

SOMNAMBULISM

# SOMNAMBULISME

Oleh :

KRU  
KR  
616.849 8  
Mul  
S

**Dr. Kresno Mulyadi**

**Dr. Ny. Lestari B. Soeharjono**

0219119943111

LAB/UFF. ILMU KEDOKTERAN JIWA FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

RSUD. DR. SOETOMO SURABAYA

MILIK  
PERPUSTAKAAN  
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"  
SURABAYA

## S O M N A M B U L I S M E

Oleh

. Dr. Kresno Mulyadi

Dr. Ny. Lestari Basuki Soeharjono.

I. PENDAHUIUAN.

Bagi suatu kehidupan, tidur merupakan salah-satu kebutuhan utama. Semua orang sependapat, bahwa tidur memiliki arti teramat penting bagi kelangsungan hidup secara efisien. Pergantian yang teratur antara tidur dan bangun, seiring dengan perubahan alam-semesta antara siang dan malam, mencerminkan ungkapan tentang keberkalaan-psikobiologis yang berlangsung secara alamiah. ( 14 ).

Dengan demikian, tidur merupakan suatu keadaan yang teratur, berulang, dan reversibel, yang ditandai suasana ketenangan serta meningkatnya nilai-ambang terhadap rangsangan luar, guna menghilangkan kelelahan fisik dan mental.(9,14).

Tidur, ditandai oleh menurunnya kesadaran secara reversibel, biasanya disertai posisi berbaring dan tak bergerak. ( 20 ).

Terjadinya penyimpangan serius ataupun penjungkir-balikan aturan kodrati tersebut diatas, menunjukkan suatu indikasi adanya perubahan besar dalam diri suatu organisme.(14)

Salah-satu bentuk penyimpangan atau gangguan terhadap perilaku tidur normal seperti itu, antara lain adalah Gangguan Tidur Jalan, atau yang lazim dikenal pula dengan istilah Somnambulisme.( 6,7,12,20 ).

Dikemukakan, bahwa Somnambulisme pada hakekatnya adalah suatu mimpi yang dijelmakan melalui gerakan-gerakan motorik, dimana gerakan tersebut menggantikan proyeksi visual, dalam peranannya mempertahankan keadaan tidur. Bila dalam mimpi biasa seseorang hanya membayangkannya belaka, maka dalam Somnambulisme penderita melakukan hal tersebut secara nyata. ( 12 ).

Sebagaimana diketahui, penderita Somnambulisme biasanya memulai tidurnya secara wajar. Namun di tengah malam, ia akan bangkit, berjalan, dan melakukan pelbagai tindakan tertentu.Kadang, penderita beranjak ke ruangan lain atau bahkan keluar rumah, dan terlibat dalam bermacam kegiatan yang



lebih majemuk (5,22).Dilaporkan, penderita Somnambulisme acapkali mampu melakukan berbagai tindakan yang tidak wajar. Misalnya, meniti pada seutas tali, berjalan diatas papan sempit, memanjat dinding-dinding tinggi, atau bahkan dapat pula membaca surat dalam sampul tertutup.( 12,14 ).

Suatu hal yang patut diperhatikan, banyak kegiatan penderita Somnambulisme yang bisa membahayakan keselamatan, baik bagi diri penderita sendiri maupun bagi orang lain.Sebagai misal, pernah dilaporkan adanya kasus-kasus penderita yang melukai diri sendiri, tertabrak mobil waktu menyeberang jalan, menikam puteri-kandungnya sampai tewas, menusuk diri hingga ajal, mencekik isteri sendiri, dan lain sebagainya. ( 5,22,27 ).

Somnambulisme banyak dijumpai pada anak-anak maupun remaja. Diketengahkan, lebih kurang 15 % anak pernah mengalami Somnambulisme sekali atau lebih, dalam kehidupannya. ( 5,14 ). Bilamana episode tersebut hanya terjadi sesekali, maka pada umumnya akan dianggap biasa dan sedikitpun tak diindahkan. ( 4,12 ).

Pun pula, Somnambulisme bisa berlanjut terus hingga dewasa. Gangguan ini dapat terjadi pada setiap tingkatan intelegensi, pendidikan, maupun sosial seseorang. Dan lazimnya mereka kurang mempunyai keinginan untuk memeriksakan diri ke-dokter. ( 12,18 ).

Berangkat dari semua hal-ikhwal diatas, dipandang perlu untuk memahami secara lebih seksama mengenai Somnambulisme, baik definisi, epidemiologi, etiologi, gejala, diagnosa, maupun penata-laksanaannya yang rasional. Tulisan ringkas ini, disajikan sebagai upaya untuk mewujudkan maksud tersebut.

## II. DEFINISI.

Somnambulisme merupakan suatu keadaan kesadaran yang disosiatif, dimana fenomena tidur dan keadaan terjaga, berpadu menjadi satu. Tingkat keragaman peri-laku yang ditunjukkan, sedemikian luasnya. Penderita dapat berkemat-kamat, berteriak, atau bahkan berbicara baik sepatah-sepatah maupun secara koheren dalam tidurnya, dan dalam keadaan tertentu mampu melakukan percakapan secara rasional. ( 27 ).

Somnambulisme, dianggap pula merupakan salah satu reaksi disosiasi neurotik, dimana pikiran yang dihambat diluar kesadaran, masih sedemikian kuat untuk mampu mengatur peri-laku penderita, walau sekadar dalam tidur belaka.( 5 ).

Dari kepustakaan yang ada, dilaporkan bahwa insidensi Somnambulisme berkisar antara 1 - 15 % dari populasi. Dan gangguan ini lebih banyak didapatkan pada anak-anak daripada remaja maupun orang dewasa. ( 4,15,22 ).

Kalckenberg mengemukakan, bahwa prevalensi tertinggi Somnambulisme adalah 16,7 % , dijumpai pada usia sekitar 11 - 12 tahun. Disampaikan pula, bahwa frekwensi episode Somnambulisme amat bervariasi, yakni antara sekali dalam sebulan hingga sekali dalam satu tahun. ( 22 ).

Pakwin mengemukakan, lebih-kurang 40 % penderita Somnambulisme mempunyai 2 atau lebih saudaranya yang juga memperlihatkan gejala sama. Frekwensi gangguan berkisar dari hanya 2 - 3 kali dalam setahun, hingga beberapa kali dalam satu minggu. ( 12 ).

Hallstrom mengetengahkan kasus-kasus dari tiga generasi berturut-turut yang menderita gangguan Tidur Teror. Ia menekankan perlunya dipertimbangkan sebab-sebab genetik pada gangguan tersebut. Berdasarkan kenyataan adanya gangguan pada ketiga generasi secara turun-temurun ini, maka ia menyodorkan hipotesa bahwa Gangguan Tidur Teror merupakan suatu sindroma yang dibawa melalui sifat autosom yang dominan. Pengaruh genetika pada gangguan ini memperkuat apa yang pernah dilaporkan oleh Pakwin, dengan bukti-bukti didapati nya Somnambulisme pada sepasang kembar monozygot. Ia mengutarakan, kemungkinan terjadinya gangguan secara bersama-sama pada kembar monozygot, 6 kali lebih besar daripada kembar dizygot.

Sementara penelitian lain, mengemukakan angka 40 % untuk kembar monozygot, dan 9 % untuk kembar dizygot.

Dalam pada itu, frekwensi Gangguan Tidur Teror dan Enuresis didapatkan lebih tinggi pada keluarga dengan anak-anak yang menderita Somnambulisme, daripada yang tidak. ( 12,22 ).

Kales dkk menunjukkan, insidensi gangguan tidur tersebut meningkat sebanding dengan jumlah orang-tua yang juga menderita, yakni 22 % bila tak satupun diantara kedua orang tuanya mengalami gangguan, 45 % bila salah-satu mengalami, serta 60 % bila kedua orang-tuanya menderita Somnambulisme. ( 22 ).

Dalam penelitian yang dilakukannya, Kales menjumpai bahwa Somnambulisme yang dimulai lebih dini cenderung untuk dapat menghilang, sedangkan bilamana onset terjadi pada usia yang lebih tua, maka gangguan tersebut akan menetap hingga usia dewasa. Pada penderita-penderita dengan masih adanya gejala tersebut, sebanyak 55 % juga menderita Gangguan Tidur Teror, berbeda dengan keadaan di saat sebelumnya, dimana insidensi Gangguan Tidur Teror pada mereka hanyalah 14 %. ( 22 ).

Somnambulisme dapat terjadi bersamaan dengan beberapa gangguan lain, misalnya Mimpi Buruk (Nightmare), Gangguan Tidur Teror, Enuresis, serta Somniloquy (Sleep-talking). ( 4,12,14,22 ).

#### IV. ETIOLOGI DAN PSIKODINAMIKA .

Penyebab secara pasti terjadinya Somnambulisme, hingga saat ini masih belum sepenuhnya diketahui. Pandangan para cerdik-pandai, belum menunjukkan adanya kesamaan satu dengan yang lain. ( 6 ).

Dikemukakan, bahwa faktor genetik banyak mendasari terjadinya episode Somnambulisme ini. Pada seseorang yang memiliki latar-belakang riwayat keluarga dengan Somnambulisme dan Gangguan Tidur Teror, atau keduanya sekaligus, dapat terjadi Somnambulisme. ( 22 ).

Sebagaimana dikemukakan, Bakwin telah menunjukkan bukti adanya kasus-kasus Somnambulisme pada pasangan kembar monozygote, dan diperoleh data, bahwa kemungkinan terjadinya episode tersebut secara bersama-sama pada diri mereka berdua, enam kali lebih banyak dibandingkan kemungkinan yang terjadi pada diri pasangan kembar dizygote. Sementara itu, dikemukakan pula bahwa sebanyak 40 % dari penderita Somnambulisme memiliki dua atau lebih saudaranya yang juga mengidap gangguan ini. ( 12,22 ).

K a l e s dan kawan - kawan mengetengahkan, bahwa insidensi Somnambulisme kian bertambah apabila gangguan tersebut terjadi pula pada kedua orang-tua penderita, dibanding bila hanya salah-satu atau bahkan bila tak satupun diantara orang-tuanya yang mengalami gangguan. ( 22 ).

Dengan adanya kenyataan bahwa Somnambulisme umumnya terjadi pada masa anak atau pada awal usia - remaja ,

serta biasanya menghilang pada akhir usia - remaja, maka hal ini menunjang adanya anggapan bahwa etiologi Somnambulisme pada dasarnya adalah keterlambatan maturasi pada saraf pusat. ( 12,13,18 ).

Secara kejiwaan, Somnambulisme dikatakan merupakan salah satu bentuk disosiasi. Yakni, suatu keadaan dimana sebagian tingkah-laku atau kejadian, memisahkan diri secara psikologik dari kesadaran. Kemudian, terjadi amnesia, secara sebagian ataupun total. ( 15,20,25,27,29,31 ).

Dalam episode Somnambulisme, dimana terdapat kesadaran yang disosiatif, fenomena tidur berpadu jadi satu dengan keadaan terjaga. Sebagaimana pula yang terjadi dalam hipnosa, maka disini beberapa pusat - pusat kortikal tertinggi akan menjadi aktif, sementara beberapa yang lain, yakni yang terlibat dalam mekanisme kesadaran dan pertimbangan, akan terisolasi dan tidak aktif. Karena itu akan dapat terjadi suatu kegiatan motorik tertentu, seperti meninggalkan tempat tidur lalu kembali lagi, atau bahkan melakukan perjalanan jauh, serta melaksanakan rupa-rupa tindakan pada tingkatan yang lebih tinggi. ( 27,28 ).

Dikemukakan pula, bahwa dalam Somnambulisme, di saat 'kepribadian-utama' masih asyik tidur, terdapat suatu fragmen disosiasi yang dianggap sebagai 'kepribadian-sekunder', yang mampu mengendalikan serta mengatur berbagai macam kegiatan tertentu. 'Kepribadian-sekunder' ini tidak berada dalam keadaan tidur maubun keadaan terjaga. Sehingga, meskipun individu tersebut tidak sadar sepenuhnya, namun ia akan tetap mampu melakukan pelbagai tindakan, betapapun juga sulitnya. Kemudian, setelah penderita terjaga, ia akan lupa pada segala sesuatu yang telah dialaminya. ( 24 ).

Janet mengutarakan, bahwa Somnambulisme berkaitan dengan upaya melakukan kembali suatu pengalaman emosional yang mengesankan, yang pernah terpisah dari totalitas kepribadian seseorang. Juga, Somnambulisme merupakan perwujudan memori yang direpresi, yang akan muncul kembali apabila kewaspadaan orang tersebut melemah, yakni di saat ia sedang tidur. Hal ini, telah dilukiskan secara baik pada kisah masyhur tentang Somnambulisme : "Macbeth", yang menceritakan bagaimana Lady Macbeth melakukan-ulang pembunuhan terhadap Raja, dan dengan sia-sia berusaha secara simbolik menghapuskan noda darah dari dalam memorinya. ( 24 ).

Sebagaimana diketahui, Freud membedakan antara alam sadar, alam pra-sadar, dan alam tak-sadar. Berbagai penyelidikan yang dilakukan para cendekiawan, banyak menunjang mengenai berlangsungnya proses yang terjadi dibawah kesadaran tersebut. Dikatakan, bahwa hal tersebut merupakan suatu bentuk integrasi dalam tingkatan yang tinggi. Dari sebab itu, segala kegiatan yang dilakukan oleh penderita Somnambulisme, adalah perwujudan dari suatu aktivitas pada tingkatan yang sedemikian majemuk pula. Dikemukakan, apa yang terjadi pada alam pra-sadar, dapat dimunculkan kedalam alam sadar, dengan dikendalikan sepenuhnya oleh perhatian individu. Namun dalam pada itu, upaya untuk membawa suatu permasalahan dari alam tak-sadar ke alam sadar, akan mengalami hambatan. Hambatan ini diwujudkan oleh suatu kekuatan aktif yang akan me-represi timbulnya ide-ide tak sadar tertentu, yang disebut 'sensor'. Betapapun juga sensor akhirnya dipenuhi dengan ide-ide yang kian banyak, sehingga dengan suatu kekuatan yang besar akan muncul dari alam tak-sadar, sebagaimana yang terjadi pada Psikosis. Hal ini akan dapat dihindari dengan suatu mekanisme tindakan penyamaran terhadap ide-ide tak-sadar tersebut, dimana akan lebih mudah terjadi bilamana individu berada dalam keadaan tidur. ( 27 ).

Dikemukakan pula, dalam Somnambulisme terkadang penderita mencoba, selama tidurnya, mewujudkan berbagai keinginan yang mampu di-represi atau di-supresi secara efektif pada saat ia terjaga. Dilaporkan adanya kasus, seorang wanita dengan episode Somnambulisme bangkit dari tempat-tidur, berjalan ke kamar Ibunya, kemudian mencium pipi beliau, setelah itu kembali tidur di kamarnya sendiri lagi. Ternyata, selama ini telah terjadi perselisihan antara penderita dengan Ibundanya tersebut, dan sekalipun mereka tinggal serumah, namun satu sama lain telah tak mau saling berbicara selama lebih-kurang 4 bulan ! ( 5 ).

Dalam hubungan dengan gambaran kepribadian penderitanya, Somnambulisme secara tipikal erat kaitannya dengan hal-hal yang lazim terdapat pada penderita Reaksi Konversi, yakni antara lain: imaturitas, sugestibilitas, serta kebutuhan yang berlebihan akan perlindungan dan rasa aman. ( 5 ). Bahkan Janet mengetengahkan, bahwa Reaksi Konversi tak lain merupakan suatu bentuk sederhana episode Somnambulisme. ( 1 ).

Sementara itu, Kessen dan Mandler (1961) pernah mengemukakan, bahwa kecemasan pada diri seseorang dapat dikurangi dengan bermacam cara. Selain dengan melepaskan diri dari trauma yang menyimpannya, juga dengan dilakukannya suatu tindakan pencegahan yang spesifik, seperti tindakan menyusui pada bayi-bayi baru lahir. Bagi beberapa individu, Somnambulisme bisa terjadi sebagai upaya penangkal kecemasan, yakni simbolisasi penglepasan-diri dari situasi stress, serta tindakan untuk mengurangi ketegangan . ( 5 ).

Pada remaja, Somnambulisme acapkali berkaitan dengan konflik seksual, perjuangan antara ketergantungan dan ketidak tergantungan, serta pelbagai permasalahan yang karakteristik terjadi pada periode ini. ( 5 ).

Pada orang dewasa, Somnambulisme juga muncul akibat stres yang mampu menimbulkan kecemasan, seperti keterlibatan pada suatu tanggung-jawab, ataupun tindak-pengambilan keputusan yang harus dilakukan secara mandiri. ( 5 ).

Sadler (1945) melaporkan, tentang penyebab terjadinya Somnambulisme pada studi yang dilakukannya, adalah berbagai macam pengalaman traumatik yang baru saja terjadi ataupun yang diperkirakan bakal dialaminya dalam waktu tidak lama ( 5,6 ).

Sebagaimana telah diketahui, Aserinsky dan Kleitman (1953) membagi tidur menjadi tidur NREM ("non-rapid eye movement") serta tidur REM ("rapid eye movement"). Tidur REM, yang berlangsung selama 20 - 25 % dari tidur semalam seorang dewasa-muda, mempunyai hubungan dengan mimpi. Bahkan ada yang berpendapat, bahwa tidur REM merupakan suatu bentuk kesadaran tersendiri. Sedangkan tidur NREM, dikatakan dapat dikurangi jumlahnya tanpa menimbulkan kerugian terhadap organisme. Akan tetapi, jumlah tidur REM harus ada setiap malam. ( 20 ).

Broughton mengemukakan, bahwa Somnambulisme sebagai salah satu bentuk gangguan tidur, semula diduga disebabkan atau disertai oleh adanya mimpi buruk. Namun gambaran EEG serta gerakan mata yang terjadi, kini menunjukkan bahwa dugaan tersebut sebenarnya keliru. Gangguan tidur, seperti Somnambulisme, Gangguan Tidur Teror, Enuresis, dan Nightmare, terjadi selama ' rapid arousal ' pada tidur gelombang lambat. Segala macam tidur REM (tidur disertai mimpi), terjadi setelah berakhirnya suatu episode gangguan tidur. Respon Enuresis, akan mendorong terjadinya mimpi, dan kemudian apabila penderita bangun, maka ia akan mengkaitkan Enuresis tersebut dengan isi mimpinya. Da-

lam pada itu, Somnambulisme terjadi selama fase tidur gelombang lambat, dimana penderita mengalami kesulitan untuk terjaga selama episode, sehingga jarang sekali mengalami mimpi yang sewajarnya. ( 19 ).

Sebagaimana halnya Gangguan Tidur Teror, Somnambulisme berlangsung selama kira-kira  $\frac{1}{3}$  awal dari keseluruhan waktu tidur, sebagai hasil kenaikan amplitudo gelombang lambat, dalam stage 3 dan 4. Episode gangguan, terjadi mulai beberapa menit hingga kurang-lebih 1 jam, dimana penderita amat sulit untuk terjaga. Ketika terbangun, penderita mengalami disorientasi, dan tak mampu mengingat kembali episode yang baru saja dialaminya. ( 8,10,16,21,26,32 ).

Sebagaimana telah diutarakan, Somnambulisme merupakan suatu gangguan keterjagaan. Dimana penderita tak mampu secara sempurna bangun apabila diusik dalam tidur tingkat delta. Menurut Jacobson, dan kawan-kawan (1963), hal tersebut bukanlah suatu bentuk 'acting-out' mimpinya, dan gambaran EEG selama episode Somnambulisme menunjukkan suatu campuran antara gelombang delta dengan gelombang alfa amplitudo tinggi. Dalam keadaan seperti ini, penderita cukup mampu melakukan pola peri-laku yang relatif sederhana, namun perasaannya tumpul, fungsi otak yang lebih tinggi jadi amat bergairah dan tak memiliki kemampuan untuk melakukan koordinasi. ( 11 ).

Kales dkk (1966) mengemukakan, Somnambulisme pada anak-anak, yang sekalipun sering dijumpai namun biasanya dianggap tak serius, dapat dibangkitkan dengan menempatkan mereka pada posisi berdiri selama tidur tingkat delta. Dan pada orang dewasa, Somnambulisme sering disebabkan oleh pelbagai macam problema psikologis, dapat disembuhkan dengan psikoterapi, sehingga perlu selekasnya dibawa berobat. ( 11 ).

Walau jarang didapatkan, Somnambulisme dapat pula dikaitkan dengan Epilepsi Lobus Temporalis, serta beberapa abnormalitas sistem Susunan Saraf Pusat lainnya. Diagnosis disini kadang sulit dilakukan, kecuali dengan menggunakan pencatatan EEG nasofaring yang bisa menimbulkan deprivasi tidur. ( 11 ).

Luchins dkk (1978) mengemukakan tentang kasus seorang wanita yang mendapatkan terapi thioridazine dan chloral hydrate karena menderita insomnia, suatu malam bangkit dari tidur, kemudian mencekik putri-kandungnya hingga menemui ajal. Dalam kasus lain, pernah pula dilaporkan tentang seo-

rang pengemudi ambulans yang mendapatkan pengobatan thioridazine, suatu malam mengalami Somnambulisme, dan melakukan percobaan pembunuhan dengan cara mencekik isterinya. Dalam hal ini, diketengahkan bahwa thioridazine, disamping dikenal mempercepat timbulnya episode Somnambulisme, juga dikenal mampu menginduksi obesitas, yang bisa menyebabkan kesulitan bernapas, dan hal ini dapat merupakan predisposisi terjadinya Somnambulisme. ( 27 ).

Charney dkk (1979) mengemukakan, bahwa obat-obat neroleptika mampu membangkitkan episode Somnambulisme, dengan cara meningkatkan jumlah tidur gelombang-lambat penderita. Sementara Nadel (1981) mengutarakan, bahwa obesitas erat kaitannya dengan Somnambulisme akibat pengaruh obat-obat psikotropik, walau tak jelas hubungannya dengan masalah tidur. ( 27 ).

### III. DIAGNOSIS DAN DIAGNOSIS BANDING.

Kriteria Diagnosis Somnambulisme menurut PPDGJ II dan DSM III, adalah sebagai berikut :

- A. Episode berulang berupa bangun dari tempat tidur dan berjalan sewaktu tidur, berlangsung selama beberapa menit sampai setengah jam, biasanya terjadi dalam waktu 30 - 200 menit sesudah onset tertidur (dalam waktu tidur nonREM yang khas ada aktivitas delta EEG, yaitu fase 3 dan 4).
- B. Ketika berjalan sewaktu tidur itu, ekspresi wajah individu menatap kosong, relatif tidak responsif terhadap upaya orang lain untuk membangunkannya// berkominikasi dengan dirinya, hanya dapat dibangunkan dengan susah-payah.
- C. Sesudah bangun (dari episode itu atau pada pagi hari), terdapat amnesia mengenai yang terjadi selama episode, (jalan mana yang dilalui dan apa yang terjadi).
- D. Dalam beberapa menit sesudah bangun dari episode itu, tidak ada hendaya dalam aktivitas mental dan perilaku, (walau dapat ditemukan periode disorientasi atau kebingungan sementara).
- E. Tidak ada bukti bahwa episode itu terjadi selama fase tidur REM atau terdapatnya aktivitas listrik abnormal di otak selama tidur. ( 2,7 ).

Sebagai Diagnosis Banding, adalah :

1. Serangan Epilepsi Psikomotor.

Pada Serangan Epilepsi Psikomotor, digambarkan penderita biasanya terjaga secara terus-menerus. Dan dengan menggali riwayat penyakit secara lebih rinci, disertai pencatatan EEG yang lebih baik, akan diketahui bahwa penderita disini mengalami episode yang lebih singkat, tingkah-lakunya tanpa tujuan tertentu disertai adanya suatu automatisme, dan lazimnya tak mampu memberikan respon terhadap rangsang sekitar. Disamping itu, biasanya penderita tak akan tidur kembali, sebagaimana halnya yang terjadi pada Somnambulisme. ( 12,15 ).

2. Fugue Psikogenik.

Fugue Psikogenik amat jarang dijumpai pada anak-anak. Juga, episode Fugue Psikogenik jauh lebih lama dibanding Somnambulisme, bisa berhari-hari atau bahkan berminggu-minggu lamanya. Dan, Fugue Psikogenik menampakkan faktor psiko-patologi yang lebih jelas, dengan memperlihatkan kemampuan perilaku yang lebih beragam serta aktivitas yang lebih terintegrasi dan bertujuan. ( 12,15 ).

3. Mabuk Tidur.

Sekalipun amat banyak persamaannya dengan Somnambulisme, namun terdapat gambaran klinis yang membedakan antara keduanya. Pada Mabuk Tidur (Sleep drunkenness) umumnya penderita bangun lebih karena rangsang-luar yang dialaminya, sementara pada Somnambulisme lebih dikaitkan dengan suatu keadaan bangun secara spontan. ( 22 ).

VI. GEJALA - GEJALA.

Somnambulisme, digambarkan sebagai suatu gejala bangun dari tempat-tidur, berjalan dan melakukan berbagai tindakan dari yang sederhana sampai yang lebih majemuk, pada saat individu tersebut dalam keadaan tidur. ( 3,7,22,23 ) . Pada saat tersebut, wajah penderita nampak lembut atau hampa, dengan mata terbuka menatap kosong, serta jalannya kurang tegak dengan ayunan langkah langkah yang gontai.( 3,7,12,23 ). Gerak-gerik penderita terlihat bersifat stereotipik serta tanpa tujuan, namun terkadang mampu melakukan pelbagai kegiatan yang majemuk, seperti mengenakan busana, pergi meninggalkan rumah, naik-turun tangga, mengemudi mobil, atau pada

anak-anak akan masuk ke kamar orang-tua sekadar untuk menumpang tidur ataupun untuk memuaskan rasa-ingin-tahunya mengenai seks. ( 3,12 ).

Dalam episode Somnambulisme, penderita dapat berkemat-kamit, menggumam, berbicara, atau bahkan melakukan percakapan dengan orang lain. ( 28 ).

Apabila ada upaya untuk membangunkan penderita, biasanya harus dengan susah-payah. Penderita perlu diguncang-guncang tubuhnya, atau mungkin pula disertai dengan dipanggil-panggil namanya. Bilamana ia terbangun, umumnya akan terdapat periode disorientasai serta kebingungan, yang sifatnya hanya sementara. Terkadang saja, penderita bisa menjadi agresif. ( 2,7,15 ).

Pada akhirnya, penderita akan kembali tidur, baik ke kamar-tidurnya semula ataupun di tempat lain yang ditujunya. ( 5,28 ).

Setelah penderita terjaga, baik karena dibangunkan di saat berlangsungnya episode maupun sesudah bangun pada keesokan-harinya, ia akan mengalami amnesia, yakni lupa akan segala hal-ikhwal yang telah dilakukannya, maupun jalan mana saja yang pernah ditempuhnya. Terkadang, penderita akan mengingatnya sebagai suatu mimpi belaka. (2,7,12,24)

Apa yang dilakukan oleh penderita Somnambulisme, memungkinkan untuk membahayakan keselamatan. Baik keselamatan diri sendiri, maupun keselamatan orang lain. Kadang-kadang, bahaya tersebut dibesar-besarkan saja. Namun, telah banyak dilaporkan adanya kasus-kasus yang menunjukkan bahwa akibat Somnambulisme bisa berakhir di alam-baka. Antara lain, dengan kecelakaan yang terjadi saat penderita menyeberang jalan sehingga terlanggar mobil, atau ketika penderita melompat keluar jendela karena dikira pintu, sampai dengan kasus-kasus pembunuhan oleh seorang ibu yang menikam puteri-kandungnya, atau seorang Insinyur yang menikam diri sendiri, dan lain sebagainya. (5,11,22,26,27).

#### VII. PENATALAKSANAAN.

Perhatian terhadap pengobatan Somnambulisme, amat jarang diperoleh. Para penderitanya sendiri, umumnya kurang berkeinginan untuk datang kepada dokter. ( 12,18 ).

Dalam pada itu, didapatkan pula anggapan bahwa Somnambulisme tidak memerlukan suatu pengobatan khusus. (15).

Namun yang jelas, apabila Somnambulisme dibiarkan berlangsung secara kronis hingga dewasa, maka ia bakal melahirkan gangguan psikologis sekunder nantinya. Sehingga, adanya suatu stres psikologis tertentu, akan menjadikan Somnambulisme tersebut muncul, dan diderita kian berat. ( 26 ).

Guna penatalaksanaan Somnambulisme, dikemukakan bila penderitanya anak-anak, maka perlu diamati bagaimana pendidikan yang telah diberikan orang-tuanya dalam kaitan dengan tidur. Pun pula, perlu diketahui hal-ikhwal yang mungkin menjadi sumber timbulnya gangguan tidur tersebut dalam pikiran anak. Pada umumnya, akan bisa ditemukan berbagai rupa kemungkinan, seperti kecemasan atas perpisahan dengan ibu, rasa-takut mendapatkan kecelakaan, takut mati di saat tidur, khawatir tak mampu melakukan kontrol terhadap miksi dan defikasi hingga nantinya dihukum oleh ibu, dan lain sebagainya. Bilamana penyebab Somnambulisme adalah pola pendidikan ibu yang tak sesuai dan terlalu kaku, maka sang ibu pulalah yang perlu mendapatkan penerangan secara memadai. ( 12,17 ).

Clement (1970) melaporkan, apa yang telah dilakukan pada seorang penderita Somnambulisme, laki-laki berusia 7 tahun, yakni dengan terapi perilaku. Dari pengamatan, diketahui bahwa setiap kali sebelum episode Somnambulisme, menderitanya mengalami Mimpi Buruk, seakan dikejar-kejar seekor kumbang-hitam besar. Maka, sang ibu akan segera membangunkan penderita, sedemikian mulai nampak gejala akan terjadinya Somnambulisme. Penderita dibasuh wajahnya dengan air-dingin, sampai ia benar-benar terjaga sepenuhnya. Selanjutnya, ia dikembalikan ke tempat semula, seraya ditunjukkan kepadanya tindakan ibu memukul serta menyobek gambar seekor kumbang-hitam besar. ( 6 ).

Pernah dilakukan pula suatu cara, dengan mengikat pinggang beberapa orang penderita Somnambulisme dengan tali yang dihubungkan dengan tempat-tidur mereka. Tatkala episode Somnambulisme mulai berlangsung, maka sentakan tali di pinggang akan segera menyadarkan mereka. Dikatakan, bahwa para penderita tersebut merasakan keberhasilan metode ini. ( 11 ).

Dikemukakan pula, bahwa terapi Somnambulisme, sebagai salah satu bentuk reaksi disosiasi, pada dasarnya tak berbeda dengan terapi reaksi konversi. Beberapa gejala amne -

sia, dapat dijernihkan dengan pengajuan pertanyaan secara metodik, dengan asosiasi bebas, hipnosis, serta metode narkosis, dan kadang kesembuhan yang terjadi dapat berlangsung secara seketika. Pada umumnya, tetap diperlukan psikoterapi secara lebih luas lagi, guna menggali pelbagai permasalahan psikologis yang mungkin masih tersembunyi. ( 28 ).

Terapi terhadap penderita Somnambulisme dengan menggunakan obat, pernah pula dilaporkan. Nagaraja (1974) melaporkan keberhasilannya dalam mengatasi Somnambulisme pada penderita anak laki-laki usia 8 tahun serta anak perempuan usia 9 tahun, dengan menggunakan kombinasi antara Tranquilizer dan psikoterapi. Namun, penelitian lebih banyak lagi masih tetap diperlukan, guna menetapkan efektivitas terapi bagi Somnambulisme. ( 6,12 ).

Dikemukakan pula, obat-obatan yang mampu menekan tidur tingkat 4, dan tidak menekan tidur REM, dapat dipergunakan untuk terapi Somnambulisme. Misalnya, khloral hidrat, flurazepam, metakualon, khlordiazepoksida, dan diazepam. (12,17). Kales dkk. mengemukakan, bahwa diazepam dan flurazepam mampu menekan tidur tingkat 3 - 4 secara amat efektif. Namun penurunan insidensi Somnambulisme secara nyata dengan pemberian obat-obatan tersebut, masih belum diperoleh. ( 12 ).

Bilamana pada diri penderita Somnambulisme terkait pula adanya epilepsi, maka dapat dipergunakan obat-obatan yang sesuai, misalnya fenitoin dan karbamazepin. Dalam kasus-kasus lain, dilaporkan bahwa baik diazepam maupun imipramin memiliki efektivitas teramat baik bagi Somnambulisme. Sementara, didapatkan pula adanya kasus-kasus tertentu yang tidak dapat disembuhkan dengan obat-obatan tersebut. ( 11 ).

Disamping pemberian terapi secara memadai, baik dengan psikoterapi maupun somatoterapi, suatu hal yang tetap patut diperhatikan adalah upaya melakukan pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya bahaya atas diri penderita maupun orang lain. Sebagai misal, menjauhkan benda-benda membahayakan dari ruang-tidur penderita atau bahkan juga dari dalam rumah, serta menjaga tempat-tempat kurang aman yang memungkinkan penderita bisa terjatuh. Menempatkan ranjang penderita di lantai bawah, bisa di-

pertimbangkan. Jika keadaan tak memungkinkan, misalnya kamar-tidur penderita ada di lantai atas, maka kemungkinan penderita bisa membuka sendiri pintu maupun jendela hendaknya dibatasi. ( 11,22;27 ).

Terakhir, namun tak kurang pentingnya, pandangan terhadap Somnambulisme yang serba diwarnai ketakhayulan, hendaklah bisa dipergikan jauh-jauh dari pemikiran masyarakat pada umumnya. ( 14 ).

#### VIII. RINGKASAN.

Telah dibahas secara singkat, mengenai Somnambulisme atau Gangguan Tidur Jalan, ditilik dari definisi, epidemiologi, etiologi, gejala-gejala, diagnosis, diagnosis-banding, maupun penatalaksanaannya.

Dikemukakan, bahwa Somnambulisme pada hakekatnya adalah suatu bentuk gangguan tidur, dimana penderitanya bangun dan berjalan sewaktu tidur, serta dapat melakukan pelbagai kegiatan mulai dari yang sederhana sampai yang lebih majemuk, dan mengalami amnesia tatkala ia kemudian terjaga kembali. Apa yang dilakukan penderita tersebut, terkadang bisa membahayakan jiwa, baik bagi penderita sendiri maupun bagi keselamatan orang lain.

Somnambulisme bersifat universal, cukup banyak dijumpai, terutama pada anak-anak, utamanya lagi pada anak laki-laki.

Tentang etiologinya, hingga kini diantara para cerdik-pandai masih belum didapatkan suatu keseragaman-pandang. Dikemukakan, adanya predisposisi genetik, adanya kaitan-hubungan dengan reaksi disosiasi, stres psikologis, proses psikopatologis, abnormalitas sistem Susunan Saraf Pusat, serta akibat medikasi dengan obat-obat neroleptika tertentu.

Dalam penatalaksanaannya, dapat dilakukan baik dengan somatoterapi maupun psikoterapi. Untuk psikoterapi, apabila penderitanya anak-anak, keterkaitan orang-tua seyogyanya tidak diabaikan. Dan, yang tak kurang pentingnya, anggapan berbau takhayul tentang Somnambulisme sepatutnya dibuang jauh.

IX. DAFTAR KEPUSTAKAAN.

1. Abse, D.W. : Hysteria, in Arieti, S. : American Handbook of Psychiatry, Vol.I, 10<sup>th</sup> ed., Basic Books Inc. New York 1969, p.276.
2. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> ed., revised, American Psychiatric Association, Washington 1987.
3. Bakwin, H. & Bakwin, R.M. : Behavior Disorders in Children, 4<sup>th</sup> ed., W.B. Saunders, Philadelphia, 1972, p.551.
4. Chapman, M.D. : Management of Emotional Problems of Children and Adolescent, 2<sup>nd</sup> ed., J.B. Lippincot, Philadelphia, 1974, pp.192-193.
5. Coleman, J.C. : Abnormal Psychology and Modern Life, 3<sup>rd</sup> ed., DB. Taraporevala Sons & Co Private Ltd. pp. 217-218.
6. Coleman, J.C. et al : Abnormal Psychology and Modern Life, 6<sup>th</sup> ed., Scott, Foresman & Co., 1980 pp.511-512.
7. Direktorat Kesehatan Jiwa, Dep.Kes. RI. : Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, edisi II (revisi) 1983, hal.308-309.
8. Flohr, L.M. & Philips, I. : Mental Disorders of Childhood & Adolescent, in : Goldman, H.H. : Review of General Psychiatry, Maruzen Asian Edition, Lange Medical Publication, USA, Maruzen Asia, Singapore, 1984, p.501.
9. Hanati, N. : Pola Gangguan Tidur, Tinjauan kepustakaan Lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali. 1988.
10. Hartmann, E.L. : Introduction: The Concept of Sleep Disorders, in : Comprehensive Textbook of Psychiatry Vol.IV 2<sup>nd</sup> ed., Edited by Kaplan, H.I. & Sadock, E.J., Williams & Wilkins, Baltimore, London, Los-Angeles, Sydney, 1985, p.1247.
11. Hauri, P. : The Sleep Disorders, Upjohn. pp.63, 65-66.
12. Idris, Y. : Somnambulism, Referat di Lab/UPF Ilmu Kedokteran

Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/  
RSUD Dr. Soetomo, Surabaya. 1980.

13. Kales, J.D. : Sleepwalking and Night Terrors Related to Febrile Illness, *Am. J. Psychiatry* 136: 1214-1215, 1978.
14. Kanner, L. : Child Psychiatry, 4<sup>th</sup> ed., Second printing, Charles Thomas Publisher, USA. 1979. pp.486-487.
15. Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. : Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry 4<sup>th</sup> ed., Williams & Wilkins, Baltimore, London, Los Angeles, Sydney 1985. p.354.
16. Karacan, I., Williams, R.L. & Moore, C.A. : Sleep Disorders, in : Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. II 5<sup>th</sup> ed., Edited by Kaplan, H.I. & Sadock, B.J., Williams & Wilkins, Baltimore, Baltimore, 1985. pp.1120, 1134.
17. Kolb, D.C. : Modern Clinical Psychiatry, 8<sup>th</sup> ed, W.B. Saunders, Igaku Shoin, Tokyo, 1973. pp.555-556.
18. Kolb, L.C. & Brodie, H.K.H. : Modern Clinical Psychiatry, 10<sup>th</sup> ed., W.B. Saunders Company, 1982. pp.108, 706.
19. Leukel, F. : Introduction of Physiological Psychology, The C.N. Mosby Company, Saint Louis, 1976. pp.323-324.
20. Maramis, W.F. : Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, cetakan II, Airlangga University Press, Surabaya, 1983. Hal. 103.
21. Mueller, J. & Fields, H. : Brain & Behavior, in : Goldman, H.H. : Review of General Psychiatry, Maruzen Asian Edition, Lange Medical Publication, USA, Maruzen Asia, Singapore, 1984. p.107.
22. Murcia, G.N. & Dement, W.C. : Psychophysiological and Pharmacological Aspects of Somnambulism and Night Terrors in Children, in : Meltzer, H.Y. : Psychopharmacology : The third Generation of Progress, Raven Press, New York, 1987. p.88.
23. Nemiah, J.C. : Dissociative Disorders (Hysterical Neurosis, Dissociative Type), in : Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. I 5<sup>th</sup> ed., Edited by Kaplan, H.I. & Sadock, B.J., Williams & Wilkins, Baltimore 1985. p. 1034.

24. Page , J.D. : Abnormal Psychology, Mc. Graw-Hill Book Company Inc. 1947. p.116.
25. Roan, W.M. : Ilmu Kedokteran Jiwa, Edisi I, P.T. Gelora Jaya, 1979. Hal. 226.
26. Schmidt, H.S. : Sleep Disorders : The New Nosology.
27. Scott, A.I.F. : Attempted Strangulation During Phenothiazine Induced Sleepwalking and Night Terrors. British Journal of Psychiatry, 1980. pp.153, 692-694.
28. Slater, K & Roth, M. : Clinical Psychiatry, 3<sup>rd</sup> ed., The Williams and Wilkins Company, Baltimore 1969. pp.16, 114, 632.
29. Solomon, P. & Patch, V.D. : Handbook of Psychiatry, Lange Medical Publication. Maruzen Company Limited, 1969. p.107.
30. Solomon, S. : Clinical Neurology and Pathophysiology, in : Comprehensive Textbook of Psychiatry Vol. I 5<sup>th</sup> ed., Edited by Kaplan H.I. & Sadock, B.J., Williams & Wilkins, Baltimore, London, 1985. p.132.
31. Wong, N. : Classical Psychoanalysis, in : Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. I 5<sup>th</sup> ed., Edited by Kaplan , H.I. & Sadock B.J., Williams & Wilkins, 1985. p.386.
32. Yager, J. : Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders, in : Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. I 5<sup>th</sup> ed., Edited by Kaplan, H.I. & Sadock, B.J., Williams & Wilkins, 1985. pp.566-567.

----- oo00oo -----