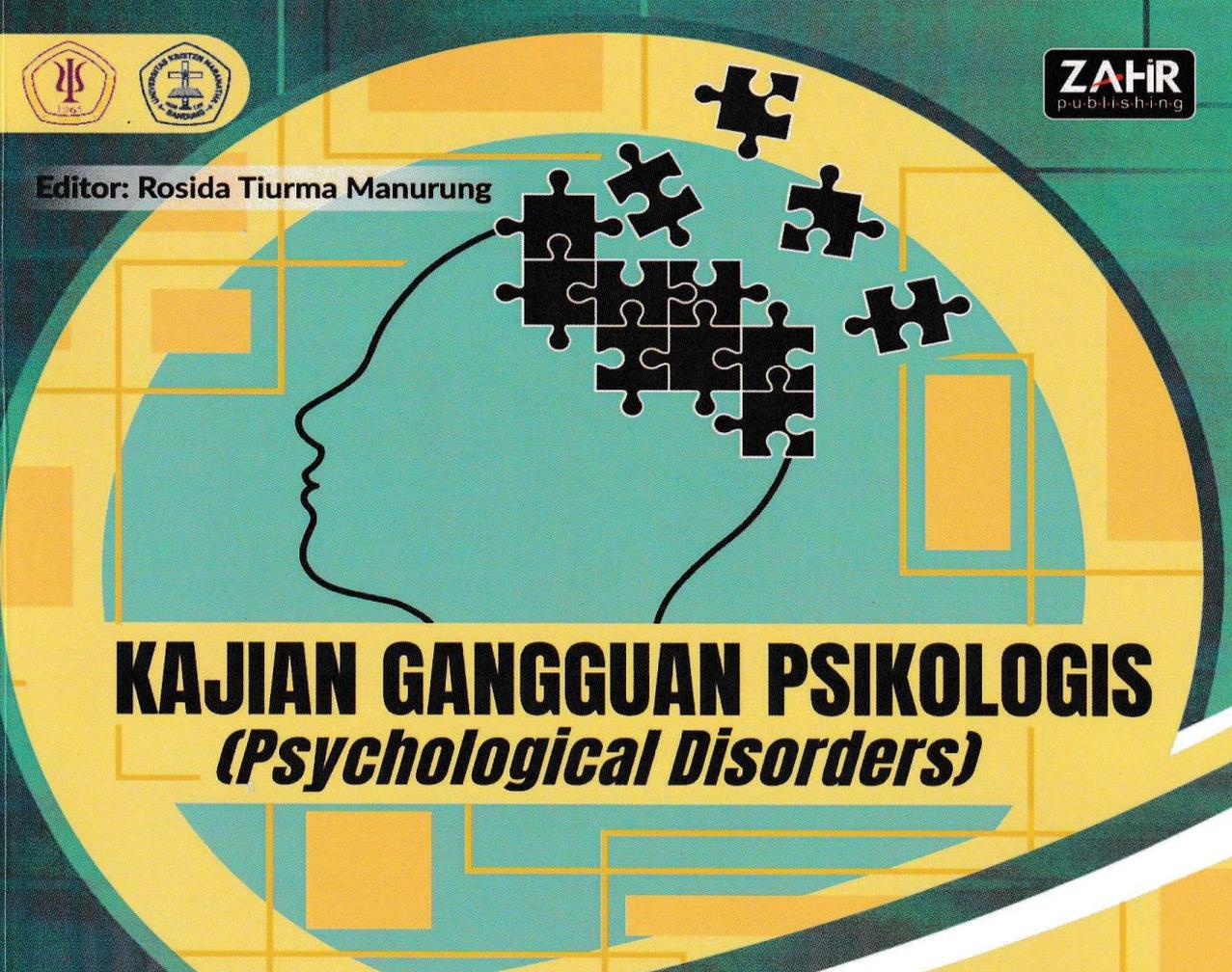


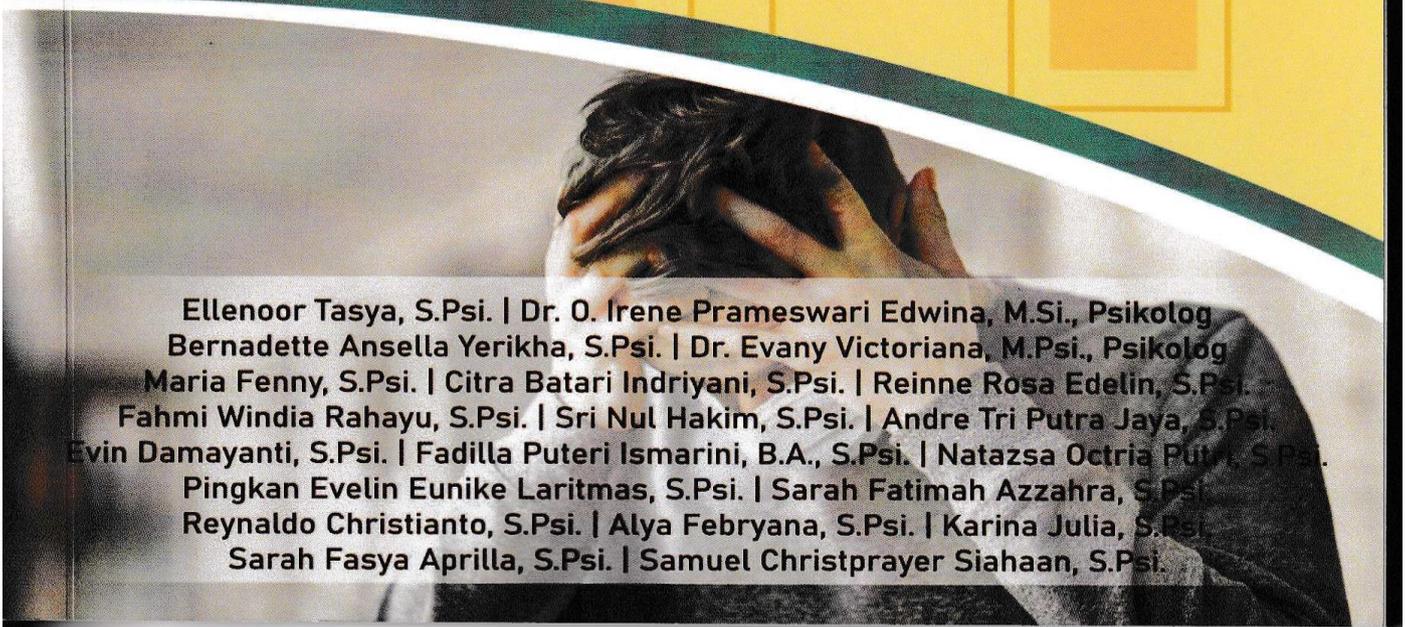


ZAHIR
publishing

Editor: Rosida Tiurma Manurung



KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS *(Psychological Disorders)*



Ellenoor Tasya, S.Psi. | Dr. O. Irene Prameswari Edwina, M.Si., Psikolog
Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi. | Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog
Maria Fenny, S.Psi. | Citra Batari Indriyani, S.Psi. | Reinne Rosa Edelin, S.Psi.
Fahmi Windia Rahayu, S.Psi. | Sri Nul Hakim, S.Psi. | Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.
Evin Damayanti, S.Psi. | Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi. | Natazsa Octria Putri, S.Psi.
Pingkan Evelin Eunike Laritmas, S.Psi. | Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.
Reynaldo Christianto, S.Psi. | Alya Febryana, S.Psi. | Karina Julia, S.Psi.
Sarah Fasya Aprilla, S.Psi. | Samuel Christprayer Siahaan, S.Psi.

KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS (PSYCHOLOGICAL DISORDERS)

Ellenoor Tasya, S.Psi.
Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog
Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi.
Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog
Maria Fenny, S.Psi.
Citra Batari Indriyani, S.Psi.
Reinne Rosa Edelin, S.Psi.
Fahmi Windia Rahayu, S.Psi.
Sri Nul Hakim S.Psi.
Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.
Evin Damayanti
Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi.
Natazsa Octria Putri, S.Psi.
Pingkan Evelin Eunike Laritmas
Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.
Reynaldo Christianto, S. Psi.
Alya Febryana, S.Psi.
Karina Julia
Sarah Fasya Aprilla, S.Psi.
Samuel Christprayer Siahaan

KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS (*PSYCHOLOGICAL DISORDERS*)

Penulis

Ellenoor Tasya, S.Psi.
Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog
Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi.
Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog
Maria Fenny, S. Psi.
Citra Batari Indriyani, S.Psi.
Reinne Rosa Edelin, S.Psi.
Fahmi Windia Rahayu, S.Psi.
Sri Nul Hakim S.Psi.
Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.
Evin Damayanti
Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi.
Natazsa Octria Putri, S.Psi.
Pingkan Evelin Eunike Laritmas
Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.
Reynaldo Christianto, S. Psi.
Alya Febryana, S.Psi.
Karina Julia
Sarah Fasya Aprilla, S.Psi.
Samuel Christprayer Siahaan

Tata Letak

Ulfa

Desain Sampul

Faizin

15.5 x 23 cm, vi + 197 hlm.
Cetakan pertama, Juli 2022

ISBN: 978-623-466-085-2

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,
Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571
e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta
No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Salam sejahtera,

Kesehatan mental manusia merupakan hal penting. Akan tetapi, tidak jarang terdapat gangguan pada kesehatan mental manusia atau dikenal sebagai gangguan psikologis. Pengetahuan mengenai berbagai gangguan psikologis, penyebab, dan intervensi terhadap gangguan psikologis merupakan hal yang dapat bermanfaat bagi individu yang mengalami gangguan, *family care giver*, maupun bagi praktisi kesehatan mental dan ilmuwan psikologi.

Gangguan psikologis secara umum terbagi dalam kelompok psikotik, neurotik, dan gangguan kepribadian. Pengelompokan gangguan psikologis tergambarkan dalam artikel di *book chapter* ini: 1) kajian psikotik dalam artikel nomor 1-3, yaitu gangguan delusi, skizofrenia, gangguan skizoafektif; 2) kajian neurotik dalam artikel 4-12, yaitu fobia spesifik, gangguan kecemasan sosial, gangguan kecemasan menyeluruh, gangguan stres pascatraumatik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan kecemasan penyakit, faktor psikologi mempengaruhi kondisi medis lain, gangguan depresif, dan bipolar; 3) kajian gangguan kepribadian dalam artikel 13-19, yaitu gangguan kepribadian paranoid, skizotipal, antisosial, borderline, narsistik, avoidant, dan dependen.

Melalui penulisan artikel dalam *book chapter* "Kajian Gangguan Psikologis" ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca sehingga mendapatkan pengetahuan mengenai gangguan psikologis yang dialami manusia, penyebab, dan bagaimana penanganan gangguan psikologis yang dialami manusia. Semoga bermanfaat.

Sekian dan terima kasih.

Bandung, 26 Juli 2022

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
KETAHUI APA ITU GANGGUAN WAHAM DAN SEPERTI APA INTERVENSINYA Ellenoor Tasya, S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	1
SKIZOFRENIA (<i>SKIZOPHRENIA</i>) Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	9
MENGENAL LEBIH JAUH SKIZOAFEKTIF Maria Fenny, S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	26
FOBIA SPESIFIK (<i>SPECIFIC PHOBIA</i>) Citra Batari Indriyani, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	33
<i>SOCIAL ANXIETY DISORDERS</i> Reinne Rosa Edelin, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	45
GANGGUAN KECEMASAN MENYELURUH (<i>GENERALIZED ANXIETY DISORDER</i>) Fahmi Windia Rahayu, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	56
<i>MINDFULNESS</i> DALAM MENURUNKAN SIMPTOM <i>POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER</i> Sri Nul Hakim S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	66
<i>OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER</i> / GANGGUAN OBSESIF KOMPULSIF Andre Tri Putra Jaya, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	78
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI GANGGUAN KECEMASAN Evin Damayanti dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	90

<i>PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING OTHER MEDICAL CONDITIONS</i> (FAKTOR PSIKOLOGIS YANG MEMPENGARUHI KONDISI MEDIS LAINNYA) Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	102
HAMBATAN DALAM PENCARIAN BANTUAN PSIKOLOGIS PADA INDIVIDU DENGAN GANGGUAN DEPRESI DAN SOLUSINYA Natazsa Octria Putri, S.Psi., dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi, Psikolog.....	114
<i>"MENGAPA AKU TIBA-TIBA CERIA LALU MENANGIS?"</i> : MENJELAJAHI LEBIH JAUH PERJALANAN <i>BIPOLAR DISORDER</i> SEBAGAI PERILAKU ABNORMAL Pingkan Evelin Eunike Laritmas dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	125
GANGGUAN KEPERIBADIAN PARANOID Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog.....	139
<i>SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER</i> Reynaldo Christianto, S. Psi., dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	151
APA ITU GANGGUAN KEPERIBADIAN ANTISOSIAL (<i>ANTISOCIAL PERSONALITY</i>) <i>DISORDER</i> ? Alya Febryana, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog.....	163
MENGETAHUI RELASI SOSIAL <i>BORDERLINE PERSONALITY DISORDER</i> (GANGGUAN KEPERIBADIAN AMBANG) Karina Julia dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	176
<i>NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER</i> Sarah Fasya Aprilla, S.Psi, dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog....	183
KENALI APA ITU <i>AVOIDANT PERSONALITY DISORDER</i> (GANGGUAN KEPERIBADIAN MENGHINDAR) Samuel Christprayer Siahaan dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	190

MINDFULNESS DALAM MENURUNKAN SIMPTOM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Sri Nul Hakim S.Psi.¹⁾, Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog²⁾

Universitas Kristen Maranatha

srinulhakim@gmail.com¹⁾, irene.pe@psy.maranatha.edu²⁾

A. Pendahuluan

Data dari *World Risk Report* pada tahun 2021, Indonesia berada di urutan ke-38 dari 181 negara untuk mengalami bencana. Kondisi tersebut dapat terjadi karena Indonesia berada dalam lempeng tektonis (Eurasia, Indo-Australia, dan Pasifik), dan hal ini artinya Indonesia berada dalam jalur gunung api aktif yang dikenal dengan cincin api pasifik atau *pacific ring of fire* (Hermon, 2014). Berdasarkan data yang dilansir oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) menunjukkan bahwa sepanjang 2021, tercatat sebanyak 3.092 kejadian bencana alam yang terjadi di Indonesia. Bencana yang paling sering terjadi adalah banjir, lalu cuaca ekstrem, tanah longsor, kebakaran hutan dan lahan, gelombang pasang, gempa bumi, kekeringan dan erupsi gunung api. Beberapa data tersebut menunjukkan bahwa Indonesia merupakan negara dengan kerawanan bencana alam yang cukup tinggi (Hadi, 2019).

Salah satu gejala yang sering muncul pada korban bencana alam adalah PTSD (Furr et al., 2010). DSM 5 Menjelaskan PTSD sebagai kondisi di mana seseorang mengalami kembali peristiwa traumatis di dalam pikiran mereka dengan munculnya sebuah rekaman kilas balik yang mengganggu, orang dengan PTSD menunjukkan kewaspadaan berlebihan dengan hal dari luar diri mereka yang mereka anggap sebagai ancaman, menghindari hal tersebut, dan mengalami perubahan negatif setelah terjadinya kilas balik yang memicu kondisi traumatis yang mereka alami.

Cukup banyak penelitian mencoba untuk menemukan cara terbaik dalam mencegah dan juga menangani PTSD, penelitian yang dilakukan masih berlangsung sehingga terdapat banyak ruang

untuk menemukan cara dalam meningkatkan hasil yang baik bagi orang yang terkena PTSD (Watskin LE, *et al.*, 2018). Penyempurnaan psikoterapi yang diberikan pada orang dengan PTSD akhir-akhir ini menggunakan latihan *mindfulness* sebagai komponen inti dari pengobatan (Kabat-Zinn, *et al.*, 2009). *Mindfulness* dijelaskan sebagai keadaan ketika seseorang mengembangkan kesadaran mereka dengan memusatkan perhatian yang mereka miliki pada kejadian yang mereka alami saat ini, khususnya pada perasaan, pikiran, dan sensasi yang dirasakan, serta bertujuan untuk meningkatkan kebijaksanaan, *insight*, dan *compassion* (Whitesman SL, *et al.*, 2018).

Lang *et al.* (2012), mendiskusikan terdapat tiga komponen dari *mindfulness* yang mungkin saja bisa membantu individu dengan PTSD untuk dapat pulih, komponen tersebut diantaranya adalah, *mindful cognitive style*, *attention*, dan *nonjudgement*. Hal ini secara rinci menjelaskan bagaimana pemusatan perhatian pada kejadian masa kini dapat meningkatkan kontrol seseorang dalam mengalami bias pada kejadian yang berkaitan dengan pengalaman traumatis mereka. Selanjutnya, *mindful cognitive style* menunjukkan kemungkinan untuk mengurangi kecenderungan menyelami pikiran terlalu dalam, dan menunjukkan adanya penurunan pada kegugupan berlebih juga *anhedonia*, sudut pandang *nonjudgemental* yang mereka miliki menunjukkan kecenderungan agar mereka bisa menghadapi kejadian yang memicu ketakutan sehingga perilaku menghindar akan berkurang (Boyd, 2018).

Berdasarkan hal tersebut, penulis ingin menjelaskan bagaimana PTSD bisa diturunkan dengan intervensi yang menggunakan *mindfulness* sebagai inti dari pengobatan dan bagaimana hal tersebut bisa menjadi pilihan bagi warga Indonesia yang cukup banyak mengalami kejadian traumatis karena bencana alam.

B. Pembahasan

Kejadian traumatik yang dapat menyebabkan seseorang mengalami PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) kenyataannya sering dialami oleh masyarakat. Beberapa kejadian yang dapat

memicu trauma seseorang diantaranya adalah bencana alam, perang, kejadian terorisme, dan pelecehan seksual (Nolen, 2013). DSM V menjelaskan *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) sebagai bagian dari kelompok *Trauma and Stressor Related Disorders*. Berikut ini adalah kriteria PTSD pada DSM V:

1. *Exposure* terhadap ancaman kematian, cedera serius, atau kekerasan seksual setidaknya merasakan satu atau lebih kriteria berikut;
 - a. Mengalami peristiwa traumatis secara langsung.
 - b. Menyaksikan secara langsung peristiwa tersebut terjadi pada orang lain.
 - c. Mengetahui bahwa peristiwa traumatis terjadi pada anggota keluarga dekat atau teman dekat. Pada kasus akan kejadian sebenarnya yang mengancam, peristiwa tersebut harus kekerasan atau tidak disengaja.
 - d. Mengalami paparan berulang yang sifatnya ekstrem terhadap detail dari pengalaman traumatis (mis., korban pertama yang mengumpulkan tubuh manusia, petugas polisi yang melihat secara detail kekerasan pada anak).
Catatan: Kriteria A4 tidak berlaku untuk paparan melalui media elektronik, televisi, film, atau gambar, kecuali hal ini terkait dengan pekerjaan).
2. Adanya satu (atau lebih) dari gejala yang bersifat intrusi dan terkait pada peristiwa traumatis, dimulai setelah peristiwa traumatis terjadi:
 - a. Ingatan menyedihkan terjadi berulang, tidak sengaja, dan menganggu muncul dari peristiwa traumatis.
 - b. Mimpi menyedihkan yang terjadi secara berulang di mana isi dan/atau pengaruh mimpi tersebut berasal dari kejadian traumatis.
 - c. Reaksi disosiatif (misalnya, kilas balik) di mana seseorang merasa atau bertindak seolah-olah peristiwa traumatis itu berulang (reaksi semacam itu dapat terjadi pada suatu

- kontinum, dengan ekspresi yang paling ekstrem adalah hilangnya kesadaran penuh.)
- d. Tekanan psikologis yang sifatnya intens atau berkepanjangan saat terpapar syarat internal atau eksternal yang melambangkan atau menyerupai aspek dari peristiwa traumatis.
 - e. Reaksi fisiologis yang ditandai terhadap isyarat internal atau eksternal yang melambangkan atau menyerupai aspek dari peristiwa traumatis.
3. Menghindar secara persisten dari rangsangan yang terkait dengan peristiwa traumatis, dimulai setelah peristiwa traumatis terjadi, sebagaimana dibuktikan oleh salah satu dari kedua hal berikut:
- a. Upaya menghindari ingatan, pikiran, atau perasaan yang menyedihkan tentang atau terkait erat dengan peristiwa traumatis
 - b. Upaya menghindari pemicu eksternal (orang, tempat, percakapan, aktivitas, objek, situasi) yang membangkitkan ingatan, pikiran, atau perasaan yang menyedihkan tentang atau terkait erat dengan peristiwa traumatis.
4. Perubahan negatif dalam pikiran dan suasana hati yang terkait dengan peristiwa traumatis, dimulai atau memburuk setelah peristiwa traumatis terjadi dan dapat dibuktikan dengan dua (atau lebih) dari kriteria berikut:
- a. Ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting dari peristiwa traumatis (biasanya karena amnesia disosiatif dan bukan karena faktor lain seperti cedera kepala, alkohol, dan obat-obatan).
 - b. Keyakinan atau harapan negatif yang terus-menerus dan berlebihan tentang diri sendiri, orang lain, atau dunia (misalnya, "saya jahat", "tidak ada yang bisa saya percaya", "seluruh sistem syaraf saya rusak secara permanen")
 - c. Kognisi yang terus-menerus dan terdistorsi tentang penyebab atau konsekuensi dari peristiwa traumatis yang

menyebabkan individu menyalahkan dirinya sendiri atau orang lain.

- d. Keadaan emosi negatif yang persisten (mis. takut, ngeri, marah, bersalah, atau malu).
 - e. Berkurangnya minat atau partisipasi secara nyata dalam aktivitas yang signifikan.
 - f. Perasaan terasing dari orang lain.
 - g. Ketidakmampuan yang terus-menerus dalam mengalami emosi positif (mis. ketidakmampuan untuk bisa bahagia, kepuasan, atau perasaan cinta.)
5. Perubahan nyata dalam gairah dan reaktivitas yang terkait dengan peristiwa traumatis, yang dimulai atau memburuk setelah peristiwa traumatis terjadi sebagaimana dibuktikan oleh dua (atau lebih) dari kriteria berikut ini:
- a. Perilaku mudah tersinggung dan ledakan kemarahan (dengan sedikit, atau tanpa provokasi) biasanya diekspresikan sebagai agresi verbal atau fisik terhadap orang atau objek.
 - b. Perilaku sembrono atau merusak diri sendiri
 - c. Kewaspadaan yang berlebihan
 - d. Masalah dengan konsentrasi
 - e. Gangguan tidur (mis. kesulitan untuk tidur atau tetap tidur karena gelisah)
6. Durasi gangguan (Kriteria B, C, D, dan E) lebih dari 1 bulan.
7. Gangguan tersebut menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinis atau menjadi kurang keberfungsian dalam sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
8. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis suatu zat (mis. obat-obatan, alkohol) atau kondisi medis lainnya.

Pemahaman umum dalam memahami PTSD dapat dilihat melalui teori belajar yang terdapat pada psikologi *behavioral* khususnya cara kerja dari *classical conditioning*, pengalaman traumatis adalah

stimuli yang tidak dikondisikan dipasangkan dengan stimuli netral seperti pengelihatian, suara, dan bahkan aroma yang diasosiasikan dengan trauma yang dialami. Akibatnya, kecemasan menjadi respon terkondisi yang ditimbulkan dari rangsangan yang berkaitan dengan trauma yang dialami (Nevid JS, Rathus J.S & Greene B, 2018).

Dalam bukunya, Nolen (2013) menjelaskan beberapa faktor yang meningkatkan kerentanan seseorang untuk mengembangkan PTSD, faktor tersebut diantaranya adalah:

1. Faktor lingkungan dan faktor sosial

Prediktor yang kuat untuk memprediksi seseorang untuk mengalami trauma adalah tingkat keparahan, durasi, dan juga sedekat apa seseorang dengan kejadian traumatis tersebut (Cardozo, Vegara, Agani & Gotway, 2000). Seseorang yang mengalami tingkat trauma lebih parah dan bertahan lebih lama jika berinteraksi langsung dengan kejadian traumatis tersebut akan rentan untuk mengalami PTSD. Semakin dekat kejadian seseorang dengan kejadian yang menimbulkan trauma, maka semakin besar kemungkinannya untuk mengalami PTSD (Xue et, al., 2015 dalam Nevid, 2018). Faktor lain yang menjadi prediktor kerentanan seseorang untuk mengalami PTSD adalah terdapatnya dukungan sosial dari lingkungan, orang yang memiliki dukungan secara emosional akan sembuh dari kejadian traumatis lebih cepat dibandingkan dengan yang tidak (Sutker, Davis, Uddo & Ditta, 1995).

2. Faktor psikologis

Seseorang yang telah mengalami peningkatan simtom dari kecemasan atau depresi sebelum mengalami trauma akan memiliki kecenderungan dan kemungkinan yang lebih tinggi dalam mengembangkan PTSD (Hoge et al., 2004). Saat kejadian traumatis berlangsung, kemampuan seseorang dalam melakukan *coping* juga akan mempengaruhi kerentanan mereka.

3. Perbedaan gender dan budaya

Wanita memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk didiagnosa

dengan PTSD bila dibandingkan dengan laki-laki, begitu pula dengan jenis *anxiety disorder* lainnya (Brleau & Koenen, 2011). Hal ini karena wanita, karena kejadian trauma yang mereka alami, memiliki stigma yang kurang baik di masyarakat, seperti pelecehan seksual. Sedangkan kejadian trauma yang biasa dialami laki-laki tidak memiliki stigma seperti itu, contohnya adalah perang (Resick & Calhoun, 2001).

4. Faktor biologis

Faktor genetik yang memicu seseorang mengembangkan PTSD dilihat dari bagaimana hal tersebut melibatkan regulasi dari respon tubuh akan stres yang dialami oleh seseorang ketika kejadian traumatik memicu orang tersebut (Afifi et al, 2010 dalam Nevid 2018).

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, faktor psikologis dalam menentukan kerentanan seseorang dalam mengalami PTSD dilihat dari kemampuan seseorang dalam melakukan *coping* dalam menangani trauma yang dialaminya (Nolen, 2013). *Mindfulness* merupakan salah satu dari serangkaian strategi yang dianggap berguna dalam mengelola stres (Gibbons, 2012). *Minfulness* dijelaskan sebagai keadaan ketika seseorang mengembangkan kesadaran mereka dengan memusatkan perhatian yang mereka miliki pada kejadian yang mereka alami saat ini (Whitesman SL, et al., 2018). Pada awal perkembangannya, *mindfulness* sering dikaitkan dengan kegiatan meditasi, memusatkan perhatian pada keadaan saat ini, dan pada apa yang terjadi pada tubuh merupakan teknik yang ada pada kedua hal tersebut (Gibbons, 2012). *Mindfulness* juga dijelaskan sebagai keadaan di mana seseorang melibatkan level meta-kognisi untuk melihat isi dari kesadaran dalam merefleksikan dari kesadaran itu sendiri (Nelson, 2009 dalam Kashdan & Ciarrochi, 2013).

Praktik dari *mindfulness* menimbulkan kesadaran metakognisi yang dapat memoderasi dampak dari keadaan *psychological distress* (mis. kecemasan dan depresi) yang dialami seseorang melalui proses mental di mana dengan memusatkan permasalahan pada pikiran,

emosi, dan sensasi yang dirasakan pada saat itu, akan membantu seseorang untuk melakukan *coping* yang adaptif (Sagal *et al.*, 2002 dalam Kashdan & Ciarrochi, 2013). Selain itu, beberapa studi korelasi menunjukkan bahwa *mindfulness* yang bersifat disposisi dapat diasosiasikan dengan simtom PTSD yang lebih rendah pada kelompok yang memiliki risiko tinggi seperti pada pemadam kebakaran (Smith *et al.*, 2011), penyintas bencana alam (Hagen *et al.*, 2016), dan korban kekerasan seksual (Daigenault *et al.*, 2016).

Berikut ini adalah beberapa jenis *treatment* yang menggunakan dasar *mindfulness* dalam penggunaannya;

1. *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR)

MBSR dijelaskan sebagai kegiatan pelatihan yang diberikan pada individu dengan penyakit kronis yang diasosiasikan dengan stres emosi dan juga kondisi psikologis untuk pada akhirnya membuat individu tersebut dapat beradaptasi dengan lingkungannya (Kabar-Zinn, 2013). MBSR didasari oleh pelatihan untuk memusatkan perhatian dengan teknik meditasi yang lugas dan jelas. Meditasi ini bertujuan untuk mengubah pikiran dan peristiwa *stressful* dengan mengurangi aktivitas emosional dan meningkatkan penilaian kognitif (Teasdale, 1995 dalam Gold *et al.*, 2009). MBSR mampu membuat individu memiliki kontrol akan diri mereka, kesadaran diri dan vitalitas subjektif yang dimiliki individu (Canby *et al.*, 2015).

2. *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT)

Terapi ini merupakan gabungan dari *cognitive therapy* dengan melibatkan penggunaan *mindfulness based stress reduction* yang awalnya diperkenalkan oleh Kabat-Zinn dan kolega sebelum akhirnya dikembangkan oleh Segal, Teasdale, dan Wiliam. MBCT dijelaskan sebagai teknik meditasi berlandaskan kognitif yang membuat subjek memfokuskan perhatian mereka dan juga perubahan dari pikira negatif yang berkaitan dengan dirinya serta lingkungan termasuk seluruh hal yang terjadi di dalam diri mereka, khususnya perasaan dan sensasi tubuh mereka dalam menyertai bagaimana subjek mengatasinya. Tujuan dari

MBCT juga dapat digunakan untuk meregulasi emosi (Spiegler & David, 2010.)

C. Penutup

Terapi yang melibatkan *mindfulness* dapat menjadi solusi bagi masyarakat Indonesia yang mengalami simtom PTSD atau PTS, selain menjadi pilihan intervensi, *mindfulness* juga dapat menjadi pilihan tindakan preventif dan promotif untuk meningkatkan fungsi dari seseorang yang mengalami PTSD.

REFERENSI

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. *The epidemiology of traumatic event exposure worldwide:*

Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC (2018) *Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence*. *J Psychiatry Neurosci* 43(1):7-25. <https://doi.org/10.1503/jpn.170021>

Canby, N. K., Cameron, I. M., Calhoun, A. T., & Buchanan, G. M. (2015). *A brief mindfulness intervention for healthy college students and its effects on psychological distress, self control, meta mood, and subjective vitality*. *Mindfulness*, 6(5), 1071-1081.

Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., & Bourgeois, C. (2016). *Mindfulness as mediator and moderator of post-traumatic symptomatology in adolescence following childhood sexual abuse or assault*. *Mindfulness*, 7, 1306-1315. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-016-0571-3>.

Gold E, Smith A, Hopper I, Herne D, Tansey G, Hulland C. *mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers*. Springer. (2010) 19:184-189. DOI 10.1007/s10826-009-9344-0

Frans O, Rimmo PA, Aberg L, Fredrikson M. *Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population*. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):291-9.

- Furr MJ, Comer JS, Edmunds JM, Kendall, PC. Disaster and youth; a meta-analytic examination of post-traumatic stress. 2010. 78(6):765-80. doi: 10.1037/a0021482
- Hadi H, Agustina S, & Subhani A. Penguatan Kesiapsiagaan Stakeholder Dalam Pengurangan Risiko Bencana Alam Gempa bumi. *Jurnal Geodika Vol. 3*; 2019. e-ISSN 2549-1830
- Hagen, C., Lien, L., Hauff, E., & Heir, T. (2016). *Mindfulness, sustained attention and posttraumatic stress in tsunami survivors. Psychology Cognitive Science Open Journal, 2*, 54-63. <http://dx.doi.org/10.17140/PCSOJ-2-115>.
- Hermon, Dedi (2014). Geografi Bencana Alam. Jakarta: Radja Grafindo Persada Press.
- Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Random House Publishing Group; 2009.
- Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. *National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria*. *J Trauma Stress*. 2013;26(5):537-47.
- Spiegler, M.D., David C.G. (2010). *Contemporary behavior therapy. Fifth edition. USA: Wadsworth Cengage Learning*.
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., & Bernard, M. L. (2011). *Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 613. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025189>.
- Watkins LE, Sprang KR, Rothbaum BO. *Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions*. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:258.
- Whitesman SL, Hoogenhout M, Kantor L, Leinberger KJ, Gevers A (2018) *Examining the impact of a mindfulness-based stress reduction intervention on the health of urban South Africans*. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 10(1):e1-e5. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1614>.

GLOSARIUM

- Anhedonia* : Kondisi di mana pengidapnya kehilangan minat terhadap kegiatan yang dahulu menyenangkan atau disukainya. Masalah psikis ini juga membuat penurunan kemampuan untuk merasakan kesenangan.
- Anxiety* : Rasa cemas yang dihadapi oleh seseorang saat mengalami stres.
- Attention* : Perhatian
- Behavioral* : Perilaku
- Compassion* : Bentuk aksi dan emosi dari empati yang membuat seseorang menunjukkan kepedulian dan memberikan bantuan kepada orang lain.
- Distress* : Respon emosional dan fisiologis terhadap peristiwa yang dinilai menekan, mengancam, dan memberikan dampak negatif bagi individu yang ditandai dengan gejala depresi dan kecemasan.
- Disorder* : Jenis gangguan pada seseorang yang dapat memengaruhi cara berpikir, memengaruhi emosi, dan tingkah laku pengidapnya.
- Insight* : Sebuah nilai hasil dari penemuan pola dan tren yang diperoleh dari data yang terkumpul (analisis), sehingga dapat dijadikan sebuah tujuan, acuan, ataupun data yang dapat dipercaya.
- Mindfulness* : Keadaan pikiran yang berfokus pada pengenalan tentang apa yang dirasakan pada saat ini, tanpa melalui penilaian.
- Nonjudgement* : Tidak menghakimi
- Stressor* : Faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stres.
- Traumatis* : Pengalaman yang menggoncangkan jiwa

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Sri Nul Hakim lahir di Karawang 13 April 1996. Sri merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara dan memiliki ketertarikan di bidang Psikologi sehingga memutuskan untuk melanjutkan S2 pada tahun 2022. Sri menyelesaikan studi S1-nya di Universitas Kristen Maranatha Bandung dan melanjutkan S2 di universitas yang sama.