

SKRIPSI

BEDA RISIKO KEJADIAN NEROSA MENURUT FAKTOR PSIKOGENIK

(Studi Kasus Pada Penderita Nerosa di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo)

FKM. 78 '06

Tri
b

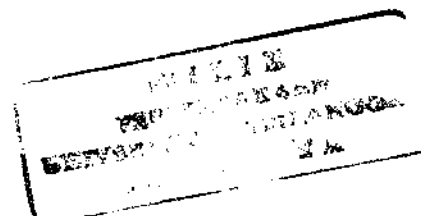


OLEH :

TITIK TRISNOWATI

NIM : 100210947

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**



PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan
diterima untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
pada tanggal 20 Juli 2006

Mengesahkan
Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. ...candi, dr., M.OH.SpOk
NIP. 130517177

Tim Penguji :

1. Dr. Windhu Purnomo, dr., M.S.
2. Lucia Y. Hendrati, S.KM, M.Kes
3. Nurul Hartini, S.Psi, M.Kes

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
Bagian Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga**

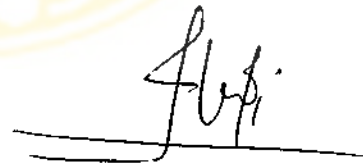
Oleh:

**TITIK TRISNOWATI
NIM. 100210947**

Surabaya, 20 Juli 2006

**Mengetahui,
Ketua Bagian Epidemiologi**

**Menyetujui,
Pembimbing**



**Dr. Chatarina U. W. dr., M.S., M.PH.
NIP. 131290054**

**Lucia Y. Hendrati, S.KM., M.Kes
NIP. 132129144**



Sebuah Karya untuk Bundaku

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “BEDA RISIKO KEJADIAN NEROSA MENURUT FAKTOR PSIKOGENIK (Studi Kasus Pada Penderita Nerosa di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo)”, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka penyelesaian kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Dalam skripsi yang menjabarkan bagaimana beda risiko kejadian nerosa menurut faktor psikogenik, sehingga nantinya akan menjadi pertimbangan dalam penyelenggaraan usaha pencegahan timbulnya kejadian nerosa bagi petugas kesehatan di Kabupaten Sidoarjo.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Lucia Y Hendrati, S.KM, M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terimakasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH., SpOk, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Chatarina UW., dr., M.S.,M.PH, selaku Ketua Bagian Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Bapak Kodiron, selaku staf RSD Sidoarjo

4. Wurjaning Hastuti, dr, SpKj, selaku psikiatri Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.
5. Syifa' Meutia, Spsi, selaku psikolog Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.
6. Hj. Muntianah, Amd Kep, selaku kepala ruangan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.
7. Bapak dan ibuku yang selalu mendukungku dalam doa dan dana.
8. Ida baik, Fida rajin, Eka tinggi yang selalu mendukung saya.
9. Fida dan Ajun yang bersedia meminjamkan komputernya.
10. Saudara dan sahabat yang membantu.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya. Juli 2006

ABSTRACT

There are 6.500.000 people (36,89%) who are nerosa sufferer among 17.616.000 psychopath in Indonesia. Nerosa is an emotionally adjustment mistake which is caused by inability to finish unconscious conflict. The rising anxiety is directly felt or altered by various psychological defense mechanisms and followed by the appearance of another disturbing subjective symptoms. The objective of this research is to analyze the psychogenic factors which trigger the occurrence of nerosa case among nerosa sufferer in Poly of Psychiatric of Sidoarjo Regional Hospital (RSD Sidoarjo).

This study applies case control methode, with the total case population is 13 nerosa patients in May 2006 and the total control population is 13 students of Sutopo Nursing Academy (Akper Sutopo) and uses Odds Ratio to analyze the data. Variables which are observed are guilty feeling, satisfaction in domestic field and work/school, hatred, fulfillment of approval and safety needs towards the occurrence of nerosa cases.

Statistically the result of this research shows that guilty feeling to nerosa occurrence reaches 40 on OR, satisfaction in domestic field and work/school to nerosa occurrence equal to 66 on OR, hatred to nerosa occurrence is 5,063 on OR, fulfillment of approval and safety needs to nerosa occurrence 27 on OR.

In short, psychogenic factors (guilty feeling, satisfaction in domestic field and work/school, hatred, fulfillment of approval and safety needs) are risk in generating the occurrence of nerosa and it is expected that there would be some psychogenic factor controlling in order to prevent the occurrence of nerosa case.

Key word: nerosa occurrence, psychogenic factors, risk factors.

ABSTRAK

Dari 17.616.000 penderita gangguan jiwa di Indonesia terdapat penderita nerosa sebanyak 6.500.000 orang (36,89%). Nerosa ialah kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak dapat diselesaikannya konflik tak sadar. Kecemasan yang timbul dirasakan secara langsung atau diubah oleh berbagai mekanisme pembelaan psikologikan muncullah gejala-gejala subyektif lain yang mengganggu. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor psikogenik yang berisiko terhadap kejadian nerosa pada penderita nerosa di unit rawat jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.

Desain penelitian *case control*, dengan total populasi kasus 13 penderita nerosa bulan Mei 2006 dan total populasi kontrol 13 mahasiswa Akper Sutopo, analisis dengan menggunakan *Odds Ratio*. Variabel yang diteliti adalah rasa bersalah, kepuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan/sekolah, rasa kebencian, terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan terhadap kejadian nerosa.

Secara statistik, hasil penelitian antara rasa bersalah terhadap kejadian nerosa dengan nilai OR sebesar 40, kepuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan/sekolah terhadap kejadian nerosa dengan nilai OR sebesar 66, rasa kebencian terhadap kejadian nerosa dengan nilai OR sebesar 5,063, dan terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan terhadap kejadian nerosa dengan nilai OR sebesar 27.

Dapat disimpulkan bahwa faktor psikogenik (rasa bersalah, kepuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan/sekolah, rasa kebencian, terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan) berisiko menimbulkan kejadian nerosa dan diharapkan adanya pengendalian faktor psikogenik agar tidak timbul nerosa.

Kata kunci: kejadian nerosa, faktor psikogenik, faktor risiko.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAC	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
I.1 Latar Belakang	1
I.2 Identifikasi Masalah	3
I.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah	4
BAB II TUJUAN DAN MANFAAT.....	5
II.1 Tujuan Penelitian	5
II.2 Manfaat Penelitian	5
BAB III TINJAUAN PUSTAKA	7
III.1 Pengertian Nerosa.....	7
III.2 Gejala Nerosa	9
III.3 Psikodinamika Nerosa	10
III.4 Penyebab Nerosa	12
III.5 Klasifikasi Nerosa.....	23
III.6 Validitas dan Reliabilitas	37
III.7 Teknik Diskriminasi Skala.....	39
BAB IV KERANGKA KONSEPTUAL	42
IV.1 Kerangka Konseptual Penelitian	42
BAB V METODE PENELITIAN	44
V.1 Rancang Bangun Penelitian.....	44
V.2 Populasi Penelitian	44
V.3 Sampel, Besar sampel, dan Cara Pengambilan Sampel.....	45
V.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	45
V.5 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Cara Pengukuran.....	46
V.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	49
V.7 Teknik Analisis Data	50
BAB VI HASIL PENELITIAN	51
VI.1. Kejadian Nerosa.....	51
VI.2. Karakteristik Responden.....	52
VI.3. Risiko Kejadian Nerosa menurut Rasa Bersalah	54
VI.4. Risiko Kejadian Nerosa menurut Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan.....	59
VI.5. Risiko Kejadian Nerosa menurut Rasa Kebencian	64

VI.6. Risiko Kejadian Nerosa menurut Terpenuhinya Kebutuhan Akan Persetujuan dan Keamanan.....	68
BAB VII PEMBAHASAN	74
VII.1. Kejadian Nerosa	74
VII.2. Risiko Kejadian Nerosa menurut Rasa Bersalah.....	75
VII.3. Risiko Kejadian Nerosa menurut Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan	77
VII.4. Risiko Kejadian Nerosa menurut Rasa Kebencian.....	79
VII.5. Risiko Kejadian Nerosa menurut Terpenuhinya Kebutuhan Akan Persetujuan dan Keamanan	81
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN	84
VIII.1. Kesimpulan	84
VIII.2. Saran.....	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	88



DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel III.5.	Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform, dan Gangguan Terkait Stress	23
Tabel V.5.1.	Variabel Terikat	46
Tabel V.5.2.	Variabel Bebas	46
Tabel VI.1.	Jenis Gangguan Jiwa di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	51
Tabel VI.2.	Jenis Nerosa di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	52
Tabel VI.3.	Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	52
Tabel VI.4.	Distribusi Responden berdasarkan Umur di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	53
Tabel VI.5.	Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	53
Tabel VI.6.	Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	54
Tabel VI.7.	Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Kepuasan dalam Rumah tangga dan pekerjaan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	56
Tabel VI.8.	Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Tingkat Rasa Kebencian di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	57
Tabel VI.9.	Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Tingkat Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan dan Keamanan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	58
Tabel VI.10.	Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	59

Tabel VI.11. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan dan Rasa Bersalah di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	61
Tabel VI.12. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan dan Rasa Kebencian di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	62
Tabel VI.13. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan dan Rasa Kebencian dan Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan dan Keamanan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	63
Tabel VI.14. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Kebencian di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	64
Tabel VI.15. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Kebencian dan Rasa Bersalah di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	65
Tabel VI.16. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Kebencian dan Kepuasan dalam Rumah tangga dan Pekerjaan/sekolah di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	66
Tabel VI.17. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Kebencian dan Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan dan Keamanan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.	67
Tabel VI.18. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Terpenuhinya Kebutuhan Akan Persetujuan dan Keamanan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.	68
Tabel VI.19. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Terpenuhinya Kebutuhan Akan Persetujuan dan Keamanan dan Rasa Bersalah di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.	70
Tabel VI.20. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan & Keamanan dan Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan/sekolah di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.	71

Tabel VI.21. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan & Keamanan dan Tingkat Rasa Kebencian di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.

72



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1.	Kuesioner Sebelum diuji Validitas dan Reliabilitasnya.	88
2.	Kuesioner Setelah diuji Validitas dan Reliabilitasnya.	92
3.	Prosedur Penilaian Faktor Psikogenik	96
4.	Panduan <i>Indept Interview</i>	98
5.	Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	100
6.	Skor Total Kuesioner	107
7.	Skor Dikotomisasi per- variabel	111
8.	Hasil SPSS	116
9.	Surat Ijin Pengambilan Data Awal	129
10.	Surat Ijin Penelitian	130
11.	Surat Balasan dari RSD Sidoarjo	131



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Nerosa ialah kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak dapat diselesaikannya suatu konflik tak-sadar. Kecemasan yang timbul dirasakan secara langsung atau diubah oleh berbagai mekanisme pembelaan psikologik dan muncullah gejala-gejala subyektif lain yang mengganggu. Penyebab primer dari nerosa ialah psikogenik, misal adanya rasa bersalah, ketidakpuasan dalam pernikahan dan pekerjaan, rasa kebencian, tidak terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan dan kejadian yang mengesankan yang dialami penderita.

Diperkirakan bahwa 2-3 %^{0/00} dari jumlah penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa berat. Bila separuh dari mereka itu memerlukan perawatan di rumah sakit dan jika Indonesia berpenduduk 120 juta orang, maka ini berarti bahwa di negara kita ada 120.000 orang dengan gangguan jiwa berat yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Gangguan jiwa mengakibatkan bukan saja kerugian ekonomis, material dan tenaga kerja, akan tetapi juga penderitaan yang sukar dapat digambarkan besarnya bagi penderitanya, maupun bagi keluarganya dan orang yang dicintainya, yaitu seperti kegelisahan, kecemasan, keputus-asaan, kekecewaan, kekhawatiran dan kesedihan yang mendalam.

Menurut Maramis (1995), di Indonesia terdapat 17.616.000 penderita gangguan jiwa dan diantaranya terdapat penderita nerosa sebanyak 6.500.000 orang (36,89%). Nerosa menempati urutan pertama dibandingkan gangguan jiwa lain. Ini berarti nerosa cukup menjadi masalah di Indonesia.

Biarpun gejala utama atau gejala yang menonjol itu pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik) ataupun di psike (psikogenik). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan ataupun jiwa (Maramis, 1995).

Ada berbagai upaya untuk menghindarkan terjadinya nerosa. Menjaga lingkungan sosial agar menjadi nyaman merupakan salah satu upaya tersebut. Menurut Maramis (1995), program pencegahan primer yang harus kita lakukan, antara lain :

1. Mengetahui pengaruh buruk pada waktu itu.
2. Mengetahui kekuatan lingkungan yang membantu para individu melawan pengaruh buruk itu.
3. Mengetahui kekuatan lingkungan yang mempengaruhi daya tahan masyarakat terhadap pengalaman buruk yang mungkin menimpa di kemudian hari.

Gangguan nerosa dapat dicegah dengan menghindarkan penyebab-penyebab yang terkait. Salah satunya dengan mencegah faktor psikogenik agar tidak menimbulkan nerosa. Untuk itu peneliti mencoba untuk menganalisis sejauh mana faktor psikogenik yang berisiko terhadap kejadian nerosa, yang nantinya upaya pencegahan dapat dilaksanakan dengan tujuan menurunkan kejadian nerosa.

1.2. Identifikasi Masalah.

Menurut rekapitulasi data morbiditas pasien rawat jalan, persentase penderita nerosa di Rumah Sakit Daerah Sidoarjo sebesar 11,4 %. Hal ini menunjukkan bahwa masalah nerosa perlu mendapat perhatian. Pada umumnya, penyebab nerosa yaitu lingkungan sosial yang mengganggu individu, misalnya: keluarga yang bermasalah. Selain penderita nerosa, Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi Rumah Sakit Daerah Sidoarjo terdiri dari pasien skizofrenia, GPP (Gangguan Pemusatan Perhatian), psikosis, sulit tidur, SOO (Sindrom Otak Organik), gangguan kepribadian, demensia senilis, retardasi mental, psikotik, ilusi, konseling keluarga, dan tes narkoba.

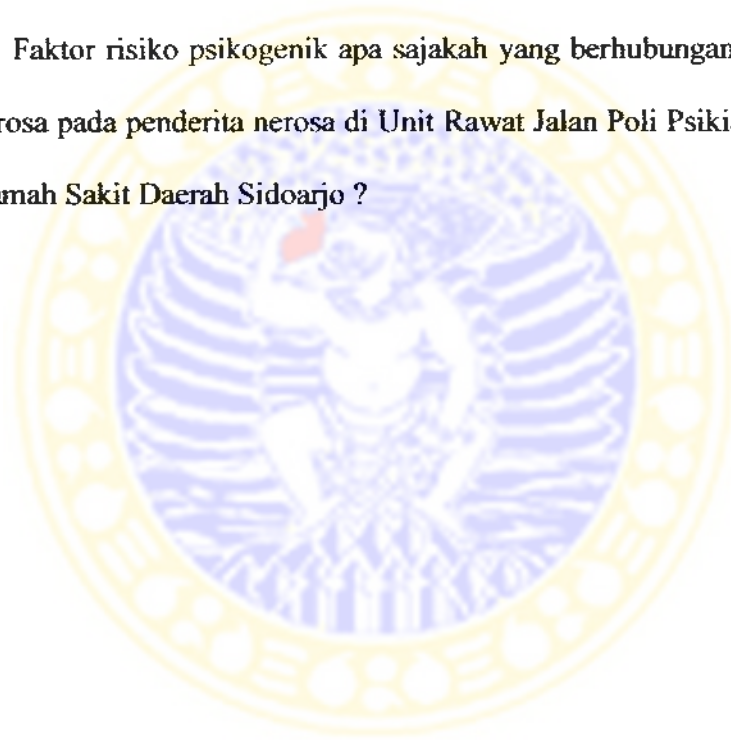
1.3. Pembatasan dan Rumusan Masalah

1. Pembatasan Masalah

Penelitian ini dilakukan hanya pada pasien nerosa jenis gangguan cemas, psikosomatik, obsesif kompulsif dan depresi. Selain itu, penelitian ini hanya menganalisis faktor psikogenik yang berisiko terhadap kejadian nerosa, tanpa meneliti faktor somatogenik dan sosiogenik. Pembatasan ini dilakukan karena gejala utama nerosa yaitu unsur kejiwaan.

2. Rumusan Masalah

Faktor risiko psikogenik apa sajakah yang berhubungan dengan kejadian nerosa pada penderita nerosa di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi Rumah Sakit Daerah Sidoarjo ?



BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

II.1. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor psikogenik yang berisiko terhadap kejadian nerosa.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji karakteristik responden.
- b. Menganalisis faktor rasa bersalah yang berisiko terhadap kejadian nerosa.
- c. Menganalisis faktor kepuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan/sekolah yang berisiko terhadap kejadian nerosa.
- d. Menganalisis faktor rasa kebencian yang berisiko terhadap kejadian nerosa.
- e. Menganalisis faktor terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan yang berisiko terhadap kejadian nerosa.

I.2. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

- a. Dapat menerapkan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan.
- b. Dapat memperluas wawasan peneliti tentang faktor psikogenik yang berisiko terhadap kejadian nerosa.

2. Bagi Peneliti Lain

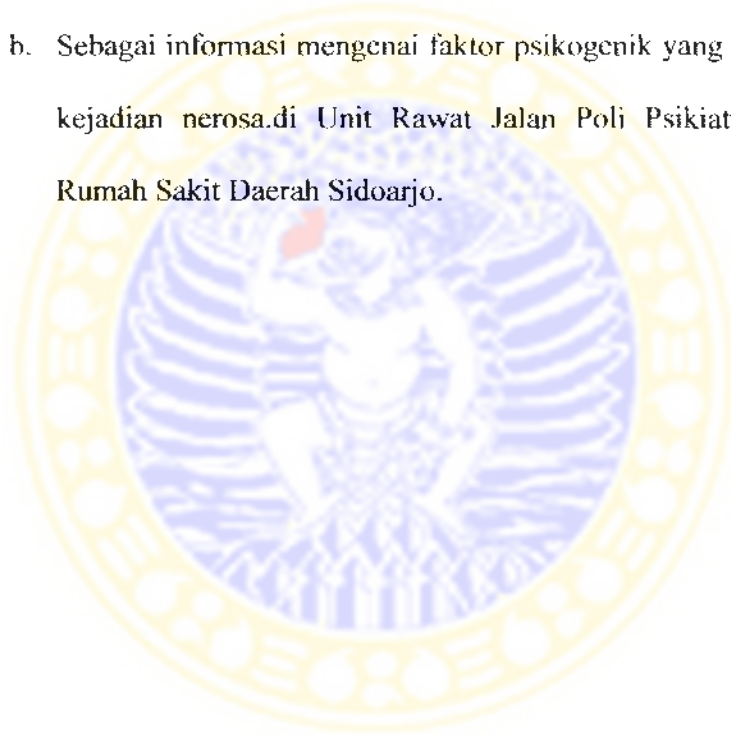
Sebagai bahan masukan untuk penelitian lebih lanjut.

3. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai masukan dalam upaya mencegah timbulnya nerosa.

4. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

- a. Sebagai masukan dalam pengantar kuliah Epidemiologi Tidak Menular (Kesehatan Jiwa) di fakultas.
- b. Sebagai informasi mengenai faktor psikogenik yang berisiko terhadap kejadian nerosa di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi Rumah Sakit Daerah Sidoarjo.



BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

III.1. Pengertian Nerosa

Nerosa ialah kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak dapat diselesaikannya suatu konflik tak-sadar. Kecemasan yang timbul dirasakan secara langsung atau diubah oleh berbagai mekanisme pembelaan psikologik dan muncullah gejala-gejala subyektif lain yang mengganggu. Mula-mula dipakai istilah nerosa, tetapi kemudian untuk menandakan bahwa etiologinya psikogenik dan bahwa neron itu tidak apa-apa (sebab kata nerosa dapat memberi kesan bahwa neronnya yang sakit), maka ditambah awalan psiko dijadikan psikonerosa. Sekarang kita kembali kepada istilah semula, nerosa, sesudah kita tidak ragu-ragu lagi bahwa penyebab primer ialah psikogenik (Maramis, 1995).

Gangguan Neurotik adalah gangguan mental yang tidak mempunyai dasar organik yang dapat ditunjukkan, pasien cukup mempunyai tilikan (*insight*) serta kemampuan daya nilai realitasnya tak terganggu (DepKes RI, 1985)

Gangguan neurotik adalah gangguan mental yang egodistonik dengan gejala atau kumpulan gejala yang tidak mempunyai dasar organik. Penderita cukup mempunyai tilikan (*insight*), kemampuan daya nilai realitasnya tidak terganggu, tetapi perilakunya dapat sangat terganggu, namun biasanya masih

di dalam batas-batas norma sosial dan kepribadiannya tetap utuh (RSUD Dr. Soetomo, 1988).

Penyakit neurosis adalah kelainan-kelainan dimana respon psikologis dan fisiologis terhadap stres yang biasa terlalu berlebihan. Dahulu dikira neurosis adalah penyakit dari susunan saraf, tetapi Freud dapat membuktikan bahwa neurosis adalah suatu kelainan kepribadian. Sebenarnya neurosis adalah suatu ekspresi dari ketegangan dan konflik dalam jiwanya, tetapi ia tidak menyadari bahwa ada hubungan antara gejala-gejala yang ia rasakan dengan konflik emosinya (Danusukarto, 1989).

Menurut Kartono (1980), psikhoneurosa ialah:

1. Sekelompok reaksi psikhis yang ditandai secara khas dengan unsur kecemasan, dan secara tidak sadar diekspresikan dengan jalan menggunakan mekanisme pertahanan diri (*defence mechanism*).
2. Bentuk gangguan atau kekacauan fungsional pada sistem persyarafan, mencakup pula disintegrasi dari sebagian kepribadiannya, khususnya terdapat berkurangnya atau tidak adanya kontak antara pribadi dengan sekitarnya. Dengan kata lain, relasinya dengan dunia luar sedikit sekali, walaupun dia masih memiliki *insight*.

Menurut Dirgagunarsa (1992), psikoneurosa, atau dapat disebutkan neurosa saja, adalah gangguan yang terjadi hanya pada sebagian daripada kepribadian, sehingga orang yang mengalaminya masih bisa mengerjakan

pekerjaan-pekerjaan sehari-hari atau masih bisa belajar, dan jarang yang memerlukan perawatan khusus di rumah sakit.

Menurut Oswari (1995), nerosis adalah suatu penyakit saraf yang berhubungan dengan faalnya, tetapi pada susunan saraf itu sendiri tidak terjadi kerusakan.

III.2. Gejala Nerosa

Penderita dengan nerosa pada umumnya menyadari bahwa ia sedang terganggu. Berbeda dengan psikosa, nerosa tidak menunjukkan tanggapan yang sangat keliru terhadap kenyataan ataupun unsur-unsur kepribadian yang sangat terganggu.

Untuk memahami suatu nerosa tidak dapat dilihat pada gejala-gejalanya saja. Gejala-gejala nerosa hanya menunjukkan bahwa individu itu sedang terganggu karena keadaan tegang dan cemas. Gejala dapat menunjukkan jalan ke jenis konflik, tetapi sebaiknya bila diusahakan untuk mengenal maksud yang tak sadar yang oleh individu itu hendak dicapai dengan gejala-gejalanya (Maramis, 1995).

Kemampuan daya realitasnya tak terganggu dalam arti kata bahwa individu biasanya tidak mencampurbaurkan penghayatan penderitaan dan fantasi subyektifnya dengan realitas luar. Perilakunya dapat sangat terganggu, akan tetapi biasanya masih di dalam batas-batas sosial, sedangkan kepribadiannya tetap utuh (DepKes RI, 1985).

Neurosis terdapat di mana-mana dan mungkin sekali bahwa kebanyakan orang normal pernah menunjukkan gejala neurosis yang ringan pada suatu saat dalam hidupnya. Neurosis jauh lebih ringan dari psikosis. Orang neurotik selalu merasa dirinya menderita. Ia sering takut gagal atau takut sakit. Seorang neurotik selalu mencari pengobatan (Danusukarto, 1989).

Menurut Subroto (1990), pada nerosa, gejala-gejala psikologik dan somatik bervariasi luas, tetapi tidak terdapat halusinasi atau gangguan proses berpikir emosi dan tindakan yang ekstrim.

Pada psikonerosa ini tidak terdapat disorganisasi kepribadian yang serius dalam kaitannya dengan realitas eksternal atau dunia luar. Gangguan mental itu pada umumnya berbentuk: ketidakmampuan mengadakan adaptasi terhadap lingkungan. Tingkah lakunya jadi abnormal dan aneh-aneh. Si penderita biasanya tidak memahami dirinya sendiri dan bahkan membenci diri sendiri (Kartono, 1980).

III.3. Psikodinamika Nerosa

Untuk psikodinamika kita mencari semua sumber kecemasan, peristiwa atau keadaan yang dapat menimbulkan rasa cemas, karena yang mencetuskan nerosa ialah kecemasan. Jadi reaksi yang abnormal ini terjadi sebagai salah satu cara untuk menghilangkan kecemasan yang timbul karena suatu konflik yang tidak dapat diatasi dengan baik. Banyak ahli menganggap kecemasan sebagai sumber segala macam nerosa. Kecemasan mengganggu dan mengancam ketenangan setiap orang. Kecemasan menghilangkan rasa aman

dan merupakan suatu tanda bahaya. Reaksi setiap manusia ialah berusaha menghilangkan bahaya itu atau menghilangkan kecemasannya.

Kita mengenal berbagai macam cara menghadapi kecemasan. Proses ini dinamakan mekanisme pembelaan atau mekanisme penyesuaian diri umpamanya represi, rasionalisasi, menarik diri, agresi, salah-pindah, proyeksi, identifikasi, pembentukan-reaksi, kompensasi, fixasi, regresi dan disosiasi. Semua ini terjadi secara tidak disadari atau secara samar-samar terjadi.

Meskipun kecemasan hilang dengan dipergunakannya salah satu atau beberapa mekanisme pembelaan, hal ini belum berarti bahwa individu itu tidak akan terganggu. Mekanisme pembelaan juga dapat mengganggu pekerjaan sehari-hari atau menyusahkan individu dan/atau orang lain. Jadi bila orang itu terganggu jiwanya berarti ia telah menggunakan mekanisme pembelaan yang keliru (Maramis, 1995).

Mengapa orang yang satu terganggu seperti ini, tetapi orang lain yang menghadapi kesukaran yang sama tidak terganggu atau terganggu secara lain?. Hal ini terjadi karena adanya suatu "predisposisi" untuk bereaksi demikian, predisposisi ini ditentukan oleh faktor keturunan dan badaniah, tetapi sangat penting juga ialah pendidikan dan pengalaman, adat istiadat keluarga dan masyarakat serta pandangan hidupnya (Subroto, 1990).

Stres berubah menjadi kecemasan. Terutama digunakan mekanisme pembelaan represi tetapi tidak efektif sehingga digunakan mekanisme

pembelaan yang lain seperti konversi, salah pindah, regresi dan lain-lain. Gejala-gejala sesuai dengan mekanisme pembelaan yang menonjol.

III.4. Penyebab Nerosa

Menurut para ahli, penyakit neurosa tidak menurun. Penyakit neurosa bukanlah penyakit turunan. Namun ternyata banyak ayah atau ibu yang menderita penyakit neurosa akan mempunyai anak yang neurosis juga. Hal ini bukan karena penyakit si orangtua menurun kepada anaknya, tetapi dengan orangtua yang neurosis maka perkembangan jiwa si anak akan terganggu dan menjurus ke neurosis. Freud mengatakan bahwa orangtua yang neurosis tidak mampu mendidik dan membantu mereka tumbuh menjadi orang dengan emosi dan kepribadian yang baik. Ia menemukan bahwa timbulnya neurosis karena sebab-sebab yang terjadi pada awal masa anak-anak (Danusukarto, 1989).

Menurut Maramis (1995), sumber penyebab gangguan jiwa merupakan penyesuaian somato-psiko-sosial dipengaruhi oleh faktor-faktor pada ketiga unsur itu yang terus menerus saling mempengaruhi, yaitu:

1. Faktor-faktor somatik (somatogenik)
 - a. Neroanatomi.
 - b. Nerofisiologi.
 - c. Nerokimia.



- d. Tingkat kematangan dan perkembangan organik.
 - e. Faktor-faktor pre- dan peri-natal.
2. Faktor-faktor psikologik (psikogenik)
- a. Interaksi ibu-anak: normal (rasa percaya dan rasa aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi dan keadaan yang terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan).
 - b. Peranan ayah.
 - c. Persaingan antara saudara kandung.
 - d. Intelegensi.
 - e. Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan dan masyarakat.
 - f. Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa salah.
 - g. Konsep diri: pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu.
 - h. Ketrampilan, bakat dan kreativitas.
 - i. Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya.
 - j. Tingkat perkembangan emosi.
3. Faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik)
- a. Kestabilan keluarga.
 - b. Pola mengasuh anak.

- c. Tingkat ekonomi.
- d. Perumahan: perkotaan lawan pedesaan.
- e. Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan yang tidak memadai.
- f. Pengaruh rasial dan keagamaan.
- g. Nilai-nilai.

Nerosis merupakan suatu penyakit yang menyebabkan penderita merasa gugup dan takut. Biasanya terjadi pada orang yang berlatar belakang sejak kecil tidak mendapat perlindungan dari orangtua, atau sejak kecil telah kehilangan orangtuanya dan diasuh oleh orang yang kurang memberi perhatian terhadap perkembangan jiwa si anak (Oswari, 1995).

Menurut Kartono (1980), sebab-sebab timbulnya psikhoneurosa atau lebih populer disingkat dengan neurosa, ialah:

1. Tekanan-tekanan sosial dan tekanan kulturil yang sangat kuat, yang menyebabkan ketakutan, kecemasan dan ketegangan-ketegangan dalam batin sendiri yang khronis berat sifatnya, sehingga orang yang bersangkutan mengalami *mental breakdown* atau kepatahan mental.
2. Individu mengalami banyak frustrasi, konflik-konflik emosional dan konflik internal yang serius, yang sudah dimulai sejak masa kanak-kanak.
3. Individu sering tidak rasional sebab sering memakai *defence mechanism* yang negatif; dan lemahkan pertahanan diri secara fisik dan mental.

4. Pribadinya sangat labil, tidakimbang, dan kemauannya sangat lemah.

Faktor yang menyebabkan gangguan ini terletak terutama pada bidang emosi. Tidak jarang sejak masa kanak-kanak terdapat sifat yang merupakan gejala nerosa, tetapi yang sudah sedemikian berakar di dalam kepribadian sehingga tidak dapat dipisahkan lagi dan dianggap sebagai sifat konstitusional.

Untuk mengerti suatu nerosa harus dicari hubungan antara gejala sekarang dengan situasi pada masa kanak-kanak yang masih belum dapat diatasi secara emosional oleh individu itu. Seperti luka yang sudah sembuh, tetapi parutnya yang masih sensitif dan nyeri bila disentuh. Selain memeriksa adanya "parut" ini, kita menyelidiki juga adanya rasa salah, peristiwa yang mengesankan, ketidakpuasan dalam pernikahan (terutama hubungan seksual) dan pekerjaan. Kejadian yang baru sering hanya merupakan faktor yang mempercepat timbulnya gangguan (faktor pencetus).

Kebanyakan penyebab nerosa terdapat dalam perasaan yang direpresi, didesak lalu diubah atau dialihkan menjadi dorongan rasa kebencian, permusuhan, kebutuhan akan persetujuan dan keamanan, ketidakmampuan untuk mengadakan ketertiban dan keamanan dalam kehidupan. Selain itu juga disebabkan rasa bersalah dan kejadian yang mengesankan. Hal-hal ini sendiri kemudian sering menimbulkan konflik dan menimbulkan kecemasan yang menjadi sumber utama nerosa (Maramis, 1995).

Suatu reaksi abnormal biasanya timbul bukan karena satu faktor saja (hanya satu faktor dari dalam kepribadian atau hanya satu faktor dari lingkungan atau pengalaman individu), tetapi karena beberapa faktor yang bertemu dan menjadi kombinasi tertentu sehingga akhirnya timbulah gangguan itu. Kadang-kadang faktor ini terletak pada sikap dan hubungan sehari-hari dengan orang yang berpengaruh pada masa kanak-kanak. Faktor ini mungkin juga terletak dalam kehidupan psikoseksual yang mempunyai banyak larangan, kebiasaan dan kepercayaan sehingga terpaksa dibangun pertahanan terhadap keinginan dan dorongan di bidang ini. Faktor lain dapat dicari dalam perasaan bersalah, situasi sosial (pernikahan, pekerjaan, teman), dan lain-lain. (Subroto, 1990)

1. Rasa Bersalah

Menurut Anonim (2005), *Guilt* (rasa bersalah) adalah:

- a. Perasaan bertanggung jawab atas keadaan-keadaan negatif dan hal-hal buruk yang menimpa diri sendiri atau orang lain.
- b. Merasa menyesal atas kesalahan-kesalahan diri sendiri di masa lalu dan masa sekarang, baik yang benar-benar terjadi atau yang dibayangkan
- c. Penyesalan mendalam atas pikiran-pikiran, perasaan-perasaan, atau perilaku negatif, tidak terpuji, atau tidak menerima, baik menyangkut diri sendiri maupun orang lain.
- d. Perasaan obligasi (kewajiban) untuk tidak menyenangkan, tidak membantu, atau tidak mendamaikan orang lain.

- e. Perasaan kebingungan dan kurang keseimbangan karena tidak merespon terhadap suatu situasi dalam cara yang umum.
 - f. Merasa kehilangan dan malu karena tidak melakukan atau mengatakan sesuatu kepada seseorang yang kini sudah tidak ada lagi.
 - g. Menerima tanggung jawab atas kemalangan atau masalah seseorang karena Anda tidak tahan melihatnya menderita.
 - h. Motivator terhadap penebusan semua kesalahan, baik yang benar-benar terjadi maupun yang dirasanya salah.
 - i. Rasa/pendirian moral yang kuat dalam membedakan benar dan salah, yang mencegah Anda untuk melakukan tindakan/jalan yang "salah"; tetapi, definisi Anda mengenai kata-kata ini tergantung pada Anda.
 - j. Dorongan atau topeng dimana keyakinan-keyakinan yang tidak masuk akal bersembunyi.
2. Ketidakpuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan

Menurut Pujangkoro (2003), ketidakpuasan adalah hasil dari harapan yang diteguhkan secara negatif. Penilaian untuk kepuasan dan ketidakpuasan oleh Engel membaginya ke dalam 3 (tiga) bentuk yang berbeda yaitu:

- a. Diskonfirmasi positif: yaitu di mana kinerja (hasil) yang diperoleh lebih baik dari apa yang diharapkan
- b. Konfirmasi sederhana: yaitu di mana kinerjanya sama dengan yang diharapkan

c. Diskonfirmasi negatif: yaitu kinerja yang didapatkan lebih buruk dari apa yang diharapkan

Menurut Alisjahbana (1982), situasi stress dalam relasi suami-isteri mempunyai alasan yang beraneka ragam. Satu hal yang cukup sering muncul adalah kesulitan yang timbul karena perbedaan antara corak harapan dari suami dan isteri.

Memang tidak mungkin kita menyebutkan semua kesulitan yang muncul antara orangtua dan anak, dimana ada pengaruh dari perbedaan corak harapan. Orangtua yang dididik dalam suasana feodal sebelum revolusi, sering tidak mengerti corak harapan dari anak-anak yang cukup dipengaruhi modernisasi.

Frustasi atau kekecewaan yang diderita dalam setiap bidang pekerjaan timbul atas dasar keadaan pribadi, keadaan tempat dan situasi kerja atau ketegangan dalam *interpersonal relationship*. Dalam zaman mobilitas sosial yang besar, banyak orang mendapat kesempatan naik tingkat dan pangkat. Orang ambisius sering kurang mampu menilai kemampuan sendiri, sehingga mereka mendapat tugas yang terlalu sukar atau menuntut terlalu banyak tenaga dari mereka. Sebaliknya, waktu mobilitas berkurang, terjadi stress yang lain.

Menurut Sears dkk (1991), penelitian tentang kekerasan keluarga yang telah dikemukakan sebelumnya menyimpulkan bahwa sumber konflik yang paling umum dilaporkan dalam keluarga Amerika adalah urusan rumah

tangga. Sepertiga dari seluruh pasangan Amerika mengatakan bahwa mereka selalu tidak sependapat tentang urusan rumah tangga. Di antaranya konflik tentang masalah seks, aktivitas sosial, uang, dan anak-anak.

Beberapa keluarga mengalami tingkat frustrasi yang lebih tinggi dibandingkan keluarga yang lain, dengan alasan yang mudah dipahami. Konflik dan kekerasan dalam keluarga yang lebih banyak terjadi pada keluarga buruh dibandingkan pada keluarga menengah. Juga lebih banyak pada keluarga dengan kepala keluarga seorang penganggur, atau terutama pada keluarga dengan anak banyak. Tentu saja, ada juga keluarga yang mempunyai banyak anak dan situasi ekonominya pas-pasan, tetapi penuh kasih, relatif bebas dari konflik dan kekerasan. Namun, pada umumnya, tekanan hidup ini secara alamiah menimbulkan frustrasi yang lebih besar dan akhirnya mendorong munculnya peristiwa kekerasan yang lebih banyak.

Dalam beberapa kelompok, orang berinteraksi secara kooperatif : Mereka saling menolong satu sama lain, berbagai informasi, bekerja bersama untuk mendapatkan keuntungan bersama. Dalam kelompok lain, orang bersaing : Mereka mengutamakan tujuan mereka sendiri dan berusaha menyisihkan orang lain. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa bila ukuran kelompok bertambah, kerjasama akan berkurang. Alasan khusus tentang peningkatan persaingan dalam kelompok yang lebih besar belum diketahui agaknya, semakin besar ukuran kelompok, semakin sering muncul setidak-tidaknya satu orang yang memanfaatkan orang lain atau mementingkan diri sendiri.

3. Rasa Kebencian

Menurut Anonim (2005), Benci atau kebencian adalah merupakan sebuah emosi yang sangat kuat dan melambungkan ketidaksukaan, enmity, atau antipati untuk seseorang, sebuah hal, barang, atau fenomena. Hal ini juga merupakan sebuah keinginan untuk, menghindari, menghancurkan atau menghilangkannya. Kadangkala kebencian dideskripsikan sebagai lawan daripada cinta atau persahabatan; tetapi banyak orang yang menganggap bahwa lawan daripada cinta adalah ketidakpedulian.

Menurut Sears dkk (1991), efek dari hukuman atau pembalasan yang diantisipasi tidak sederhana. Kadang-kadang hal itu menekan agresi, bila secara rasional orang ingin menghindari rasa sakit di masa mendatang. Tetapi kadang-kadang ancaman itu dimaknakan sebagai serangan, dan menimbulkan agresi yang lebih besar.

Beberapa perubahan emosi yang mungkin dialami oleh konsele yang terluka perasaannya pertama-tama adalah rasa heran, tidak percaya, dan bahkan kebingungan. Setelah mereka mempunyai banyak bukti yang tidak dapat disangkal atas penyelewengan pasangannya atau jika pihak yang melukai itu tidak mengakui perbuatannya, timbul tahap yang penuh emosi dalam diri konsele. Marah, rasa dikhianati, gelisah, rasa terluka, benci, rasa harga diri terluka, sedih, rasa diri bersalah dan rasa kehilangan yang tak tergantikan, semuanya merupakan bagian dari tahap tersebut. Perasaan takut ditinggalkan yang dialami oleh konsele menimbulkan emosi-emosi baru,

seperti kecewa, kesepian, rasa kasihan pada diri sendiri atau dendam yang mendalam dengan keinginan menghukum pasangannya (Anonim, 2006).

4. Tidak Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan dan Keamanan

Ada yang mengatakan bahwa kebutuhan adalah sumber penemuan (*discovey*) yang oleh sebagian teori kreativitas dikatakan bahwa dengan memiliki kebutuhan akan membuat kita selalu terdorong untuk mencari jalan keluar. Oleh Trevor Bentley dalam *Sharpen your team's creativity* (1997) pernah ditulis bahwa langkah yang bisa ditempuh agar kita bisa menjalani hidup secara kreatif adalah mendata se jelas mungkin apa saja yang kita butuhkan. Namun perlu diingat, kebutuhan, dapat berperan seperti pisau bermata dua: bisa mendongkrak kemampuan kita, namun bisa juga membuat kemampuan itu mandek, tergantung bagaimana kita *me-manage* kebutuhan, bukan bagaimana kebutuhan itu *me-manage* kita (Ubaydillah, 2004).

Suatu persetujuan adalah suatu perbuatan dimana satu orang atau lebih mengikatkan diri terhadap satu orang lain atau lebih (Departemen Kehakiman, 2003).

Misalnya, masturbasi pada remaja. Pengaruh masturbasi biasanya bersifat psikologis seperti rasa bersalah, berdosa dan rendah diri karena melakukan hal-hal yang tidak disetujui oleh agama dan nilai-nilai budaya sehingga jika sering dilakukan akan menyebabkan terganggu konsentrasi pada remaja tersebut (Anonim, 2006).

Menurut Anonim (2005), keamanan adalah keadaan bebas dari bahaya. Istilah ini bisa digunakan dengan hubungan kepada kejahatan, segala bentuk kecelakaan, dan lain-lain. Keamanan merupakan topik yang luas termasuk keamanan nasional terhadap serangan teroris, keamanan komputer terhadap hacker, keamanan rumah terhadap maling dan penyelusup lainnya, keamanan finansial terhadap kehancuran ekonomi dan banyak situasi berhubungan lainnya.



III.5. Klasifikasi Nerosa

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, edisi III, dijelaskan sebagai berikut:

Tabel III.5. Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres

Kode	Klasifikasi
F40	Gangguan Ansietas Fobik
F40.0	Agorafobia
.00	Tanpa gangguan panik
.01	Dengan gangguan panik
F40.1	Fobia sosial
F40.2	Fobia khas (terisolasi)
F40.8	Gangguan ansietas fobik lainnya
F40.9	Gangguan ansietas fobik YTT
F41	Gangguan Ansietas Lainnya
F41.0	Gangguan panik (ansietas paroksismal episodik)
F41.1	Gangguan ansietas menyeluruh
F41.2	Gangguan campuran ansietas dan depresif
F41.3	Gangguan ansietas campuran lainnya
F41.8	Gangguan ansietas lainnya YDT
F41.9	Gangguan ansietas YTT
F42	Gangguan Obsesif Kompulsif
F42.0	Predominan pikiran obsesif atau pengulangan
F42.1	Predominan tindakan kompulsif (<i>obsesional rituals</i>)
F42.2	Campuran pikiran dan tindakan obsesif



Lanjutan Tabel III.5. Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres

Kode	Klasifikasi
F42.8	Gangguan obsesif-kompulsif lainnya
F42.9	Gangguan obsesif-kompulsif YTT
F43	Reaksi terhadap stres berat dan gangguan penyesuaian
F43.0	Reaksi stres akut
F43.1	Reaksi stres pasca-trauma
F43.2	Gangguan penyesuaian
.20	Reaksi depresif singkat
.21	Reaksi depresif berkepanjangan
.22	Reaksi campuran anxietas dan depresif
.23	Dengan predominan gangguan emosi lainnya
.24	Dengan predominan gangguan tingkah laku
.25	Dengan gangguan campuran dari emosi dan tingkah laku
.28	Dengan gejala predominan lainnya YDT
F44	Gangguan disosiatif (konversi)
F44.0	Amnesia disosiatif
F44.1	Fugue disosiatif
F44.2	Stupor disosiatif
F44.3	Gangguan tras dan kesurupan
F44.4	Gangguan motorik disosiatif
F44.5	Konvulsi disosiatif
F44.6	Anestesia dan kehilangan sensorik disosiatif
F44.7	Gangguan disosiatif (konversi) campuran
F44.8	Gangguan disosiatif (konversi) lainnya
.80	Sindrom Ganser
.81	Gangguan kepribadian multipel
.82	Gangguan disosiatif (konversi) sementara terjadi pada masa kanak dan remaja
.83	Gangguan disosiatif (konversi) lainnya YDT

Lanjutan Tabel III.5. Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres

Kode	Klasifikasi
F44.9	Gangguan disosiatif (konversi) YTT
F45	Gangguan Somatoform
F45.0	Gangguan somatisasi
F45.1	Gangguan somatoform tak terinci
F45.2	Gangguan hipokondrik
F45.3	Disfungsi otonomik somatoform
.30	Jantung dan sistem kardiovaskuler
.31	Saluran pencernaan bagian atas
.32	Saluran pencernaan bagian bawah
.33	Sistem pernafasan
.34	Sistem genitourinaria
.38	Sistem atau organ lainnya
F45.4	Gangguan nyeri somatoform
F45.8	menetap
F45.9	Gangguan somatoform lainnya
F48	Gangguan somatoform YTT
F48.0	Gangguan neurotik lainnya
F48.1	Neurastenia
F48.8	Sindrom depersonalisasi-derealisasi
F48.9	Gangguan neurotik lainnya YDT
	Gangguan neurotik YTT

Sumber: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi III, 1993

Gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan terkait stres, dikelompokkan menjadi satu dengan alasan bahwa dalam sejarahnya ada hubungan dengan perkembangan konsep neurosis dan berbagai kemungkinan penyebab psikologis (*psychological caution*).

Konsep mengenai neurosis secara prinsip tidak lagi digunakan sebagai patokan dalam pengaturan penggolongan, meskipun dalam beberapa hal masih diperhitungkan untuk memudahkan bagi mereka yang terbiasa menggunakan istilah neurotik dalam mengidentifikasi berbagai gangguan tersebut (DepKes RI, 1993)

Jenis-jenis ini tidak merupakan kesatuan dalam hal etiologi, psikodinamika ataupun gejala. Batas antara jenis-jenis tidak begitu jelas. Pada tiap jenis terdapat ciri-ciri jenis lain. Kita hanya menamakan suatu jenis tertentu menurut gejala-gejala yang terkemuka atau yang paling menonjol pada penderita. Jarang terdapat suatu nerosa cemas yang murni, begitu juga dengan jenis lain. Kadang-kadang seorang pasien menunjukkan begitu banyak gejala sehingga sukar untuk memasukkannya ke dalam suatu golongan (Maramis, 1995).

Klasifikasi nerosa yang diteliti yaitu sebagai berikut.

I. Gangguan Cemas Menyeluruh.

a. Batasan:

Gangguan cemas menyeluruh adalah gangguan neurotik dengan gejala yang menonjol adalah kecemasan yang menyeluruh dan menetap yang timbul karena kesalahan penyesuaian diri secara emosional terhadap suatu stres.

b. Patogenesis:

Mekanisme pembelaan yang dipakai hanya represi, tetapi tidak efektif.

c. Gejala klinik:

A. Kecemasan yang menyeluruh dan menetap dengan manifestasi gejala sebagai berikut:

1. **Ketegangan motorik:** gemetar, tegang, nyeri otot, letih tak dapat santai, kelopak mata bergetar, kening berkerut, muka tegang, gelisah, tak dapat diam, mudah kaget.
2. **Hiperaktivitas saraf autonomik:** berkeringat, jantung berdebar atau denyutnya cepat, rasa dingin, telapak tangan lembab, mulut kering, pusing, kepala terasa ringan, kesemutan, rasa mual, rasa aliran panas dingin, sering kencing, diare, rasa tak enak di ulu hati, kerongkongan tersumbat, muka merah atau pucat, denyut nadi dan napas yang cepat waktu istirahat.
3. **Rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang ("apprehensive expectation"):** cemas, kuatir, takut, berpikir ulang ("ruminating"), membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya atau orang lain.
4. **Kewaspadaan berlebihan:** mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih, sukar konsentrasi, sukar konsentrasi, sukar tidur, merasa nyeri, iritabel dan tak sabar.

B. Suasana perasaan cemas sudah berlangsung paling sedikit satu bulan.

C. Tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lain, seperti depresi atau skizofrenia.

D. Paling sedikit berusia 18 tahun.

d. Pemeriksaan dan diagnosis:

Kriteria diagnostik: lihat gejala klinik A-D, dengan persyaratan harus ada tiga dari empat manifestasi klinik dalam kriteria A.

e. Diagnosis banding:

A. Gangguan psikiatrik yang lain:

1. Depresi beragitasi.
2. Permulaan skizofrenia.
3. Gangguan penyesuaian dengan kecemasan.

B. Penyakit fisik:

1. Penyakit jantung koroner.
2. Hipertiroidi.
3. Feokromositoma.
4. SOO/GMO (RSUD Dr. Soetomo, 1988).

2. Depresi Neurotik (Gangguan Distimik)

a. Batasan:

Gangguan distimik adalah keadaan depresi yang kronik (2 tahun pada orang dewasa, 1 tahun pada anak remaja) tanpa adanya tanda-tanda psikosis. Dahulu disebut depresi neurotik, depresi karakter, atau depresi hipokondrik.

b. Psikopatologi:

Sebagian pasien gangguan distimik menunjukkan adanya penurunan fase tidur REM (*Rapid Eye Movement*), hasil yang baik terhadap pengobatan anti depresan, dan mempunyai riwayat keluarga dengan gangguan *mood*; oleh karenanya diduga merupakan sindrom subafektif. Teori lain menduga gagalnya perkembangan ego dan kepribadian menyebabkan kesukaran adaptasi pada masa remaja dan dewasa. Teori psikoanalisis melihat adanya kekecewaan dalam hubungan antara anak dan pengasuh (*love object*) pada awal kehidupan yang menimbulkan ambivalensi dalam hubungan interpersonalnya, sehingga terjadi perpisahan (baik dalam fantasi atau kenyataan) akan merupakan pencetus gangguan distimik.

c. Gejala klinik:

1. Mood depresi yang ditandai perasaan sedih, tidak berminat terhadap aktivitas sehari-hari, berulang kali memikirkan hal-hal yang menyedihkan, banyak mengeluh, dan sangat tergantung. Mereka selalu tegang, kaku, dan sangat resisten terhadap pengobatan. Sehingga jarang membuat dokter marah dan putus asa.
2. gejala ikutan adalah nafsu makan kurang atau berlebihan, insomnia atau banyak tidur, mudah lelah, merasa tidak bertenaga,

rasa rendah diri, kurang konsentrasi, dan sukar mengambil keputusan, perasaan tidak tertolong, serta mudah putus asa.

3. sebagai akibat dari semua itu dapat terjadi kesukaran dalam kesukaran dalam fungsi sosial, pekerjaan, dan rumah tangga.

d. **Diagnosis.**

Bila terhadap hal-hal berikut perlu dipikirkan adanya gangguan distimik:

1. Menarik diri.
2. Mengeluh berbagai kesakitan.
3. Pasien menghindari terapis berbicara terus kepadanya.
4. Menangis selama wawancara.
5. Terapis merasa jemu, ingin marah kepada pasien.
6. Pasien berpindah-pindah dokter pada bulan-bulan terakhir tanpa alasan yang kuat.
7. Pasien cenderung mengalami kecelakaan.
8. Pasien bertanya apakah terapis pernah merasakan seperti apa yang dia rasakan (sedih).
9. Pasien berulang kali periksa ke beberapa dokter/UGD dalam bulan-bulan terakhir tanpa alasan yang jelas.
10. Adanya keluhan badaniah yang oleh pasien sendiri tidak dapat diterangkan dengan tepat dan pada pemeriksaan tidak ditemukan kelainan.

Kriteria diagnostik:

- A. Selama dua tahun terakhir (atau satu tahun untuk anak dan remaja) individu terganggu seluruh atau hampir seluruh waktunya oleh gejala khas sindrom depresif, tetapi tidak cukup berat untuk memenuhi kriteria episode depresif berat.
- B. Manifestasi sindrom depresif dapat secara relatif menetap atau diselingi periode afek (*mood*) normal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa minggu, tetapi tidak lebih dari beberapa bulan lamanya setiap kali.
- C. Selama periode depresif terdapat afek (*mood*) depresif (misalnya sedih, murung, kehilangan semangat, jatuh dalam keedihan, rasa rendah diri) atau kehilangan minat atau rasa senang secara nyata dalam semua atau hampir semua aktivitas yang biasa dilakukan dalam waktu senggangnya.
- D. Selama periode depresif terdapat paling sedikit tiga dari gejala-gejala di bawah ini:
1. Insomnia atau hipersomnia.
 2. Lesu atau keluhan kronik.
 3. Perasaan kurang mampu, rendah diri, atau mencela diri sendiri.
 4. Berkurangnya efektivitas atau produktivitas di sekolah, pekerjaan, atau di rumah.

e. **Diagnosis banding:**

1. **Sindrom Otak Organik**
2. **Gangguan cemas menyeluruh**
3. **Gangguan depresi berat**
4. **Gangguan somatoform**
5. **Gangguan obsesif kompulsif (RSUD Kabupaten Sidoarjo, 1998).**

3. **Gangguan Obsesif-Kompulsif**

a. **Batasan:**

Gangguan obsesif-kompulsif adalah gangguan neurotik dengan gejala obsesi atau kompulsi yang menonjol yang mengganggu fungsi atau peranan sosial penderita.

b. **Patogenesis:**

Mekanisme pembelaan yang dipakai adalah represi, isolasi, pelepasan ("*undoing*") dan penyusunan reaksi ("*reaction formation*").

c. **Gejala klinik:**

A. **Terdapat obsesi atau kompulsi:**

Obsesi:

Gagasan (ide) pikiran, bayangan atau impuls yang berulang, persisten dan bersifat ego-distonik, yaitu tidak dihayati berdasarkan kemauan sendiri, tetapi sebagai pikiran yang mendesak ke dalam kesadaran dan dihayati sebagai hal yang tak

masuk akal atau tak disukai. Ada usaha-usaha untuk tidak menghiraukan atau untuk menekannya.

Kompulsi:

Tingkah laku berulang yang tampaknya mempunyai tujuan, yang ditampilkan menurut aturan tertentu atau dengan cara stereotipik. Perilaku ini tidak merupakan tujuan akhir, tetapi dimaksudkan untuk menghasilkan atau sebaliknya mencegah suatu peristiwa atau situasi masa mendatang. Namun demikian, aktivitas ini tidak mempunyai relevansi yang realistik dengan hal yang akan dicegah atau dihasilkan, atau jelas-jelas berlebihan. Perbuatan itu dilakukan dengan rasa kompulsi subyektif dan disertai oleh keinginan untuk melawan kompulsi itu (setidaknya pada tahap permulaan). Individu itu mengenal bahwa perbuatannya itu tidak masuk akal (pada anak-anak mungkin tidak demikian halnya) dan tidak memperoleh kesenangan atau kepuasan ketika melakukan aktivitas itu, walaupun hal itu meredakan ketegangan.

- B. Obsesi atau kompulsi itu merupakan suatu sumber penderitaan bagi individu, atau mengganggu fungsi atau peran sosialnya.
- C. Tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lain, seperti gangguan mental organik, gangguan Tourette, skizofrenia, depresi berat.

d. Pemeriksaan dan diagnosis:

1. Cara pemeriksaan: anamnesis, pemeriksaan psikiatri, dan pemeriksaan fisik.
2. Kriteria dignostik: memenuhi kriteria A,B dan C (lihat gejala klinik)

e. Diagnosis banding:

1. Gangguan fobik.
2. Skizofrenia.
3. Gangguan Tourette.
4. Gangguan mental organik (RSUD Dr. Soetomo,1988).

4. Gangguan Psikosomatis

a. Batasan:

Gangguan psikosomatik ialah gangguan karena faktor psikologik, tetapi gejala-gejala di bidang kejiwaan minimal atau tidak jelas dan gejala yang menonjol berupa gangguan fungsi atau kerusakan jaringan alat-alat tubuh yang disarafi oleh susunan saraf autonom.

b. Patogenesis:

Stess menahun pada individu tertentu dikonversikan ke susunan saraf vegetatif yang mempengaruhi lokis minoris resistensi fisik yang bersangkutan sehingga menyebabkan gangguan fungsi dan/atau kerusakan jaringan.

c. Gejala klinik:

Gangguan psikosomatik dibagi menjadi 2 kelompok:

1. Faktor psikologik yang mempengaruhi malfungsi fisiologik.
2. Faktor psikologik yang menyebabkan kerusakan anatomik atau histologik.

Perbedaan antara kedua kategori ini adalah berdasarkan terdapat atau tidaknya kerusakan jaringan. Selama belum didapatkan kerusakan jaringan, harus dimasukkan ke dalam kategori malfungsi fisiologik.

d. Pemeriksaan dan diagnosis:

Pemeriksaan:

1. Anamnesis: untuk mencari gejala somatik, latar belakang psikologik dan hubungannya dengan timbulnya gejala somatik tersebut di atas.
2. Pemeriksaan psikiatrik dan evaluasi psikologik.
3. Pemeriksaan fisik: mencari sistem organ mana yang terkena.

Kriteria diagnostik:

Faktor psikologik yang menyebabkan malfungsi fisiologik:

- A. Terdapat faktor psikologik (stimulus lingkungan yang secara psikologik bermakna) dan ada kaitan waktu dengan timbulnya atau kambuhnya malfungsi fisiologik.
- B. Keadaan ini semata-mata merupakan suatu proses patofisiologik (malfungsi fisiologik) dan tidak ada proses patoorganik.

C. Keadaan bukan gangguan jiwa spesifik lain.

Faktor psikologik yang mempengaruhi kondisi fisik (menyebabkan kerusakan anatomik atau histologik):

A. Terdapat faktor psikologik (stimulus lingkungan yang secara psikologik bermakna) dan ada kaitan waktu dengan timbulnya atau kambuhnya kondisi (penyakit) fisik.

B. Kondisi (penyakit) fisik itu sudah mengalami perubahan struktur atau kerusakan jaringan.

C. Kondisi itu tidak memenuhi kriteria gangguan somatoform.

e. Diagnosis banding:

Tergantung sistem organ yang mana yang mengalami gangguan (RSUD Dr. Soetomo, 1988).

III.6. Validitas dan Reliabilitas.

1. Validitas.

Rumus korelasi yang dapat digunakan adalah yang dikemukakan oleh Pearson yang dikenal dengan rumus korelasi *product moment* sebagai berikut:

Rumus I: dengan nilai simpangan

$$r_{xy} = \frac{\sum XY}{\sqrt{(\sum X^2)(\sum Y^2)}}$$

dengan pengertian

$$x = X - \bar{X}$$

$$y = Y - \bar{Y}$$

\bar{X} = skor rata-rata dari X

\bar{Y} = skor rata-rata dari Y

Rumus 2: dengan angka kasar.

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

2. Mencari reliabilitas dengan rumus *Spearman-Brown*.

Dalam menghitung reliabilitas dengan teknik ini peneliti harus melalui langkah yaitu membuat tabel analisis butir soal atau butir pertanyaan. Dari analisis ini skor-skor dikelompokkan menjadi dua berdasarkan balahan bagian soal. Ada dua cara membelah yaitu belah ganjil-genap dan belah awal-akhir. Oleh karena inilah maka teknik *Spearman-Brown* dalam mencari reliabilitas ini juga disebut teknik belah dua.

Dengan teknik belah dua ganjil-genap peneliti mengelompokkan skor butir bernomor ganjil sebagai belahan pertama dan kelompok skor butir bernomor genap sebagai belahan kedua. Langkah selanjutnya adalah mengkorelasikan skor belahan pertama dengan skor belahan kedua, dan akan diperoleh harga r_{xy} . Oleh karena indeks korelasi yang diperoleh baru menunjukkan hubungan

antara dua belahan instrument, maka untuk memperoleh indeks reliabilitas soal masih harus menggunakan rumus *Spearman-Brown*, yaitu:

$$r_{11} = \frac{2 \times r_{1/2|2}}{(1 + r_{1/2|2})}$$

Dengan keterangan:

r_{11} = reliabilitas instrument.

$r_{1/2|2} = r_{xy}$ yang disebutkan sebagai indeks korelasi antara dua belahan instrument (Arikunto, 2002).

III.7. Teknik Diskriminasi Skala.

Teknik diskriminasi-skala yang dikembangkan oleh Edwards dan Kilpatrick di tahun 1948 merupakan salah satu contoh pengembangan skala sikap yang dalam prosedur penskalaannya menggunakan kombinasi kedua pendekatan terdahulu, yaitu pendekatan stimulus dan pendekatan respons.

Menurut mereka, suatu kombinasi cara penskalaan dan cara analisis aitem memungkinkan kita memilih suatu kumpulan pernyataan terbaik yang jumlahnya tidak perlu banyak akan tetapi masih memenuhi persyaratan skala Guttman, yaitu persyaratan unidimensional.

1. Prosedur Respon Rating yang dijumlahkan.

Respon mereka dapat dinyatakan dalam enam kategori jawaban, atau lima, atau bahkan empat saja. Kita contohkan dengan enam kategori, yaitu

“Sangat Setuju” (SS), “Setuju” (S), “Agak Setuju” (AS), “Agak Tidak Setuju” (ATS), “Tidak Setuju” (TS), dan “Sangat Tidak Setuju” (STS).

Dengan menggunakan enam kategori respons maka skor terhadap respons yang diberikan responden pada kategori SS sampai dengan STS adalah 5 sampai dengan 0 apabila pernyataan itu *favorable*, sebaliknya skor tersebut adalah 0 sampai dengan 5 apabila pernyataannya bersifat *tak-favorable*.

2. Dikotomisasi Kategori Respons.

Dikotomisasi kategori respons artinya menjadikan kategori respons terdiri hanya atas dua macam saja. Hal ini dilakukan hanya untuk pengujian daya diskriminasi pernyataan sedangkan untuk pemberian skor pernyataan bagi responden tetap menggunakan kategori respon yang semula telah ditetapkan.

Aturan yang dipakai dalam menentukan kategori mana saja yang dapat digabungkan bagi setiap pernyataan adalah pemisahan kategori respons dengan membuat garis horizontal diantara dua kategori tertentu sedemikian rupa sehingga banyaknya responden kelompok B (bawah) yang berada di atas garis ditambah dengan banyaknya responden kelompok A (Atas) yang berada di bawah garis adalah minimal.

3. Pemberian Skor Individual.

Kelompok responden yang sikapnya hendak diungkap diminta menjawab atau memberikan respons terhadap pernyataan-pernyataan dalam skala sikap dengan menggunakan enam kategori respons seperti semula. Kemudian, skor responden pada setiap pernyataan akan ditentukan oleh nilai kategori yang

telah ditetapkan melalui prosedur dikotomisasi sebelumnya. Jadi, bagi setiap pernyataan, walaupun responden memberikan respons menurut salah satu dari enam kategori akan tetapi skornya hanya terdiri atas dua macam yaitu 0 atau 1.

Skor total bagi setiap individu adalah penjumlahan skor seluruh pernyataan. Dengan demikian, pada suatu skala yang terdiri atas 20 pernyataan, skor minimal responden adalah 0 dan skor maksimalnya adalah 20.

4. Interpretasi Skor.

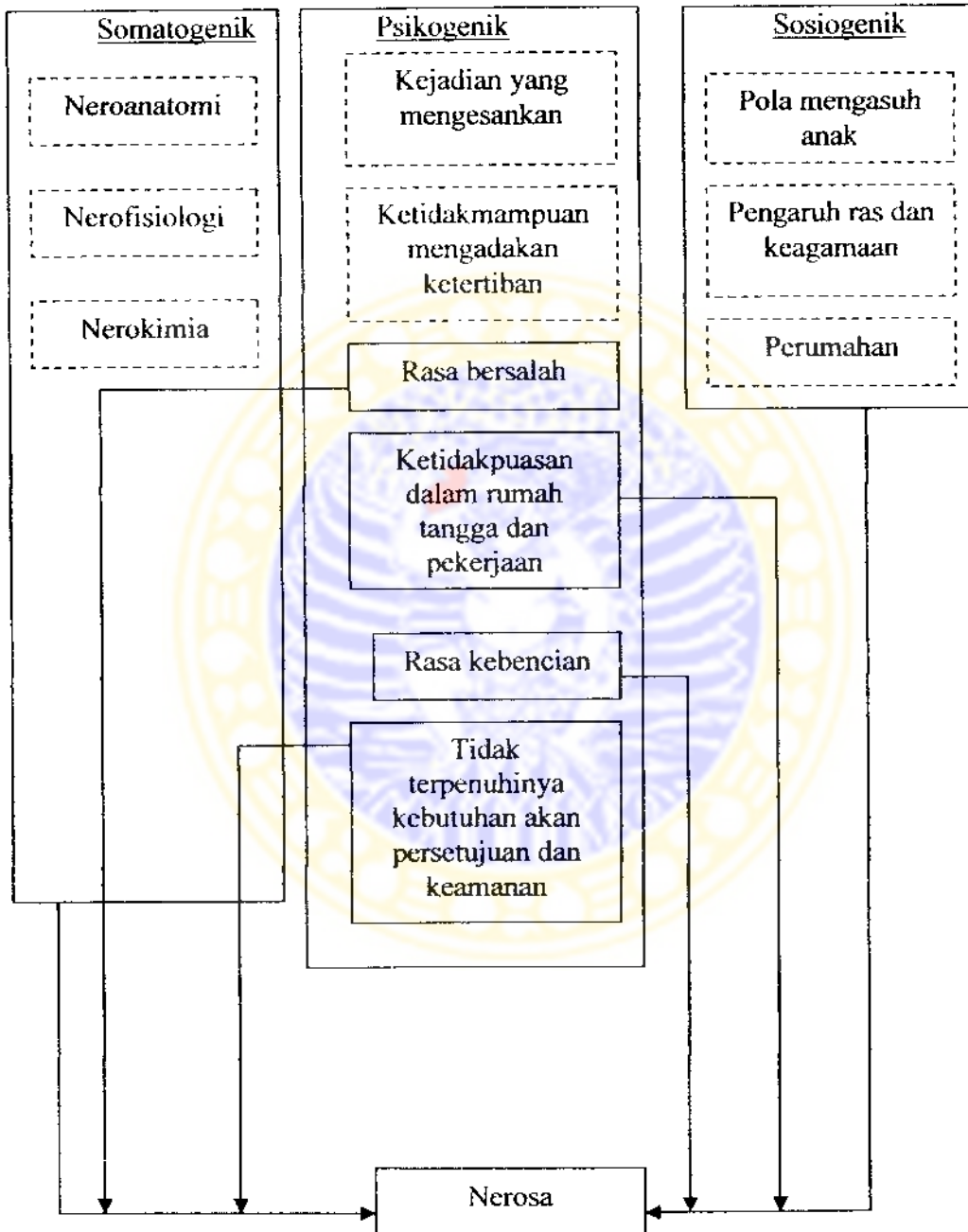
Dikarenakan untuk mendapat skor 1 pada setiap pernyataan seorang responden harus menjawab dengan salah satu kategori jawaban yang berada di atas garis dikotomisasi, maka skor 1 dapat ditafsirkan sebagai indikasi adanya sikap *favorable*, sedangkan skor 0 merupakan indikasi sikap *unfavorable*.

Dengan pernyataan sikap sejumlah k buah maka skor individual yang sama dengan atau lebih besar daripada setengah k dapat diartikan adanya sikap yang *favorable*, dikarenakan untuk memperoleh skor sebesar itu seorang responden harus memberikan jawaban *favorable* pada setengah atau lebih jumlah pernyataan. Bila terdapat 20 pernyataan, maka skor yang sama dengan atau lebih besar daripada 10 adalah indikasi sikap yang *favorable* (Azwar, 1995).

BAB IV

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

IV.1. Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan :

_____ : yang diteliti

----- : yang tidak diteliti

—————→ : yang mempengaruhi

Faktor-faktor yang berisiko terhadap terjadinya nerosa antara lain: somatogenik, psikogenik, dan sosiogenik. Faktor somatogenik yang berisiko terhadap terjadinya nerosa, yaitu: neroanatomi, nerofisiologi, dan nerokimia. Faktor psikogenik yang berisiko terhadap terjadinya nerosa, yaitu: kejadian yang mengesankan, ketidakmampuan mengadakan ketertiban, rasa bersalah, kepuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan, rasa kebencian, dan terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan. Faktor sosiogenik yang berisiko terhadap terjadinya nerosa, yaitu: pola mengasuh anak, pengaruh ras dan keagamaan, dan perumahan. Studi ini bertujuan untuk menganalisa faktor psikogenik yang berisiko terhadap kejadian nerosa.

BAB V

METODE PENELITIAN

V.1. Rancang Bangun Penelitian

Penelitian ini bersifat observasional analitik, yaitu untuk menganalisa hubungan antara faktor psiklogik dengan timbulnya nerosa. Sedangkan desain studi yang dilakukan adalah dengan pendekatan “*case control*” dimana efek (penyakit atau status kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor resiko diidentifikasi adanya atau terjadinya pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 1993), sedangkan pendekatan yang dilakukan adalah dengan pendekatan kualitatif.

V.2. Populasi Penelitian

Sebagai kelompok kasus yaitu penderita Nerosa yang datang berobat di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo pada bulan Mei 2006, sebagai kelompok kontrol yaitu mahasiswa Akper Sutopo yang praktek di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo pada bulan Mei 2006 yang bukan penderita nerosa. Kriteria inklusi yaitu umur responden di atas 18 tahun.

V.3. Sampel, Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel

V.3.1. Sampel

Sampel kelompok kasus diambil dari seluruh penderita Nerosa yang datang berobat di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo dari bulan Mei 2006. Sampel kelompok kontrol diambil dari seluruh mahasiswa Akper Sutopo yang praktek di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo pada bulan Mei 2006 yang bukan penderita nerosa.

V.3.2. Besar Sampel

Adapun besar sampel kasus dari penelitian ini berdasarkan total populasi yaitu berjumlah 13 orang. Berdasarkan perbandingan 1 : 1, maka besar sampel kontrol berjumlah 13 orang.

V.3.3. Pengambilan Sampel

Sampel diambil dari populasi yang datang di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.

V.4. Waktu dan Tempat Penelitian.

V.4.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan September 2005 – Juli 2006. Pengambilan data dilakukan pada bulan Mei 2006.

V.4.2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.

V.5. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran.

V.5.1. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Tabel V.5.1. Variabel Terikat

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Hasil Pengukuran	Skala
1	Kejadian Nerosa	Suatu keadaan dimana pasien menunjukkan gejala nerosa berdasarkan metode observasi, wawancara dan klinis.	Dengan menggunakan data sekunder. Dikategorikan dalam kriteria: 1=Ya, bila berdasarkan metode kejiwaan, ada gejala nerosa. 2=Tidak, bila berdasarkan metode kejiwaan, tidak ada gejala nerosa.	Nominal

V.5.2. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Tabel V.5.2. Variabel bebas

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Hasil Pengukuran	Skala
1	Umur	Lamanya responden hidup dihitung berdasarkan tahun kelahirannya	Dengan wawancara dan kuesioner. Dikategorikan dalam kriteria: 1 = usia \leq 21 tahun 2 = usia $>$ 21 tahun (Sujanto, 1986)	Nominal

Lanjutan Tabel V.5.2. Variabel bebas

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Hasil Pengukuran	Skala
2	Jenis Kelamin	Pembagian berdasarkan jenis alat reproduksi.	Dengan wawancara dan kuesioner. Dikategorikan dalam kriteria: 1 = Laki-laki 2 = Perempuan	Nominal
3	Tingkat Pendidikan	Sekolah formal yang ditempuh responden.	Dengan wawancara dan kuesioner. Dikategorikan dalam kriteria: 1 = PT 2 = SMA 3 = SMP 4 = SD/Tidak Sekolah	Ordinal
4	Rasa Bersalah	Perasaan seseorang yang merasa bertanggung jawab atas suatu kegagalan.	Dengan wawancara dan kuesioner. Dikategorikan dalam kriteria: 1 = Tinggi = Bila skor individual $\geq 1/2 k$ 2 = Rendah = Bila skor individual $< 1/2 k$	Nominal

Lanjutan Tabel V.5.2. Variabel bebas

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Hasil Pengukuran	Skala
5	Kepuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan	Perasaan seseorang yang merasa ada keadilan dalam rumah tangga dan pekerjaannya.	Dengan wawancara dan kuesioner. Dikategorikan dalam kriteria: 1 = Tidak puas = Bila skor individual $\geq 1/2 k$ 2 = Puas = Bila skor individual $< 1/2 k$	Nominal
6	Rasa Kebencian	Perasaan seseorang yang tidak menginginkan keberadaan orang lain dalam hidupnya, bahkan menimbulkan rasa dendam.	Dengan wawancara dan kuesioner. Dikategorikan dalam kriteria: 1 = Tinggi = Bila skor individual $\geq 1/2 k$ 2 = Rendah = Bila skor individual $< 1/2 k$	Nominal
7	Terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan	Perasaan seseorang yang merasa tidak pernah didukung kegiatannya oleh orang lain.	Dengan wawancara dan kuesioner. Dikategorikan dalam kriteria: 1 = Tinggi = Bila skor individual $\geq 1/2 k$ 2 = Rendah = Bila skor individual $< 1/2 k$	Nominal

V.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Data primer diperoleh dari hasil wawancara dengan responden berpedoman pada kuesioner yang telah disiapkan (jika responden mampu, responden mengisi sendiri), meliputi: karakteristik individu penderita yaitu umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan serta faktor-faktor psikogenik dalam kejadian nerosa. Selain itu, data primer juga diperoleh dari *Indept Interview*.

Data sekunder merupakan data register pasien di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah kuesioner dengan wawancara langsung. Kuesioner dalam bentuk *close ended questionnaire* yang disusun dengan mempertimbangkan kebutuhan data. Khusus faktor-faktor psikogenik dalam kejadian nerosa menggunakan pernyataan untuk pengukuran atribut non-kognitif (kepribadian). Pada skala model Likert perangsangnya adalah pernyataan. Respons yang diharapkan diberikan oleh subjek adalah kesetujuan atau ketidaksetujuan dalam variasi: Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Tentu (TT), Tidak Setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS). (Suryabrata, 2002).

V.7. Teknik Analisis Data

Manajemen data:

- a. Editing adalah meneliti kembali kelengkapan kuesioner, dengan tujuan mengoreksi data, sehingga jika ada kesalahan atau kekurangan dapat segera diperbaiki.
- b. Koding adalah mengklasifikasikan jawaban menurut macamnya dengan cara memberi kode tertentu pada data untuk memudahkan pengolahannya.
- c. Tabulasi, yaitu : untuk menyajikan data ke dalam suatu tabel tertentu menurut sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.
- d. *Entrée*, yaitu : memasukkan data yang telah dilakukan koding
- e. Menganalisis secara analitik dengan menghitung *Odds Ratio*.

BAB VI**HASIL PENELITIAN****VI.1. Kejadian Nerosa**

Kejadian nerosa dibanding dengan kejadian gangguan jiwa lain di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo dapat di lihat pada tabel VI.1.

Tabel VI.1. Jenis Gangguan Jiwa di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

No	Jenis Gangguan Jiwa	n	%
1.	Skizofrenia	39	54,93
2.	Demensia	3	4,23
3.	Retardasi mental	5	7,04
4.	SOO (Sindrom Otak Organik)	4	5,63
5.	Psikotik	7	9,86
6.	Nerosa	13	18,31
Total		71	100

Sumber: Buku Register Pasien Poli Psikiatri RSD Sidoarjo Mei 2006

Berdasarkan tabel VI.1 di atas, jenis gangguan jiwa tertinggi yaitu Skizofrenia sebanyak 39 (54,93%), dan terendah yaitu Demensia sebanyak 3 responden (4,23%). Sedangkan nerosa menempati urutan ke-2 setelah skizofrenia yaitu sebanyak 13 responden (18,31%).

Distribusi jenis nerosa yang ada di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo dapat di lihat pada tabel VI.2.

Tabel VI.2. Jenis Nerosa di Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

No	Jenis Nerosa	n	%
1.	Gangguan cemas	7	53,85
2.	Depresi	4	30,77
3.	Psikosomatis	1	7,69
4.	Obsesif Kompulsif	1	7,69
Total		13	100

Sumber: Buku Register Pasien Poli Psikiatri RSD Sidoarjo Mei 2006

Berdasarkan tabel VI.2 di atas, jenis gangguan jiwa tertinggi yaitu Gangguan cemas sebanyak 7 responden (53,85%), dan terendah yaitu Psikosomatis dan Obsesif Kompulsif masing-masing sebanyak 1 responden (7,69%).

VI.2. Karakteristik Responden

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel IV.3.

Tabel VI.3 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

Jenis Kelamin	Nerosa		Tidak Nerosa	
	n	%	n	%
Laki-laki	7	53,85	4	30,77
Perempuan	6	46,15	9	69,23
Total	13	100	13	100

Sebagian besar responden yang nerosa mempunyai jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 7 orang (53,85%), dan sebagian besar responden yang tidak nerosa mempunyai jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 9 orang (69,23%).

Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel IV.6.

Tabel VI.4. Distribusi Responden berdasarkan Umur di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

Umur	Nerosa		Tidak Nerosa	
	n	%	n	%
≤21 tahun	0	0	10	76,92
> 21 tahun	13	100	3	23,08
Total	13	100	13	100

Sebagian besar responden yang nerosa berada pada kelompok umur > 21 tahun yaitu sebanyak 13 orang (100%), dan sebagian besar responden yang tidak nerosa berada pada kelompok umur ≤21 tahun yaitu sebanyak 10 orang (76,92%).

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel IV.5.

Tabel VI.5. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

Tingkat Pendidikan	Nerosa		Tidak Nerosa	
	n	%	n	%
PT	2	15,39	13	100
SMA	6	46,15	0	0
SMP	4	30,77	0	0
SD / Tidak Sekolah	1	7,69	0	0
Total	13	100	13	100

Sebagian besar responden yang nerosa mempunyai tingkat pendidikan SMA yaitu sebanyak 6 orang (46,15%), dan sebagian besar responden yang tidak nerosa mempunyai tingkat pendidikan PT yaitu sebanyak 13 orang (100%).

VI.3. Risiko Kejadian Nerosa menurut Rasa Bersalah

Sebagian besar responden yang memiliki tingkat rasa bersalah tinggi yang menderita nerosa yaitu sebanyak 12 orang (92,31%), sedangkan responden yang tidak menderita nerosa sebagian besar memiliki tingkat rasa bersalah rendah yaitu sebanyak 10 orang (76,92%). Untuk lebih jelasnya distribusi tingkat rasa bersalah responden yang menderita nerosa dan yang tidak menderita nerosa dapat dilihat pada tabel VI.6.

Tabel VI.6. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

Rasa Bersalah	Nerosa		Tidak Nerosa	
	n	%	n	%
Tinggi	12	92,31	3	23,08
Rendah	1	7,69	10	76,92
Total	13	100	13	100

Berdasarkan hasil uji dengan menggunakan *Odds Ratio* didapatkan *value* = 40, yang berarti besarnya risiko timbulnya nerosa pada responden dengan tingkat rasa bersalah yang tinggi sebesar 40 kali dibandingkan responden dengan tingkat rasa bersalah yang rendah.

Rasa bersalah yang timbul disebabkan karena adanya kejadian yang tidak menyenangkan, yang dapat menimbulkan kecemasan pada responden. Kejadian tersebut berkaitan dengan masalah percintaan, masalah keluarga, dan masalah pekerjaan.

Masalah percintaan dapat menimbulkan rasa bersalah. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan responden I. Menurutnya, ada kejadian tidak

menyenangkan yang merupakan kesalahannya. Kejadian itu yaitu kisah percintaan yang gagal.

Masalah keluarga dapat menimbulkan rasa bersalah. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan responden VII. Responden VII memiliki tingkat rasa bersalah yang tinggi, sesuai dengan pernyataannya bahwa ada kejadian tidak menyenangkan yang merupakan kesalahannya. Keluarganya pernah memiliki pabrik ilegal (tanpa izin pemerintah), tapi sekarang pabriknya sudah ada izinnya. Selain responden VII, responden XI juga mengalami masalah yang hampir sama. Responden IX memiliki tingkat rasa bersalah yang tinggi. Hal itu terbukti pada pernyataan bahwa ada kejadian tidak menyenangkan yang merupakan kesalahannya. Putra ke-2 nya sudah hampir setahun lulus kuliah tapi sampai sekarang belum dapat pekerjaan. Begitu juga dengan responden XIII. . Anak dan istrinya telah meninggal. Baru-baru ini ia ingin menikah tetapi pernikahannya gagal. Karena ia tidak mampu memenuhi syarat mas kawin pihak calon istri. Selain responden VII, IX, dan XIII, responden XIX juga mengalami masalah keluarga. Suami sering marah-marah. Anaknya pernah lari dari rumah. Begitu juga dengan responden XXI. Suaminya tidak kerja, sudah diPHK. Anak pertama sering minta apapun dengan memaksa. Anak terakhirnya sering kejang tapi tidak masuk ASKES. Ia merasa tidak mampu mengantar anaknya berobat tanpa ASKES.

Masalah pekerjaan dapat menimbulkan rasa bersalah. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan responden XI. Ia pernah melakukan pekerjaan yang bukan

tugasnya. Ia takut pada atasannya. Selain responden XI, responden XVII juga mengalami masalah yang hampir sama. Surat Keputusan (SK)nya hilang dan ijazahnya tidak sama. Temannya mengatakan bahwa, jika pensiun akan menyulitkan responden. Begitu juga dengan responden XXIII, yang pernah mengalami kejadian, ada orang kredit 20 juta, tapi tidak dibayar.

A. Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Kepuasan dalam Rumah Tangga dan Pekerjaan/sekolah.

Untuk mengetahui distribusi responden berdasarkan status nerosa menurut tingkat rasa bersalah dan kepuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan/sekolah dapat dilihat pada tabel VI.7.

Tabel VI.7. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Kepuasan dalam Rumah tangga dan pekerjaan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

Rasa Ber salah	Kepuasan dalam Rumah tangga dan Pekerjaan/sekolah	Nerosa		Tidak Nerosa	
		n	%	n	%
Tinggi	Tidak Puas	12	100	2	66,67
	Puas	0	0	1	33,33
Total		12	100	3	100
Rendah	Tidak Puas	0	0	0	0
	Puas	1	100	10	100
Total		1	100	10	100

Sebagian responden nerosa memiliki tingkat rasa bersalah yang tinggi tetapi ada responden dengan tingkat rasa bersalah tinggi yang tidak nerosa. Sebagian besar responden dengan tingkat rasa bersalah tinggi yang tidak nerosa memiliki ketidakpuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan/sekolah yaitu

sebanyak 2 responden (66,67%), sedangkan responden dengan tingkat rasa bersalah rendah yang nerosa memiliki ketidakpuasan dalam rumah tangga dan pekerjaan/sekolah sebanyak 0 responden (0%).

B. Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Tingkat Rasa Kebencian.

Untuk mengetahui distribusi responden berdasarkan status nerosa menurut tingkat rasa bersalah dan tingkat rasa kebencian dapat dilihat pada tabel VI.8.

Tabel VI.8. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Tingkat Rasa Kebencian di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

Rasa Ber salah	Rasa Kebencian	Nerosa		Tidak Nerosa	
		n	%	n	%
Tinggi	Tinggi	8	66,67	1	33,33
	Rendah	4	33,33	2	66,67
Total		12	100	3	100
Rendah	Tinggi	1	100	3	30,00
	Rendah	0	0	7	70,00
Total		1	100	10	100

Sebagian responden nerosa memiliki tingkat rasa bersalah yang tinggi tetapi ada responden dengan tingkat rasa bersalah tinggi yang tidak nerosa. Responden dengan tingkat rasa bersalah tinggi yang tidak nerosa memiliki tingkat rasa kebencian yang tinggi sebanyak 1 responden (33,33%), sedangkan sebagian besar responden dengan tingkat rasa bersalah rendah yang nerosa memiliki tingkat rasa kebencian yang tinggi yaitu sebanyak 1 responden (100%).

C. Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Tingkat Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan dan Keamanan.

Untuk mengetahui distribusi responden berdasarkan status nerosa menurut tingkat rasa bersalah dan tingkat terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan dapat dilihat pada tabel VI.9.

Tabel VI.9. Distribusi Responden berdasarkan Status Nerosa menurut Tingkat Rasa Bersalah dan Tingkat Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan dan Keamanan di Unit Rawat Jalan Poli Psikiatri dan Psikologi RSD Sidoarjo Bulan Mei 2006.

Rasa Ber salah	Terpenuhinya Kebutuhan akan Persetujuan dan Keamanan	Nerosa		Tidak Nerosa	
		n	%	n	%
Tinggi	Rendah	11	91,67	2	66,67
	Tinggi	1	8,33	1	33,33
	Total	12	100	3	100
Rendah	Rendah	1	100	2	20,00
	Tinggi	0	0	8	80,00
	Total	1	100	110	100

Sebagian responden nerosa memiliki tingkat rasa bersalah yang tinggi tetapi ada responden dengan tingkat rasa bersalah tinggi yang tidak nerosa. Sebagian besar responden dengan tingkat rasa bersalah tinggi yang tidak nerosa memiliki tingkat terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan yang rendah yaitu sebanyak 2 responden (66,67%), sedangkan sebagian besar responden dengan tingkat rasa bersalah rendah yang nerosa memiliki tingkat terpenuhinya kebutuhan akan persetujuan dan keamanan yang rendah yaitu sebanyak 1 responden (100%).







