendebarkan. Saat di lift itulah pertanyaanku dijawab oleh perawat. Bahwa yang dipindahkan ke lantai 10 adalah yang lebih stabil kondisi kesehatannya. Lega rasanya.

Di lantai 10, aku dan A dimasukkan ke kamar yang berbeda. Dia di kamar 1001, sementara aku masuk kamar 1002. Di ruangan baru inilah aku nanti bertemu dengan *roommate* yang luarbiasa.

## **Episode 5: Dua Pasien Seruanguku Dijemput Maut**

Hal yang menegangkan terjadi tak terduga. Ya Allah... dua kematian di depan mataku... (aku merasa gemetar dan sulit bercerita). Saat ini di ruang isolasi aku ditinggal dengan dua jenazah di depanku. Menyaksikan mereka sakaratul maut dalam waktu berdekatan itu rasanya sungguh merupakan hal yang meninggalkan bekas bagiku.

Ini bukan kematian yang terjadi pertama kali di depan mataku. Dulu kelas 5 SD aku menghadapi sakaratul maut eyang putriku. Jadi bukan hal baru. Kondisiku saat ini baik-baik saja. Soal jenazah, nggak apa-apa kok. Aku tidak takut ditinggal sekamar dengan jenazah untuk sementara ini. Aku tahu suster sedang menghubungi keluarga mereka. Aku hanya harus sabar saja.

Aku juga dalam kondisi siap kalau mau diambil Gusti Allah. Sudah pasrah. Tapi sungguh, saat ini aku sehat; tidak ada keluhan berarti. Jadi aku menulis ini dalam keadaan baik-baik saja. Hanya tadi lumayan gemeteran karena emosional, kok iya gerak cepat betul malaikat maut menjemput keduanya..., hanya hitungan menit dan terjadi di depan mataku.

Sarapan belum aku sentuh. Tidak sanggup. Aku tak bisa menelan. Nggak apa-apa. Aku juga tidak merasa lapar. Bagaimanapun, aku masih termangu dengan kejadian pagi ini.

Seperti biasa pagi ini suster masuk jam 05.00 WIB. Membawakan sarapan dan obat untuk pagi. Dia meletakkan sarapan dan obat di meja kami masing-masing. Mejaku, meja sebelahku dan meja pasien di seberangku. Secara bersamaan, pasien di sebelahku memanggilnya, sebut saja namanya Lia.

"Suster, 'seseg'..."

"Baik Bu Lia, sebentar ya," ujar suster yang kemudian menghampirinya dan memasang selang oksigen. Akan tetapi, dia kemudian bergegas keluar mengambil selang lain dan *ventolin*, kemudian segera memasangkannya ke Lia. Setelah selang ventolin terpasang dengan baik, suster kemudian beranjak ke pasien di seberang. Sebut saja namanya Sri.

"Bu Sri, Bu Sri... Maaf ya mau memasukkan susu lewat selang." Saat masuk dua hari lalu Sri sudah dalam keadaan tidak sadar. *Stroke*. Namun meski tak sadar, hari pertama ia tampak gelisah. Kaki dan tangannya bergerak terus meski lemah. setiap kali suster *visit* dan memanggil namanya, ia sudah tidak merespon. Hari berikutnya Sri lebih tenang. Dari jauh aku lihat nafasnya masih ada. Saat suster *visit* pun nadinya masih bagus, hanya suhu tubuhnya tinggi.

Semalam jam 23.00 WIB, tensinya masih bagus. Suhnya sayang masih tinggi. Dan pagi ini jam 05.00 pagi, susunya tak jadi dituang lewat selang infus. Suster malah bergegas mengambil EKG dan alat-alat lain. Suster kedua mengiringinya. Keduanya segera disibukkan dengan Sri.

Semua alat mengindikasikan penurunan fungsi tubuh. Dari dialog kedua suster aku menangkap tensinya tinggal 60/30 dan terus menurun. Tingkat oksigennya juga menurun. Dari kejauhan aku tahu Sri sedang meregang nyawa. Hatiku '*mencelos*'<sup>9</sup>. Tidak pernah mudah melihat kematian di depan mata.

Aku mengalihkan pandangan ke Lia. Nafasnya tersengal tapi masih teratur. *Ventolin* masih dihirupnya. Entah kenapa, hatiku mengatakan dia juga akan 'hilang'. Aku perhatikan semakin lama nafasnya tak beraturan. Kepalanya terkulai. "Suster, nafas Lia melambat," ujarku ke kedua suster yang sedang melepaskan peralatan di tubuh Sri. Jelas Sri sudah meninggal.

Mendengar panggilanmu, kedua suster langsung menuju ke tempat Lia. Semua alat diboyong mendekat ke tempat tidurnya. Keduanya sibuk memberikan pertolongan. Tapi lagi-lagi, Lia juga pergi. Tak bisa terselamatkan. Hhhh.... aku menarik nafas panjang

Sesaat aku tidak bisa memahami perasaanku. Seperti 'kebas'. Tak merasakan apa-apa. Berikutnya, perlahan otakku mencerna. Ada dua kematian di depan mataku. Berurutan. Hanya dalam hitungan menit. Tubuhku gemeteran. Tidak. Aku bukan sedang takut kalau nyawaku diambilNya juga. Aku pasrah kok. Dan

---

<sup>9</sup> '*mencelos*': perasaan yang sangat sedih; hati merasa kosong

aku tahu kesehatanku cukup baik hari ini. Cuma, melihat kematian ganda dengan cara seperti ini tetap meruntuhkan pertahananku. Ingin nangis rasanya. Sangat emosional.

Aku tunggu sampai suster selesai dengan kedua jenasah. Melepas semua alat bantu. Merapikan jenasah. Dan akhirnya menutup kain pembatas. Setelah mereka keluar. Ruangan sepi. Hanya ada aku dan dua jenasah yang senyap. Aku segera menelepon anakku. Menumpahkan tangisku.

### **Episode 6: Jenasah Dipulasara di Tempat**

Sedari pagi aku menunggu sendirian di kamar isolasi. Jenasah masih di tempatnya, tertutup kain pembatas. Aku hanya bisa duduk diam. Sesekali membalas *'texting'* anak-anakku yang kuatir dengan kondisi simboknya ini, juga beberapa teman yang mencoba membesarkan hatiku. Terimakasih untuk semua doa dan semangat kalian. Aku sangat menghargainya.

Satu jam... dua jam... tiga jam... Belum juga jenasah dipindahkan. Waktu terasa begitu lama. Tapi aku juga jadi punya kesempatan merenung. Betapa hidup ini singkat. Kita tidak punya kuasa apa-apa kalau takdir kematian sudah jatuh. Rayakanlah hidupmu sebaik-baiknya, Nina. Bergunalah untuk yang lain meski sekecil apapun.

Jam 11.30 WIB, kunci pintu dibuka; empat orang masuk. Rupanya mereka yang akan memindahkan jenazah. Salah satu permisi menutup kain pembatasku, agar aku tak perlu melihat mereka memprosesnya.

Dari balik pembatas aku mendengarkan semua. Dan ini yang bisa aku tangkap berdasarkan indera pendengaranku: Mereka mentayamumkan jenazah, mengafani, membungkusnya dengan plastik, memasukkannya ke peti mati, dan menyemprot peti mati dengan desinfektan. Semua dilakukan di kamar. Setelah semua selesai, barulah peti mati didorong keluar.

Kematian.... Semoga waktuku masih cukup untuk melihat anak-anakku menjadi 'orang'. Semoga hidupku memberikan manfaat bagi orang lain. Rayakan lah hidupmu teman, selagi kau bisa. Syukuri kehidupan, jangan habiskan waktu untuk menghujat dan mencerca. Berbuatlah, selagi waktumu ada.

### **Episode 7: Tragikomedi Hasil *Swab***

Ah, ngomongin *swab* kok jadi gemes. Tahu *swab* kan? Itu salah satu cara untuk mengambil sekresi, baik dari tenggorokan atau nasofaring, yaitu hidung bagian atas. Aku cerita proses *swab* Aku saja, yaitu lewat hidung. Prosesnya menggunakan semacam *cotton bud*, cuma batangnya lebih panjang. Kita diminta tiduran dengan kepala mendongak, dan '*cotton bud*' tadi dimasukkan ke hidung jauh ke atas, diputar 8-10 kali untuk mendapatkan lendir yang ada di sana. Lendir

inilah yang akan dianalisa dengan teknik PCR (*Polymerase Chain Reaction*). PCR intinya adalah pemeriksaan untuk mencocokkan DNA atau RNA yang dipunyai virus. Ibaratnya seperti tes DNA, tapi untuk virus di tubuh kita. Proses laboratoriumnya memakan waktu 3-4 hari. Itu normalnya. Tapi dalam situasi pandemic seperti ini, saat ribuan hasil *swab* harus dianalisa, bisa dibayangkan antriannya. Sampai capai hati ini menunggu hasilnya.

Saat masuk IGD di RS Pasar Minggu, semua gejala covid aku punya: panas tinggi di atas 38, batuk, sesak nafas, hasil thorax berkabut - ciri pneumonia. Lengkap. Belum lagi komorbid kondisi bawaan yang biasanya memburuk seiring serangan virus, seperti diabetes melitus dan hipertensi. Aku punya semua itu. Plussss, ini plus-nya. Rontgen juga menunjukkan kalau ada pembengkakan jantung. Kurang lengkap apa lagi? Jadi, langsung rawat inap. Tidak ada persiapan apa-apa. Jangankan baju, tanganku hanya menjinjing sebotol air. Anakku tidak diperbolehkan menunggu karena ruangan merupakan ruangan karantina. Ia langsung pulang dan baru paginya ia kirimkan '*supply*'<sup>10</sup> baju dll.

Ok, balik ke *swab*. Sejak masuk kamar, aku berharap segera di-*swab*. Biar ada kepastian positif atau negatif covid-19. Tapi yang terjadi, pada hari pertama, dua pasien sekamarku di-*swab*, Aku tidak. Saat pindah ke

---

<sup>10</sup> *supply* (Bahasa Inggris): pasokan, persediaan

lantai 10, hari berikutnya, selang 3 hari kemudian, lagi, dua pasien di ruanganku di-*swab*, aku tidak. Kesal lah. Seperti yang sudah aku ceritakan kemarahanku di tulisan sebelumnya.

Nah hari kelima, barulah aku di-*swab* pertama. "Hasilnya berapa lama mas?" "Paling dua - tiga hari, Bu." Ok, kita tunggu saja. Empat hari kemudian kami seruangan di-*swab* semua. Jadi teman-teman se kamarku sudah di-*swab* tiga kali dan aku dua kali. Sehari, dua hari, tiga hari berikutnya, salah satu pasien sebut namanya Lydia dinyatakan negatif, dan boleh pulang. Sementara aku dan Ria, pasien lainnya belum ada hasil *swab*. Sehari setelahnya, Ria dapat vonis kalau dirinya positif covid-19 dan dipindahkan ke lantai 8, dijadikan satu dengan pasien lain yang sudah positif. Sedangkan aku?

Hari itu aku tidak mendapatkan jawaban, juga hari ke 9 dan 10. Aduh! Katanya 3-4 hari, ini sudah hari ke 10, mana hasilnya??? Ingin rasanya '*gedruk-gedruk*'<sup>11</sup> kakiku saking gemasnya, tapi kok ya tidak lucu. Masak rambut kepala sudah putih semua mau bertingkah begitu? Baiklah, aku menunggu lagi.

Menjelang siang hari itu, aku yang '*intens texting*'<sup>12</sup> dengan teman kuliah seangkatan mendapat ide bagus. Ide temanku dong, bukan ideku. Mendengar kasusku, dia

---

<sup>11</sup> *gedruk-gedruk* (Bahasa Jawa): menghentak-hentakkan

<sup>12</sup> *intens texting* (Bahasa Inggris): berkomunikasi lewat teks (sms, whatsapp atau aplikasi *chatting* lainnya

berinisiatif menghubungi seseorang. Lho, apa hubungan keduanya dengan kasus Covid-19? "Beliau berdua itu masuk Satgas Covid-19, Nin.". "Aku akan minta tolong untuk melacak hasil *swab*-mu. Beliau semestinya punya jalur ke situ. Kasih aku waktu." "Ok, semoga ada hasilnya," "Berdoa saja, setidaknya kita sudah berusaha mencari tahu," ujar temanku itu. Tidak sampai satu jam, dia mengabari kalau ybs. akan mencari tahu posisi data *swab*-ku. Termasuk akan kontak kepala rumah sakit tempatku dirawat inap, karena beliau mengenalnya dengan baik. Secerach harapan membunyah. Aku harap-harap cemas.

Menjelang Maghrib, tiba-tiba seorang dokter muda masuk diringi satu perawat. "Bu, ibu ada keluhan (sakit) kah?" "Tidak, dok. Rasanya aku sudah membaik. Aku tidak sesak nafas lagi dan merasa sehat." "Baik Bu. Karena tidak ada keluhan, dan hasil *swab* ibu negatif, jadi ibu bisa segera pulang. Tapi aku masih harus mengonsultasikannya dengan dokter yang menangani ibu," ujarnya sambil ke luar ruangan bersama suster. Tak lama suster masuk lagi. "Bu, sudah boleh pulang. Yang jemput diminta bawa fotocopy KTP, Kartu Keluarga, dan meterai 6.000 ya."

Huwaaa, boleh pulang...!!!

"Boleh pulang sekarang sus?" "Iya. Anak ibu yang jemput? Diminta datang saja setelah isya." Baiklah. Aku lantas menghubungi temanku. "Bro, terimakasih. Pak Mus rupanya sudah berhasil melacak hasil *swab* aku.

Hasilnya negatif nih. Barusan ada dokter datang, ngabari kalau aku boleh pulang. Sampaikan maturnuwunku ke beliau ya. '*Lemah teles*'<sup>13</sup>, Gusti Allah yang '*mbales*'<sup>14</sup>." "Yess, melu seneng, Nin. Segera akan aku sampaikan ke beliau." Baiklah.

Aku segera berkoordinasi dengan anakku, Rengga, minta jemput setelah isya. Skenarionya, meski dia jemput, tapi aku akan pulang dengan taksi. Akibat PSBB kan nggak boleh boncengan motor tuh. Senjata dia cuma motor.

Anakku yang di rumah, Sekar, kuminta menyiapkan ember dengan deterjen di kamar mandi, juga handuk dan baju ganti. Jadi nanti secepat aku masuk rumah, tanpa menyentuh apa-apa, langsung menuju kamar mandi dengan semua bontotan baju gantiku dari rumah sakit, agar bisa aku cuci semuanya dengan detergen.

"Aku sediakan det\*1 juga deh, jadi ibu nanti bisa mandi pakai itu," kata Sekar. Deal...!! Dan aku bergegas menata bajuku, memasukkannya ke tas plastik besar yang disediakan suster. Semua barangku termasuk tas harus masuk ke situ.

Selesai? TIDAAAKKK...!!!

---

<sup>13</sup> *Lemah teles* (Bahasa Jawa): segala sesuatu entah baik ataupun buruk Tuhan lah yang membalas.

<sup>14</sup> *mbales*: membalas

Tiba-tiba salah satu suster mengetuk pintuku. Dari balik kaca, dia bertanya berapa nomor WA-ku. Aku jawab dan dia berlalu. Aku kembali duduk di tempat tidur saat anakku texting, protes kalau katanya kepulanganku dibatalkan. Apa???????

HP-ku berdering. Aku angkat. Suara suster terdengar di ujung sana. "Ibu, rupanya ada salah baca tentang hasil *swab*. Ibu dinyatakan positif, dan masih harus isolasi lagi." Hatiku langsung '*mencelos*'<sup>15</sup>, berusaha mencerna '*sikon*'<sup>16</sup> yang baru masuk ke benakku. Mau nangis rasanya. Harapan hanya diberikan untukku 15 menit saja!

Sejenak termangu. Ya Allah, apa mau-Mu? Seribu pertanyaan aku ajukan kepada-Nya. Perasaanku '*meruyak*'<sup>17</sup> sangat tak jelas, antara mau nangis, tapi juga mau tertawa. Situasi ini pasti akan seru kalau dipaparkan di panggung. Tragis, tapi juga komikal. Hidup rupanya sedang bermain-main denganku, dan aku pun tersenyum. Ikhlas. Gusti sang pemberi hidup, mengharuskanku menjalani isolasi lagi. Dia tidak ingin anak-anakku terpapar virus ini...

\*Kutarik nafas panjang\*

Ya Allah. Terimakasih sudah bersendau-gurau denganku hari ini. Aku tahu, semua kuasaMu. Hanya

---

<sup>15</sup> '*mencelos*': lihat catatan kaki 2

<sup>16</sup> '*sikon*': situasi dan kondisi

<sup>17</sup> *meruyak* (Bahasa Jawa): merobek

kepadaMu aku menyembah. Hanya kepadaMu aku minta pertolongan.

### **Episode 8: 'Ngomah'<sup>18</sup>**

Kalian tahu '*ngomah*'? Itu, kondisi di mana kita sudah nyaman di satu tempat. *Feel like home*. Itulah '*ngomah*'. Di ruang isolasi setelah beberapa hari, akhirnya aku juga membiasakan diri.

Bisa membayangkan ruang isolasi? Ruang tertutup, dikunci bahkan. Pada kasus Corona ini, masuknya suster dan tenaga medis lainnya terjadwal. Di sini adalah jam 05.00 - 11.00 - 17.00 dan 23.00 WIB. Empat kali sehari, untuk supply makanan, obat, ukur tensi dan suhu tubuh. Selebihnya mereka tidak bisa masuk sembarangan karena keterbatasan APD (Alat Pelindung Diri). Bahkan misalnya pasien yang sudah menggunakan Pampers dan 'BAB' (buang air besar) pun, baru akan mendapatkan bantuan pada jam yang sudah ditentukan.

Pada saat masuk, sesak nafasku parah. Dua hari aku di-*ventolin*, dan menggunakan selang oksigen sepanjang waktu. Masih boleh turun dari tempat tidur untuk ke kamar mandi. Tentu sambil nyangking botol infus karena jarumnya sudah tertanam di nadi tangan. Hari pertama itu tidak mudah. Kalau aku bergerak terlalu cepat, nafas langsung ngos-ngosan.

---

<sup>18</sup> *Ngomah* (Bahasa Jawa): merasa sudah nyaman di satu tempat.

Ngunyah makanan terlalu bersemangat, juga langsung 'engap'. Padahal aku ini orangnya 'sak-sek', *trennginas*, serba cepat, dan ingin semua selesai dalam waktu singkat. Eh sekarang harus serba lambat. Menyiksa banget. Masak aku disuruh jadi kungkang alias *sloth*, yang bergerak sangaaaat lamban. Tapi itulah yang terjadi.

Hari ketiga, nafas mulai mulai ada perubahan. *Ventolin* masih diberikan pagi hari, tapi selang oksigen sudah tidak kupakai seharian. Sesak nafas tak lagi memburu, hanya sesekali saja datang dan langsung kuraih oksigen. Kupakai sebentar saja. Setelah nafas membaik, kulepas lagi. Selebihnya aku jadi punya waktu untuk mengeksplorasi sekitarku. Berkenalan lebih intens dengan dua orang pasien lain, sebut saja Ria dan Lydia.

Aku juga sudah bisa ganti baju sendiri. Ini bukan persoalan mudah karena keterikatanku dengan infus. Kantong infus harus masuk duluan di lengan baju. Misal infus di tangan kanan, ya dia harus masuk dulu dari dalam bagian baju, keluar di lengan kanan, baru tangan kita mengikuti. Aku pernah memasukkan kantong infus itu ke lengan kanan, lupa kalau infus sudah dipindah ke sebelah kiri...! Asli, aku jadi tertawa sendiri.

Hari keempat, sudah tak tahan rasanya untuk segera mandi. Tapi harus mikir panjang karena tangan 'terikat' infus. Hm..., boleh basah tidak ya? Karena mau tidak mau, jarum yang menempel di tangan pasti basah kena air. Tapi saking badan sudah tidak nyaman empat

hari nggak mandi, nekat lah aku. Mandi. Kalau basah ya basahlah. Aku keramas tiga kali, sabun tiga kali. Biarkan, karena aku tahu bakalan sangat repot kalau mandi setiap hari. Lagi pula, ruangan kan ber-AC sehingga aku tidak berkeringat terlalu banyak. Jadi, mandi dua hari sekali rasanya cukup. Juga irit ganti baju. Aku hitung anakku hanya mengirim delapan baju ganti, tepatnya daster, sesuai permintaanku.

Seiring waktu, menipis juga baju ganti. Aku jadi mikir, bagaimana caranya ya? Bisa sih minta anakku kirim baju bersih dan membawa pulang baju kotor, tapi kasihan, jarak dari rumah ke rumah sakit lumayan jauh. Belum lagi aku dengar dia juga sedang flu. Disamping itu baju kotor seharusnya dicuci dengan *'treatment'* khusus.

Akhirnya aku putuskan untuk mencuci baju dan celana dalamku sendiri. Tidak semua baju kotor; aku pilih baju yang ringan agar mudah kering. Aku kumpulkan ada tiga yang ringan. Saya cuci pakai sabun mandi. Harus hati-hati supaya jarum infus tetap pada tempatnya. Jadi maklum saja kalau tidak terlalu bersih; yang penting bau keringat hilang. Cucian aku gantung di tempat handuk, yang tersedia di kamar mandi. Nunggu hingga tetesnya habis. Setelah itu baru baju aku angin-anginkan di gantungan infus. Habis mau menjemur kan nggak bisa. Begitulah; kita diberi kemampuan beradaptasi. Kelangsungan hidup dipengaruhi oleh seberapa *struggle* kita mengelola kesulitan dan rintangan. Jadi, apapun hambatan di depan, sebaiknya

segera dicari solusinya. Gunakan energi untuk menyelesaikan masalah, bukan mencarinya.

Jadi, aku mulai '*ngomah*', dan itu memberikan kontribusi bagi ketenangan batinku. *Feel like home*. Dan kita bisa lebih pasrah menerima keterbatasan yang ada.

Selamat pagi teman. Semoga hidupmu dimudahkan Gusti Allah.

-----

Kisah ini ditulis oleh Nina Susilawati, seorang psikolog lulusan Universitas Gadjah Mada. Penulis menuangkan pengalamannya selama masa karantina sebagai PDP (pasien dalam pengawasan) karena dicurigai terpapar virus corona. Penulis terpapar di masa awal pandemi, sehingga berbagai ketidakpastian berkenaan dengan covid-19 masih sangat tinggi dan menyebabkan tingkat kecemasan pasien yang lebih tinggi pula. Pada kasus ini, pasien tidak hanya mengalami penyakit akut yang bersumber dari paparan virus SARS-CoV-2, akan tetapi ia juga memiliki gangguan kronis yang menjadi komorbid bagi covid-19, yaitu hipertensi, diabetes dan pembengkakan jantung. Berbagai problema yang melatarbelakangi tersebut berhasil membuat bayangan kematian demikian menghatui pasien dan menjadi satu sumber stres dan kecemasan tersendiri.

Melalui kisah ini kita dibawa pada pergolakan emosi yang dialami penulis. Seperti yang dituliskan Rozi Sastra Purna pada bab 4, emosi merupakan keadaan yang

kompleks dari seseorang yang menyangkut perubahan jasmani serta perubahan dari sisi kejiwaanyang ditandai dengan perasaan yang kuat dan biasanya merupakan dorongan ke suatu bentuk tingkah laku tertentu. Pengaruh emosi pada jasmani ini akan berpengaruh pada kondisi kesehatan pasien. Bisa positif, namun bisa pula negatif.

Sebagai muara dari pergolakan emosi yang dialami penulis, ia berusaha mencari sisi positif agar tetap mampu bertahan dari stres. Penulis menemukan insight tentang kesulitan para tenaga kesehatan yang pasti lebih besar dibanding kesulitan yang ia alami sebagai pasien. Untuk memperbaiki emosinya, ia berusaha berempati pada posisi tenaga Kesehatan. Persoalan empati ini telah dijelaskan Muallifah pada bab 3 yang merupakan kemampuan memahami dan merasakan apa yang dirasakan oleh orang lain, namun tidak ikut larut dalam perasaan tersebut. Pada kasus ini, sikap empati membuat penulis merasa jauh lebih baik dan berhasil mengurangi kondisi stres yang ia rasakan.

Pada Bab. 5, Rini Handayani menjelaskan bahwa berempati akan menyehatkan mental karena dengan berempati seseorang akan mudah merasa cukup dengan apa yang ada pada dirinya; dapat menemukan banyak kebaikan pada dirinya; mampu menerima kondisi diri sendiri dan memiliki kemampuan untuk mengungkapkan pikiran, mengekspresikan perasaan, dan mengomunikasikan pikiran dan perasaan melalui

kata-kata maupun bahasa tubuh.

Tak dapat disangkal bahwa Kesehatan psikologis yang dimiliki Penulis sebelum menjadi PDP sangat membantu kondisi terburuknya selama di karantina. Dapat disimpulkan bahwa penulis memiliki kebugaran psikologis. Pada Bab 7, Lucia Peppy Novianti telah menjelaskan bahwa kebugaran psikologis adalah kondisi sehat dan segar pada pikiran, emosi, maupun tindakan seseorang. Kondisi bugar psikologis mengarah pada dimilikinya situasi adaptif atas apa yang dialami dengan daya pikirnya, pada kemampuan pengelolaan emosinya, dan dalam kemampuan untuk bertindak secara sadar dan sehat. Kebugaran psikologis yang dimiliki penulis sangat membantunya melalui masa-masa sulit selama menjadi PDP di tempat karantina.

## DAFTAR PUSTAKA

- Brannon, L., Updegraff, J.A., Feist, J. (2018). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. (9<sup>th</sup> Ed). Boston, MA-USA: Cengage Learning.
- Grothberg, E.H. 1999. *Tapping Your Inner Strength*. Oakland, CA. USA: New Harbinger Publication, Inc.

“Hernia Nukleus Pulposus”. (2019). *Alo Dokter*. Terakhir diperbarui: 6 November 2019  
<https://www.alodokter.com/hernia-nukleus-pulposus>

Maharani, B (2020). Alasan Penting Kenapa Anda Harus Makan Makanan Kaya Prebiotik. *Hello Sehat*. 18/12/2020<https://hellosehat.com/nutrisi/fakta-gizi/manfaat-prebiotik-adalah/>

Nasution, S.M. (2011) *Resiliensi: Daya Pegas Menghadapi Trauma Kehidupan*. Medan, Indonesia: USU press.

Sarafino, E. P & Smith, T. W. (2016). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions Seventh Edition*. (versi elektronik). United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

# Glosarium

***Agreeableness***: Salah satu tipe kepribadian atau *trait*/sifat dari teori “Big Five Personality” yang erat kaitannya dengan pengelolaan emosi. *Agreeableness* menunjukkan perilaku yang ingin menghindari konflik, memilih patuh pada individu lain dan memiliki karakteristik yang kooperatif (dapat bekerjasama), mudah percaya, bersifat baik, hangat dan berhati lembut serta suka membantu.

***Amylolytic***: Mampu memecah pati secara enzimatis menjadi produk yang larut.

***Anemia/Kurang darah***: Kondisi ketika tubuh kekurangan sel darah merah yang sehat atau ketika sel darah merah tidak berfungsi dengan baik yang mengakibatkan organ tubuh tidak mendapat cukup oksigen, sehingga membuat penderita menjadi pucat dan mudah lelah.

***Aras Makro***: pendekatan ini disebut juga sebagai strategi sistem besar (*large system strategy*), karena sasaran perubahan di arahkan pada sistem lingkungan yang lebih luas (*High Level Macro Intervention*) yang menyangkut masyarakat luas, pengembangan/perumusan kebijakan sosial, perundang-undangan, perencanaan sosial, kampanye, aksi sosial, *lobbying*, partisipasi masyarakat dan pengorganisasian masyarakat,

**Aras Mikro:** pemberdayaan yang dilakukan pada level mikro (individu, keluarga dan kelompok kecil). melalui bimbingan, konseling, *stress menegement*, *crisis intervention*, dan lain-lain. Tujuan utamanya adalah membimbing atau melatih klien dalam menjalankan tugas-tugas kehidupannya. Model ini sering disebut sebagai pendekatan yang berpusat pada tugas (*task centered approach*).

**Bacillus:** Genus bakteri Gram-positif berbentuk batang yang merupakan anggota dari filum Firmicutes.

**Bakteri:** Kelompok organisme yang tidak memiliki membran inti sel. Organisme ini termasuk ke dalam domain prokariota dan berukuran sangat kecil (mikroskopik) dan memiliki peran besar dalam kehidupan di bumi.

**Big Five Personality:** Teori kepribadian dengan pendekatan teori sifat dari Allport dan Cattell (analisis factor). Allport dan Cattell beranggapan bahwa manusia tersusun dalam lima trait, tetapi hanya ada satu dimensi yang mendominasi.

**Biopsi:** Prosedur pengambilan sebagian kecil jaringan dari tubuh pasien untuk diperiksa menggunakan mikroskop guna mendeteksi keberadaan kanker dalam tubuh pasien.

**Civitas:** kelompok/komunitas/warga akademik

**Conscientiousness:** Salah satu tipe kepribadian atau *trait*/sifat dari teori "Big Five Personality". *Conscientiousness* menunjukkan perilaku yang mengarah

pada tujuan; kemampuan untuk mengontrol dorongan atau impuls, kehati-hatian dalam melakukan suatu Tindakan, atau penuh pertimbangan dalam mengambil sebuah keputusan. *Conscientiousness* juga erat kaitannya dengan pengelolaan emosi

***Coping***: Pikiran dan perilaku yang digunakan untuk mengelola tuntutan internal dan eksternal dari situasi yang dinilai sebagai stress.

Social support

**Covid-19**: Penyakit yang disebabkan oleh virus novel corona. Merupakan singkatan dari coronavirus disease 2019. 'CO' berasal dari corona, 'VI' berasal dari virus, dan 'D' berasal dari disease (penyakit), dan 2019 diambil dari tahun pertama munculnya penyakit ini. Sebelumnya, penyakit ini disebut dengan '2019 novel coronavirus' atau '2019-nCoV.'

***Developmental-Contextual Model of Resilience***: Model resiliensi yang mengadopsi teori Brofenbrenner (perspektif sistem perkembangan-kontekstual) dimana sifat dinamis proses perkembangan melibatkan perpaduan kompleks dari kesinambungan dan perubahan. Berbagai pengaruh dan heterogenitas ditemukan selama proses dan hasil akhir. Proses berbeda yang dapat mendorong adaptasi yang efektif dalam situasi sulit dapat dipahami sebagai proses koregulasi perkembangan.

**Diabetes Melitus (DM)**: Suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme

karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin.

***Dietary Fiber:*** Bagian dari tumbuhan yang dapat dikonsumsi dan tersusun dari karbohidrat yang memiliki sifat resistan terhadap proses pencernaan dan penyerapan di usus halus manusia serta mengalami fermentasi sebagian atau keseluruhan di usus besar.

***Disinfektan:*** Bahan kimia yang digunakan untuk menghambat atau membunuh mikroorganisme (bakteri, virus dan jamur) pada permukaan benda mati, bukan pada kulit maupun selaput lendir.

***DNA (deoxyribonucleic acid):*** Materi genetik yang dimiliki makhluk hidup yang akan diturunkan pada keturunannya dan menentukan sifat dan karakteristik fisik seseorang.

***Efikasi diri (Self-Efficacy):*** Perasaan seseorang tentang seberapa efektifnya ia berfungsi di dunia ini. Hal itu menggambarkan keyakinan akan kemampuan dalam memecahkan masalah.

***EKG/Elektrokardiogram:*** Pemeriksaan untuk mengukur dan merekam aktivitas listrik jantung. EKG umumnya dilakukan untuk memeriksa kondisi jantung dan menilai efektivitas pengobatan penyakit jantung.

***Empati:*** Keterampilan seseorang untuk memahami apa yang dirasakan dan dipikirkan orang lain. Estetika dari simpati.

***Einführung***: Pusat dari karya seni yang harus muncul dari dalam jiwa, dan lahir sebagai hasil seni yang indah dan berharga. Menjadi awal mula makna empati.

**Fermentasi**: Proses produksi energi dalam sel dalam keadaan anaerobik (tanpa oksigen).

**Firmicutes**: Filum bakteri, yang sebagian besar memiliki struktur dinding sel Gram-positif.

***Focus Group Discussion (FGD)***: Diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah mengenai suatu isu atau permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok. FGD bertujuan untuk mengumpulkan data dan informasi. Dapat dipakai sebagai salah satu teknik pengumpulan data penelitian kualitatif.

**Fructo oligosaccharide prebiotic (FOS)**: Sejenis karbohidrat yang terdapat di beberapa tanaman alami.

**Gaya Hidup *Sedentary***: Gaya hidup dimana seseorang kurang melakukan gerak atau kurang melakukan aktivitas fisik yang berarti.

**GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)**: sebuah gerakan yang bertujuan untuk memasyarakatkan budaya hidup sehat serta meninggalkan kebiasaan dan perilaku masyarakat yang kurang sehat. Aksi GERMAS ini juga diikuti dengan memasyarakatkan perilaku hidup bersih sehat dan dukungan untuk program infrastruktur dengan basis masyarakat.

***Global-Community Psychology***: seperangkat premis, metode, dan praktik untuk psikologi berdasarkan fondasi multikultural, multidisiplin, multisektoral, dan multinasional yang memiliki minat, ruang lingkup, relevansi, dan penerapan global. Karakteristik psikologi komunitas global sebagai spesialisasi disiplin dibahas, serta berbagai isu yang mendukung perkembangan dan kebutuhannya.

**Google Meet**: Produk dari Google yang merupakan layanan komunikasi video yang dikembangkan oleh Google. Merupakan aplikasi konferensi video yang bisa ditonton hingga 30 peserta.

***Grand Theory***:

- Seperangkat konsep dan hubungan antar teori.
- Teori yang diterapkan secara luas yang telah melewati ujian waktu.
- Bentuk teori yang paling luas dalam suatu disiplin ilmu. Merupakan bentuk teori yang sangat abstrak di mana organisasi formal dan pengaturan konsep lebih diprioritaskan daripada pemahaman realitas sosial.

**Haemoglobin**: Metaloprotein (protein yang mengandung zat besi) yang terdapat dalam sel darah merah yang berfungsi sebagai pembawa oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh. Hemoglobin juga membawa karbon dioksida kembali menuju paru-paru sebelum dikeluarkan dari tubuh.

***Hand Foot Syndrome***: Efek samping dari beberapa perawatan kanker. Sindrom tangan-kaki menyebabkan kemerahan, bengkak, dan nyeri pada telapak tangan

dan/atau telapak kaki. Terkadang melepuh. Sindrom tangan-kaki kadang-kadang terjadi di tempat lain pada kulit, seperti lutut atau siku.

**Hipertensi/Tekanan Darah Tinggi:** Peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang.

**Indeks massa tubuh (IMT):** : Digunakan untuk menentukan kategori berat badan dengan membandingkan berat dan tinggi badan.

***Indigenous Psychology (Psikologi Bumiasli/Psikologi Pribumi):*** studi ilmiah mengenai perilaku dan proses mental manusia yang bersifat *indigenous* (bersumber dari budaya setempat), tidak diambil dari area lain dan diperuntukkan bagi masyarakat yang menjadi subjek penelitian tersebut.

***Inner Strength:*** Kekuatan dari dalam diri yang bersumber dari keyakinan terhadap Tuhan dan identitas sebagai ibu; serta *positive results*/hasil positif yang didapatkan dari krisis kehidupan.

***Interpretative Phenomenological Analysis (IPA):*** Pendekatan penelitian kualitatif dalam psikologi dengan fokus idiografis, yaitu penelitian yang bertujuan untuk menawarkan wawasan tentang bagaimana seseorang, dalam konteks tertentu memahami fenomena tertentu. Biasanya fenomena ini berhubungan dengan pengalaman dari beberapa pribadi yang signifikan, seperti pengalaman peristiwa besar dalam hidup, atau dalam proses

pengembangan hubungan yang penting. Asal teoritis yang sering dikutip dari pendekatan ini adalah fenomenologi dan hermeneutika serta ide-ide kunci dari Edmund Husserl, Martin Heidegger, dan Maurice Merleau-Ponty.

**Kebugaran Psikologis:** Kondisi sehat dan segar pada pikiran, emosi, maupun tindakan seseorang.

**Kekurangan Energi Kronis (KEK):** Kondisi yang disebabkan karena adanya ketidakseimbangan asupan gizi antara energi dan protein, sehingga zat gizi yang dibutuhkan tubuh tidak tercukupi.

**Komorbid:** istilah kedokteran untuk menunjukkan penyakit penyerta selain penyakit utama yang sedang diderita. Komorbid atau komorbiditas biasanya terkait dengan penyakit kronis. Komorbid rentan membuat kondisi kesehatan penderita ketika terkena suatu penyakit (misalnya covid-19) menjadi lebih rawan dan membutuhkan perawatan kesehatan yang lebih kompleks.

***Medical Family Therapy (MedFT):*** Pendekatan dalam di bidang medis yang menggunakan model biopsikososial-spiritual dan teori sistem, dengan fokus utama pada hubungan pasien dengan pasangannya yang dilakukan dengan melibatkan kolaborasi antara penyedia layanan kesehatan dan pasien.

**Microflora:** Berbagai macam mikroorganisme seperti bakteri dan fungi yang merupakan penghuni tetap dari bagian-bagian tubuh tertentu seperti kulit, rongga mulut, rongga hidung, rongga telinga, usus besar, anus, dan vagina.

**Mikroorganisme/mikroba:** Organisme yang berukuran sangat kecil sehingga untuk mengamatinya diperlukan alat bantuan. Mikroorganisme disebut juga organisme mikroskopik. Mikroorganisme sering kali bersel tunggal (uniseluler) maupun bersel banyak (multiseluler). Virus juga termasuk ke dalam mikroorganisme meskipun tidak bersifat seluler.

**MRI (Magnetic Resonance Imaging):** pemeriksaan organ tubuh yang dilakukan dengan menggunakan teknologi magnet dan gelombang radio, untuk mendapatkan gambar otak, organ, tulang, dan jaringan di dalam tubuh secara rinci dan mendalam.

***Multi-Level Facilitating (MLF):*** Pemberdayaan antar anggota dalam kelompok dengan menempatkan ahli (psikolog/ilmuwan psikologi) sebagai desainer sekaligus mentransfer ketrampilannya melalui pendampingan komunitas/masyarakat dalam menghadapi, mengelola dan memecahkan masalah psikososial dalam komunitasnya; dengan harapan saat desainer tersebut tidak lagi berada di lokasi, komunitas/masyarakat sudah terlatih untuk mengelola persoalannya sendiri.

**Nasofaring:** Bagian atas tenggorokan (*faring*) yang terletak di belakang hidung, berbentuk seperti sebuah kotak berongga dan terletak di bagian lunak atap mulut (*soft palate*) dan terletak di belakang hidung

**Optimisme:** Memiliki keyakinan bahwa kondisi dapat berubah menjadi lebih baik, memiliki harapan ke masa depan dan keyakinan bahwa mereka dapat mengatur bagian-bagian dari kehidupan mereka. Orang yang optimis

memiliki keyakinan akan kemampuannya mengatasi adversity yang mungkin muncul di masa depan, memiliki *sense of efficacy* (keyakinan akan kemampuan) dalam memecahkan masalah sendiri dan memimpin diri sendiri.

**Pandemi:** Epidemii yang telah menyebar ke berbagai benua dan negara, umumnya menyerang banyak orang.

**Pandemi Covid-19:** Pandemi yang secara resmi dideklarasikan WHO (World Health Organization atau Badan Kesehatan Dunia) pada tanggal 9 Maret 2020, dimana virus corona telah menyebar secara luas di dunia dan menyebabkan penyakit yang dinamakan COVID-19.

**Pasien *Suspect*:** Apabila seseorang memiliki salah satu dari kriteria berikut: (a) Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi local. (b) Orang dengan salah satu gejala/tanda ISPA, dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi/probable COVID-19. (c) Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.

**PCR (*Polymerase Chain Reaction*):** Metode pemeriksaan virus SARS Cov-2 dengan mendeteksi DNA virus.

**PDP (*Pasien dalam Pengawasan*):** Seseorang masuk dalam PDP) apabila mengalami gejala, seperti demam, batuk, sesak napas, hingga sakit tenggorokan. Hal yang

membedakan dengan ODP, pasien PDP telah melakukan kontak erat dengan pengidap COVID-19. Hasil observasi juga menunjukkan adanya gangguan saluran napas bawah.

### Pedoman Gizi Seimbang (PGS)

**Pneumonia:** Peradangan paru-paru yang disebabkan oleh infeksi. Pneumonia bisa menimbulkan gejala yang ringan hingga berat. Beberapa gejala yang umumnya dialami penderita pneumonia adalah batuk berdahak, demam, dan sesak napas.

**Positif Covid-19:** Bila hasil pemeriksaan covid-19 pada pasien menunjukkan adanya strain virus pada sampel yang diuji.

**Prebiotik:** Suatu bahan selektif yang dapat difermentasi yang memungkinkan perubahan spesifik baik dari komposisi maupun aktivitas dari mikroba dalam gastrointestinal (saluran pencernaan) yang memberikan efek kesehatan pada tubuh. prebiotik merupakan makanan yang disukai oleh probiotik.

**Probiotik:** Semua mikrobia yang spesifik dengan jumlah yang cukup dan masih aktif saat masuk dalam usus sehingga dapat memberikan efek kesehatan.

***Problem Solving (Pemecahan masalah):*** Bagian dari ketrampilan atau kecakapan intelektual yang merupakan hasil belajar. Berupa aktivitas mendefinisikan masalah, menentukan penyebab masalah, menentukan prioritas, menyeleksi berbagai pilihan solusi dan mengimplementasikan solusi tersebut.

**PTM (Penyakit Tidak Menular):** Penyakit yang bukan disebabkan oleh infeksi kuman, seperti stroke, penyakit jantung koroner, kanker, diabetes melitus, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dan adanya kondisi sakit akibat kecelakaan, tindak kekerasan atau lainnya.

***Rapidly Digestible Starch/RDS:*** Pati yang mudah dicerna.

***Randomized Control Trials (RCTs):*** Bentuk eksperimen dari dampak evaluasi di mana populasi yang menerima program atau kebijakan intervensi dipilih secara acak dari populasi yang memenuhi syarat, dan kelompok kontrol juga dipilih secara acak dari populasi yang memenuhi syarat yang sama.

***Realistic Optimism:*** Kemampuan untuk mengeksplorasi peluang dengan keyakinan akan berhasil, karena memiliki pemahaman bahwa upaya gigih akan membawa kepada keberhasilan.

***Recovery:*** pemulihan kesehatan atau penyembuhan. Mengembalikan kepada keadaan sebelum sakit. Mengembalikan ke keadaan sehat.

**Regulasi Emosi/Pengelolaan Emosi:** Kemampuan untuk tetap tenang bila mengalami tekanan. Ekspresi emosi yang tepat merupakan bagian dari resiliensi. Menjadi budak emosi akan mengganggu resiliensi dan membuat orang-orang menjauhi kita.

**Reifikasi:** Kesalahan dalam memperlakukan konsep abstrak seolah-olah memiliki keberadaan material yang nyata.

**Relapse:** Proses yang terjadi dalam perjalanan suatu penyakit dimana seseorang yang telah dinyatakan sembuh muncul kembali gejala penyakitnya karena beberapa faktor pemicu.

**Reproduksi:** Proses dimana organisme memperbanyak diri yang bertujuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup spesiesnya.

**Resiliensi:** kemampuan individu untuk melakukan respon dengan cara yang sehat dan produktif ketika berhadapan dengan *adversity* atau trauma; merupakan *mind-set* yang memungkinkan manusia mencari berbagai pengalaman dan memandang hidupnya sebagai suatu kegiatan yang sedang berjalan. Resiliensi menciptakan dan mempertahankan sikap positif pada inidividu; memberi rasa percaya diri untuk bertindak dan mencoba pengalaman baru, sehingga individu memiliki kehidupan yang lebih kaya, hubungan sosial yang lebih dalam dan dunia yang seakan lebih luas.

**Resistant Starch (RS)/Pati Resisten:** Pati yang lolos dari pencernaan manusia di usus halus dan kemudian di dalam usus besar (kolon) akan mengalami fermentasi oleh mikroba baik. Disebut juga pati tahan cerna.

**RNA (ribonukleat acid):** Salah satu materi genetik yang terdiri dari nukleotida. Dalam tubuh manusia RNA berperan sebagai pembawa informasi genetik dan

menerjemahkannya dalam sintesis berbagai macam protein.

**Role Model:** seseorang yang dijadikan oleh seseorang atau sekelompok orang sebagai teladan hidup, panutan, atau pemberi inspirasi karena dianggap dapat memberikan contoh baik kepada orang lain.

**Role Playing/Bermain Peran:** Suatu cara pelatihan/pembelajaran melalui pengembangan imajinasi dan penghayatan dengan cara memerankan sebagai tokoh hidup atau benda mati. Permainan ini pada umumnya dilakukan lebih dari satu orang, bergantung kepada apa yang diperankan

**Rontgen:** pemeriksaan dengan menggunakan radiasi gelombang elektromagnetik atau sinar-X untuk menampilkan gambar bagian dalam tubuh. Selain untuk mendeteksi masalah kesehatan, foto Rontgen juga dapat digunakan sebagai prosedur penunjang dalam tindakan medis tertentu.

**Rontgen Thorax:** Rontgen yang digunakan untuk menampilkan gambaran bagian dalam dada, misalnya: jantung, paru-paru, saluran pernapasan, pembuluh darah, tulang belakang, tulang payudara, tulang rusuk dan lain-lain. Fungsinya adalah untuk mengetahui beberapa jenis penyakit.

**School Climate:** Suasana atau kualitas sekolah yang membuat masing-masing individu di lingkungan sekolah merasa berharga secara pribadi, merasa bermartabat dan merasa penting; sehingga dapat membantu terciptanya

rasa memiliki terhadap segala sesuatu di sekitar lingkungan sekolah.

***Self-Awareness/Self-Consciousness***: Kesadaran terhadap diri sendiri. penerimaan (dalam arti pengenalan) apa adanya terhadap kelebihan dan kekurangan diri sendiri.

***Self-Care***: Kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri.

***Short chain fatty acid (SCFA)/asam lemak rantai pendek***: Hasil fermentasi karbohidrat yang tidak dapat dicerna atau terserap oleh usus halus. SCFA secara umum berperan dalam memengaruhi lingkungan kolon agar nutrisi yang kita makan terserap dengan baik.

***Social Distancing***: Pemerintah telah mengganti istilah ini dengan *physical distancing*. Merupakan salah satu langkah pencegahan dan pengendalian infeksi virus Corona (COVID-19) dengan menganjurkan orang sehat untuk membatasi kunjungan ke tempat ramai dan melakukan kontak langsung dengan orang lain.

***Social Support***: Bentuk dukungan yang diberikan orang lain yang menginformasikan bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan, dihargai dan berharga, dan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban mutual.

***SpB(K)Onko***: Dokter bedah onkologi yang berfokus pada penanganan penyakit kanker, seperti proses pembedahan atau operasi.

**Spine:** tulang belakang

**SpOTSpine:** Dokter ortopedi ahli *spine*, yaitu dokter yang memiliki keahlian khusus untuk menangani masalah kesehatan pada tulang belakang, baik itu dengan operasi maupun tanpa operasi.

**Srandul:** Salah satu bentuk seni tradisional yang berasal dari DI Yogyakarta, berupa seni panggung (drama dan tari) yang didasarkan pada kearifan masyarakat setempat. Srandul memiliki kekuatan sebagai media dialog yang potensial untuk menyelesaikan konflik terpendam maupun nyata. yang ada di dusun setempat dengan melibatkan orang-orang inti pada tiap komunitas yang hidup di dusun tersebut sebagai penggerak.

**Stressor (penyebab stress):** Stressor adalah faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stres. Stressor dapat berasal dari berbagai sumber, baik dari peristiwa kehidupan, kondisi fisik, psikologis, maupun sosial dan juga muncul pada situasi kerja, dirumah, dalam kehidupan sosial, dan lingkungan luar lainnya.

**Student Engagement:** Waktu dan usaha yang dicurahkan siswa untuk terlibat dalam kegiatan rutin sekolah, seperti menghadiri kelas, mengerjakan dan mengumpulkan tugas yang diberikan, dan mengikuti arahan guru di kelas; yang secara empiris terkait dengan hasil yang diinginkan sekolah dan Lembaga.

**Sekresi:** Proses untuk membuat dan melepaskan substansi kimiawi dalam bentuk lendir (mucus) yang dilakukan oleh sel tubuh dan kelenjar. Substansi kimiawi pada sekresi mempunyai kegunaan tertentu sebelum akhirnya terbuang melalui ekskresi.

***Sense of personal control:*** Perasaan dimana seseorang dapat membuat keputusan dan mengambil tindakan yang efektif untuk mendapatkan hasil yang diinginkan dan menghindari hasil yang tidak diinginkan

**Sikap empati:** Hasil dari tahapan mengerti situasi orang lain yang diekspresikan dengan bahasa verbal, bahasa tubuh dan ditindaklanjuti dengan aksi yang bernilai bagi orang lain.

***Slowly Digestible Starch/SDS:*** Pati yang lambat dicerna

**Stroke:** kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang akibat penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik).

**Swab:** Cara untuk memperoleh bahan pemeriksaan (sampel). Swab dilakukan pada nasofaring dan atau orofarings. Pengambilan ini dilakukan dengan cara mengusap rongga nasofarings dan atau orofarings dengan menggunakan alat seperti kapas lidi khusus.

***Swab Antigen:*** tes imun yang berfungsi untuk mendeteksi keberadaan antigen virus tertentu yang menunjukkan adanya infeksi virus pada saat tes dilakukan. Disebut *swab antigen*, karena tes tersebut dilakukan dengan metode *swab* atau usap untuk mengambil sampel dari

sekresi hidung dan tenggorokan untuk mendeteksi protein tertentu dari virus yang memunculkan respons kekebalan tubuh.

**Thinking Style:** Cara seseorang menganalisa dan menginterpretasi kejadian-kejadian dalam hidupnya.

**Western Psychology:** Bidang yang relatif modern yang mempelajari pikiran dan perilaku manusia dengan menggunakan metode ilmiah. Ini mempelajari manusia menggunakan pengamatan dan informasi sensorik yang terukur.

**Ventolin:** Obat yang digunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernafasan.

**Video Call/Panggilan Video:** Teknologi dimana seseorang bisa berkomunikasi menggunakan telepon (HP) secara waktu nyata (*real-time*) dan seolah bertatap muka langsung */face to face* dengan penerima. *Video call* menggunakan *gadget*/perangkat yang terhubung ke jaringan Internet.

**Visit/Visite:** Kegiatan kunjungan tenaga kesehatan ke pasien rawat inap yang dilakukan untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung, Untuk lebih mengetahui kondisi perkembangan dengan cara mendatangi, memeriksa dan berkomunikasi secara langsung kepada pasien di ruang perawatan. Memantau kemajuan perkembangan kondisi pasien, Memberikan rasa aman dan perhatian serta melaksanakan pelayanan pasien dengan baik.

**Yoghurt:** susu yang diproses menjadi susu asam (untuk minuman) dengan cara menularinya dengan jenis bakteri tertentu

**Zoom:** Aplikasi layanan berupa *software video conference* yang bisa digunakan untuk belajar maupun rapat atau konferensi secara *online*.

## INDEKS

### A

aborsi, 52, 61, 62, 271  
Actinobacteria, 37  
*Acute Disorders*, 166, 310  
ADHD, 280  
*adversity*, 380, 384  
agen kebugaran psikologis, 228,  
240  
***Agreeableness***, 116, 371  
akar rumput, 214  
alur pemikiran, 218  
amilolisis, 29  
*Amyolytic*, 371  
**Anemia**, 55, 371  
***Aras Makro***, 371  
***Aras Mikro***, 372  
asam asetat, 31

asam butirat, 31  
**asam lemak rantai pendek**, 30,  
387  
asam propionate, 31  
asertif, 180  
asesmen, 219, 235, 241, 264, 266,  
267  
asesmen awal, 219  
*awareness*, 192

### B

**Bacillus**, 37, 372  
Bacteroidetes, 37  
**Bakteri**, 37, 372  
beban psikososial, 280  
berbasis tele dan digital, 284  
Bifidobacteria, 37, 38, 42

**Big Five Personality**, 371, 372, 373

Bina keluarga Balita, 213

Bina keluarga Remaja, 213

biomedis, 167, 172, 290, 298

biopsi, 320, 321

**Biopsi**, 372

biopsiko-spiritual, 287

budaya dan iklim sekolah, 92, 94

budaya kolektif, 212

bugar psikologis, 209, 369

## C

cemas, 109, 316, 361

*chronic illnesses*, 166, 310

civitas, 76, 77, 78, 83, 85

Civitas, 373

civitas akademika, 76, 77, 84

*Cognitive Role taking ability*, 141

*community*, 81, 255, 259, 303, 306, 307

*conscientiousness*, 114

**Conscientiousness**, 373

*consistency*, 81

coping, 126, 127, 175, 189, 278

**Coping**, 174, 199, 281, 302, 305, 308, 373

*Coping Style*, 174

**Covid-19**, xiii, 18, 22, 163, 201, 254, 257, 258, 269, 272, 274, 275, 277, 280, 291, 296, 302, 344, 347, 348, 361, 373, 381, 382

COVID-19, 161, 163, 166, 195, 199, 300, 302, 303, 305, 307, 345, 381, 382

Cyanobacteria, 37

Cytophaga-Flavobacterium-Bacteroides, 37

## D

dampak negatif, 219

dampak positif, 162, 222

Defisit kronis, 107

*democracy*, 81

depresi, 109, 150, 163, 168, 173, 178, 188, 253, 278, 280, 285, 293

*depth*, 81

determinan sosial, 284

Determinan sosial, 197

**Developmental-Contextual Model of Resilience**, 185, 373

**Diabetes Melitus**, 166, 374

diare, 38

*dietary fiber*, 31, 35, 36, 46, 344

**Dietary fiber**, 374

*differentiation*, 141, 151

dimensi sosial, 84

dinamika psikologi, 205

**Disinfektan**, 374

distorsi memori, 111

**DNA**, 359, 374, 381

dukungan sosial, 171, 175, 176, 179, 186, 193, 199, 288, 324

## E

efikasi diri, 113, 118, 182, 339  
**Efikasi diri**, 118, 374  
**Einführung**, 130, 375  
**EKG**, 355, 375  
eksistensial, 290, 297  
Eksosistem, 216  
eksosistem psikologis, 206  
ekspresi negatif, 106  
Ekspresi verbal, 104  
ekspresi vokal, 105  
ekspresi wajah, 105, 144  
emosi negatif, 106, 107, 108, 109,  
111, 114, 115, 117, 120, 121,  
123, 124, 135, 138, 209, 236  
emosi positif, 109, 121, 134, 173,  
189  
*Emotion Resonance*, 137  
*emotional meaning*, 141  
*emotional state*, 141  
*emotional states*, 141  
empati, xi, 81, 92, 129, 130, 131,  
132, 133, 134, 135, 136, 137,  
138, 139, 140, 141, 143, 144,  
146, 147, 148, 149, 150, 151,  
235, 236, 276, 375  
**Empati**, 16, 17, 91, 129, 130,  
131, 132, 133, 135, 136, 138,  
140, 142, 143, 144, 145, 146,  
151, 235, 375  
*Emphatic Understanding*, 137  
*engagement*, 81, 99, 102  
estetika simpati, 130

etnografi, 293  
*explanatory style*, 117  
*exposure therapy*, 273

## F

faktor internal, 215  
fase rekonstruksi dan  
rehabilitasi, 225  
*feeling*, 133, 134, 151  
fermentasi, 28, 30, 374, 385  
Fermentasi, 375  
**Firmicutes**, 37, 372, 375  
**Focus Group Discussion**, 265,  
375  
folat, 55, 64  
FOS, 35, 376  
*fructo oligosaccharides*, 35  
fungsi adaptasi, 111  
Fusobacteria, 37

## G

gangguan bipolar, 280  
gangguan makan, 280  
gaya berpikir, 193  
**Gaya Hidup Sedentary**, 376  
**GERMAS**, 376  
*Global-community psychology*,  
259  
**Global-Community Psychology**,  
376  
**Google Meet**, 376  
**Grand Theory**, 376

Grothberg, 370  
Gugus Paud, 214

## H

haemoglobin, 55, 327  
**Haemoglobin**, 377  
**Hand Foot Syndrome**, 377  
hasil positif, 165, 188, 194, 378  
*Health behavior*, 162, 341  
**Hipertensi**, 201, 377

## I

Ibu-ibu Dasawisma, 213  
Identifikasi, 59, 133, 134, 241  
Ikatan Psikolog Klinis, 194, 201,  
269  
iklim sekolah positif, 75, 77, 78,  
80, 93, 94, 97  
Indeks massa tubuh, 59, 60, 377  
**Indigenous Psychology**, 261,  
378  
*inner strength*, 194  
**Inner Strength**, 370, 378  
insentif, 292  
interaksi kelas, 105, 123  
interaksi sosial, 177, 224  
*interpretative phenomenological  
analysis*, 290  
**Interpretative  
Phenomenological Analysis**,  
378  
intervensi resiliensi *multi-level*,  
173

iritasi, 164

## K

kader posyandu, 213  
kanker, 36, 109, 123, 178, 253,  
311, 319, 320, 321, 328, 333,  
334, 336, 337, 338, 344, 377,  
383  
kapasitas kognitif, 137  
Kapasitas kognitif, 138  
Karakteristik guru, 112  
Karang Taruna, 213  
kebugaran psikologis, xii, 206,  
207, 208, 209, 210, 211, 215,  
218, 219, 220, 222, 224, 225,  
227, 228, 229, 232, 233, 238,  
239, 240, 243, 244, 245, 246,  
247, 253, 369  
**Kebugaran Psikologis**, 17, 18,  
205, 208, 222, 378  
kehidupan kolektif, 212  
KEK, 59, 378  
kekerasan, 25, 193, 223, 272,  
281, 289, 293, 383  
kekerasan dalam rumah tangga,  
281, 289  
kekerasan rumah tangga, 223  
kekerasan seksual, 289  
kekerasan seksual pada anak,  
289  
kekuatan sosial, 213, 214  
kekurangan energi kronis, 59,  
378

kelas sosial, 168  
kelompok berjenjang, 213  
kelompok perempuan desa, 222  
kelompok sistem berjenjang,  
213  
keluarga pasien skizofrenia, 253  
kemoterapi, 322, 324, 325, 326,  
327, 329, 331, 333  
kerangka pikir estetis, 137  
kerjabakti, 214  
kesehatan mental, xi, xii, 24, 25,  
26, 129, 148, 149, 150, 151,  
167, 171, 172, 179, 192, 195,  
206, 207, 226, 228, 241, 242,  
245, 246, 250, 252, 253, 258,  
271, 272, 275, 277, 280, 282,  
285, 286  
kesehatan populasi, 172  
keseimbangan hormon, 109  
kesejahteraan emosi, 121  
kesejahteraan psikologis, 163,  
199, 210  
kolera, 38  
kolesterol, 169  
**Komorbid**, 379  
kompetensi, 145, 182, 195, 230,  
300  
komunitas, xii, 25, 172, 186, 197,  
208, 213, 214, 218, 219, 220,  
222, 225, 227, 228, 229, 230,  
237, 243, 244, 245, 246, 250,  
252, 253, 254, 260, 262, 263,  
265, 270, 276, 285, 287, 288,

291, 292, 293, 295, 296, 298,  
299, 376, 380  
komunitas penegak hukum, 222  
kondisi kronis, 280  
konflik pasca bencana, 225  
Konflik sosial, 225  
konseling daring, 195  
konselor, 26, 232, 285  
konsep Hofstede, 212  
konteks jaman, 137  
kontrol diri, 211  
koroner, 48, 383  
krisis kehidupan, 194, 378  
kronosistem, 216  
kualifikasi, 230

## L

*Labeling*, 141  
*leadership*, 61  
lipid, 169, 374  
*logistics dan healthy defaults*,  
292

## M

*Magnetic Resonance Imaging*,  
145  
marah, 108, 111  
MedFT, 286, 379  
***Medical Family Therapy***, 286,  
379  
memendam emosi, 108, 123  
Menekan Ekspresi, 120, 121

MERS-CoV, 163  
meso sistem, 217  
Mesosistem, 216  
**Microflora**, 379  
mikro sistem, 217  
Mikro sistem, 216  
**Mikroorganisme**, 34, 379  
mikrosistem, 186, 216, 217  
Milieu, 84  
*mind-set*, 384  
*modeling*, 100, 133, 134  
*models*, 81, 153  
*Models*, 81  
modifikasi emosi, 112  
*Mood*, 133, 134  
MRI, 145, 146, 320, 380  
**Multi-Level Facilitating**, 380

## N

**Nasofaring**, 380  
*Neuroscience Account*, 137  
Nyeri, 164, 165, 326, 337, 338

## O

Optimisme, 113, 170, 183, 340, 380  
orang inti, 223, 225  
orang-orang kunci, 219, 220, 221, 228, 229, 230

## P

**Pandemi**, 18, 161, 163, 194, 198, 203, 258, 269, 279, 284, 344, 381  
**Pasien Suspect**, 381  
pati, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 41, 43, 44, 45, 46, 385  
Pati resisten, ix, 40, 44, 46  
**PCR**, 358, 381  
**PDP**, 344, 367, 369, 382  
Pedoman Gizi Seimbang, 53, 54, 56, 73, 382  
pemangku kepentingan, 227, 285, 286, 293, 296  
pemutusan kerja, 280  
pendamping, 69, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 239, 246  
pendampingan psikologis, 225, 226  
pengelolaan emosi, 107, 109, 110, 114, 116, 118, 120, 122, 371, 373  
Pengelolaan emosi, 107, 109, 110, 111, 123  
pengembangan diri, 211, 214, 237  
pengubah stres, 181  
Penyakit akut, 166, 310  
penyakit jantung, 109, 123, 166, 168, 178, 375, 383  
Penyakit kronis, 166, 310  
peradangan, 177

perhatian selektif, 110  
Perilaku ekspresif, 131  
perilaku prososial, 115  
persoalan sistemik, 274  
perspektif berbasis deficit, 196  
*Pessimistic explanatory style*, 117  
*photovoice*, 293, 294, 295, 302, 305  
PKK, 213, 222, 224  
**Pneumonia**, 382  
pola kehidupan kolektif, 212  
*positive results*, 194, 378  
***positive school climate***, 16, 77  
posyandu balita, 218  
potensi sosial dan masyarakat, 208  
prebiotik, ix, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 344, 370, 382  
**Prebiotik**, 15, 33, 344, 370, 382  
prevensi kekerasan seksual pada anak, 289  
*primes*, 292  
*proactive coping*, 175  
**Probiotik**, 34, 37, 382  
*problem focused*, 175  
*problem solving*, 90  
***Problem Solving***, 90, 159, 383  
*Problem-focused coping*, 175  
*prompts*, 292  
proses kognitif, 110, 131  
*protective psychosocial resources*, 175  
Proteobacteria, 37

psikolog, i, 20, 22, 194, 207, 226, 232, 251, 263, 271, 272, 275, 335, 367, 380  
psikologi kesehatan komunitas, 252, 254  
psikologi positif, 197  
**PTM**, 67, 383  
*Public Health Emergency of International Concern*, 162

## R

*randomized control trials*, 293, 297  
***Randomized Control Trials***, 277, 383  
***Rapidly Digestible Starch***, 28, 383  
rasa percaya diri, 385  
***Realistic Optimism***, 188, 383  
*recovery*, 330  
*referal*, 221, 228, 240, 241  
regulasi emosi, 109, 111, 117, 123, 137  
Regulasi emosi, 109, 124, 138  
**Regulasi Emosi**, 117, 127, 384  
**Reifikasi**, 384  
rekrutmen, 228  
*relapse*, 280  
***Relapse***, 384  
religiusitas, 111, 113, 116, 290, 294, 305  
*reminders*, 292

reproduksi, ix, 25, 50, 52, 56, 61,  
64, 67, 69, 70, 342, 343

**Reproduksi**, 15, 61, 62, 73, 384  
*requirements*, 71, 292

resilien, 173, 182, 187, 188, 189,  
190, 191

resiliensi, xi, 165, 173, 181, 184,  
185, 186, 187, 189, 191, 192,  
193, 197, 198, 199, 203, 340,  
373, 384

**Resiliensi**, xi, 15, 16, 17, 18, 20,  
103, 107, 108, 118, 129, 133,  
135, 136, 138, 140, 143, 144,  
146, 174, 182, 184, 186, 190,  
194, 198, 202, 203, 255, 261,  
276, 285, 292, 309, 370, 384

**Resistant Starch**, 15, 28, 31, 47,  
385

respon, 384

respon afektif, 137

Respon afektif, 138

responden, 193

risiko kematian, 109, 123

risiko penyakit, 48, 54, 61, 109,  
170, 179, 342

**RNA**, 359, 385

*role model*, 79, 89

**Role Model**, 385

**Role Playing**, 159, 385

**Rontgen**, 319, 326, 345, 359, 386

**Rontgen Thorax**, 386

rujukan, 122, 221, 226, 228, 241,  
242, 285, 320, 345

## S

sanksi, 292

SARS, 163, 166, 381

**SCFA**, 30, 36, 387

*school climate*, 78, 81, 99, 100,  
101, 102

**School Climate**, 98, 99, 100, 101,  
102, 386

segosegawe, 253

sehat dan produktif, 384

sekolah positif dan kondusif, 76,  
81

**Sekresi**, 388

*self help*, 210

*self-awareness*, 136

**Self-Awareness**, 386

**Self-Care**, 386

*self-consciousness*, 136

**Self-Consciousness**, 386

*self-efficacy*, 111

**Self-Efficacy**, 117

*sense of efficacy*, 381

**Sense of personal control**, 389

*short chain fatty acid*, 30, 45, 387

*significant others*, 219

**Sikap empati**, 91, 132, 140, 368,  
389

Sikap kolektif, 212

sikap positif, 385

sikap prososial, 212

siskamling, 214

sistem sosial, 212, 215, 216, 217,  
218, 219

Sistem sosial, 84  
sistem sosial secara berjenjang,  
212  
sistem sosial-historikal, 216  
situasi pasca bencana, 222, 224  
situasi sulit, 193, 197, 374  
**Slowly Digestible Starch**, 28,  
389  
*Social Developmental*, 137  
**Social Distancing**, 387  
*Social Refercing*, 141  
*social support*, 175, 177, 193, 306  
*Social support*, 176, 373  
**Social Support**, 174, 202, 387  
sosialisasi, 112, 133  
sosiologi medis, 168, 171  
Sosiologi Medis, 167  
SpB(K)Onko, 329, 387  
Spine, 319  
spiritual, 290, 296, 301, 379  
spiritualitas, 294, 305  
Spirochaetes, 37  
SpOTSpine, 319, 326  
Srandul, 225, 388  
*Starch*, ix, 28, 30, 43  
stimulasi, 214  
stimulus, 120, 131, 150, 151, 205,  
215  
strategi aktif, 194  
strategi pengelolaan rasa sakit,  
273  
stres, xi, 103, 117, 162, 163, 165,  
168, 169, 170, 173, 174, 175,  
176, 177, 181, 182, 184, 187,

188, 189, 192, 195, 198, 199,  
328, 338, 340, 368, 388  
stresor, 168, 178, 182, 184, 311,  
338  
*stressor*, 115, 168, 170, 174  
**Stressor**, 388  
**Stroke**, 355, 389  
struktur sosial, 168  
*student engagement*, 78, 101  
**Student Engagement**, 388  
studi longitudinal, 171  
**Swab**, 358, 389  
**Swab Antigen**, 389  
*symptom-based behavior*, 162

## T

target regulasi, 111  
teori sistem ekologi  
Bronfenbrenner, 218  
terpuruk, 149, 165, 184  
*thinking style*, 193  
**Thinking Style**, 390  
*trait*, 113, 114, 115, 371, 372, 373  
*trait conscientiousness*, 115  
trauma, 184, 384  
tumbuh kembang, 25, 48, 49, 60,  
145, 213, 215, 218

## U

usia dini, 214  
usus besar, 28, 30, 35, 37, 38, 40,  
374, 379, 385

## V

Vadin BE97, 37

**Ventolin**, 356, 365, 390

Verrucomicrobia, 37

**Video Call**, 390

**Visit/Visite**, 390

## W

*well behavior*, 162

**Western Psychology**, 390

## X

**Xeloda**, 329, 333, 334, 335, 340

## Y

yeast, 37

yoghurt, ix, 35, 40, 42

## Z

*zoom*, 258

**Zoom**, 391