

PENGANTAR PSIKOLOGI KEBIDANAN



Penulis :

Hamdiyah, Royani Chairiyah, Astuti Suardi, Husnul Khotimah Rustam,
Wulan Wijaya, Rachmi Nurul Hidayat Hafid, Reni Nofita, Cahyaning
Setyo Hutomo, Diaz Capriani Randa Kusuma, Yuditia Prameswari,
Niken Bayu Argaheni

PENGANTAR PSIKOLOGI KEBIDANAN

**Hamdiyah
Royani Chairiyah
Astuti Suardi
Husnul Khotimah Rustam
Wulan Wijaya
Rachmi Nurul Hidayat Hafid
Reni Nofita
Cahyaning Setyo Hutomo
Diaz Capriani Randa Kusuma
Yuditia Prameswari
Niken Bayu Argaheni**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PENGANTAR PSIKOLOGI KEBIDANAN

Penulis :

Hamdiyah
Royani Chairiyah
Astuti Suardi
Husnul Khotimah Rustam
Wulan Wijaya
Rachmi Nurul Hidayat Hafid
Reni Nofita
Cahyaning Setyo Hutomo
Diaz Capriani Randa Kusuma
Yuditia Prameswari
Niken Bayu Argaheni

ISBN : 978-623-8051-60-1

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Ilda Melisa, Amd.Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, November 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Buku Hasil Kolaborasi bertema “Pengantar Psikologi Kebidanan” dengan tepat waktu.

Buku kolaborasi ini disusun atas kerjasama antar sesama penulis yang berasal dari berbagai latar belakang profesi dan lintas daerah di seluruh Indonesia. Selain itu, buku kolaborasi dapat menjadi wadah untuk menyatukan berbagai gagasan dan pemikiran dari seorang pakar atau ahli dari seluruh Indonesia dan menjadikan media silaturahmi akademik.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada teman-teman penulis dan penerbit. Ucapan terima kasih juga disampaikan pada keluarga yang telah mendukung dan semua pihak yang terlibat dalam membantu menyelesaikan buku ini.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP PSIKOLOGI.....	1
1.1 Pengertian Psikologi.....	1
1.2 Sejarah psikologi.....	1
1.3 Teori psikologi menurut aliran	2
1.4 Jenis Ilmu Psikologi.....	4
1.5 Pendekatan dalam psikologi	7
BAB 2 FAKTOR-FAKTOR PENENTU PERILAKU SEHAT DAN BERSIH.....	9
2.1 Pendahuluan.....	9
2.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Sehat dan Bersih	10
2.2.1 Teori Perilaku Lawrence Green	11
2.2.2 Teori Notoatmodjo.....	11
2.2.3 Sikap	15
2.2.4 Perilaku	16
BAB 3 TAHAP PROSES ADAPTASI.....	19
3.1 Pendahuluan.....	19
3.2 Tahap-Tahap proses Adaptasi	19
3.2.1 Adaptif	20
3.2.2 Maladaptif.....	24
BAB 4 ADAPTASI PSIKOLOGI PADA ANAK	30
4.1 Pembentukan Janin.....	30
4.1.1 Konsepsi dan prokreasi yang dibantu secara medis: anak-anak lahir.....	30
4.1.2 Masalah skrining genetik.....	31
4.1.3 Fungsi sensorik dan psikologis janin.....	32
4.1.4 Stres dan psikopatologi ibu	33
4.2 Konsekuensi dari ADHD.....	34
4.2.1 Keterampilan sosial	34
4.2.2 Agresi	35
4.2.3 Kegemukan	35
4.3 Autisme.....	36

4.3.1 Tanda peringatan	36
4.4 Pengaruh teman sebaya	36
4.5 Perinatal Perawatan	38
4.5.1 Rendah kelahiran bobot.....	38
4.5.2 Prematuritas.....	39
4.5.3 Jangka panjang menindaklanjuti dari prematurn bayi.....	39
4.5.4 Otak perubahan pada ibu	40
4.5.5 Pascapersalinan depresi atau itu "bayi biru"	40
4.6 Itu bayi panggung (0–2 bertahun-tahun).....	41
4.6.1 Pendahuluan.....	41
4.6.2 Itu masalah dari menyusui.....	41
4.6.3 Rasa.....	42
4.6.4 Pikiran sebelum bahasa	43
4.6.5 Persepsi.....	43
4.7 Itu persepsi dan ekspresi dari emosi	44
4.8 Itu persepsi dari itu sosial dunia dan sosial pengertian	44
4.9 Anak-anak dengan tinggi potensi ("bakat")	45
4.10 Moral perkembangan.....	48
4.11 Peek Boo	51
BAB 5 PERKEMBANGAN PSIKOLOGI PADA ANAK.....	54
5.1 Pendahuluan.....	54
5.2 Perkembangan Bahasa	54
5.2.1 Memahami Fonologi dan Morfologi Pada Anak.....	54
5.2.2 Perubahan Semantik	55
5.3 Perkembangan Sosioemosional	55
5.3.1 Initiative Versus Guilt	55
5.3.2 Industry Versus Inferiority	57
5.4 Perkembangan Emosional	57
BAB 6 WANITA DEWASA	61
6.1 Pendahuluan.....	61
6.2 Dewasa Awal	61
6.2.1 Psikologi Dewasa Awal.....	62
6.2.2 Psikososial Dewasa Awal	62
6.3 Dewasa Pertengahan.....	63
6.3.1 Psikologi Dewasa Pertengahan.....	64

6.3.2 Psikososial Dewasa Pertengahan.....	64
6.4 Dewasa Akhir	65
6.4.1 Psikologi Dewasa Akhir	65
6.4.2 Psikososial Dewasa Akhir	67
BAB 7 PERUBAHAN PSIKOLOGIS DALAM	
PERSALINAN	70
7.1 Pendahuluan.....	70
7.2 Perubahan Psikologi Kala I	71
7.2.1 Kala I Fase Laten	71
7.2.2 Kala I Fase Aktif.....	71
7.2.3 Pemenuhan Kebutuhan Psikologi selama Kala I Persalinan.....	72
7.3 Perubahan Psikologi Kala II.....	73
7.4 Perubahan Psikologi Kala III	75
7.5 Perubahan Psikologi Kala IV	75
BAB 8 ADAPTASI PSIKOLOGI MASA NIFAS.....	79
8.1 Pendahuluan.....	79
8.2 Adaptasi Psikologi Masa Nifas	79
8.3 Gangguan Psikologis pada Masa Nifas.....	82
BAB 9 WANITA SEBAGAI IBU	87
9.1 Pendahuluan.....	87
9.2 Fungsi Keibuan	87
9.3 Sifat Keibuan.....	88
9.4 Relasi Ibu Dan Anak.....	89
9.5 Ibu Tiri Dan Ibu Angkat.....	92
BAB 10 WANITA SEBAGAI LANSIA	99
10.1 Pendahuluan	99
10.2 Mengenal Lanjut Usia (Lansia)	100
10.3 Proses Penuaan (Aging)	101
10.4 Lansia dan Covid-19.....	102
10.5 Dukungan Psikologi Awal yang bisa dilakukan untuk Lansia	102
BAB 11 GANGGUAN PSIKOLOGI PADA MASA	
REPRODUKSI	107
11.1 Pendahuluan	107
11.2 Gangguan Kesehatan Mental Secara Umum	107
11.3 Gangguan disforik pramenstruasi	112
11.4 Gangguan Mood saat Nifas	113

11.5 Depresi Perinatal.....	114
11.6 Gangguan psikologi saat perimenopause	115
11.7 Gangguan Psikologi Infertilitas.....	116

BIODATA PENULIS

BAB 1

KONSEP PSIKOLOGI

Oleh Hamdiyah

1.1 Pengertian Psikologi

Psikologi dari bahasa Yunani kuno: *psyche (jiwa)* dan *logos (kata)*, dalam arti luas psikologi adalah ilmu yang mempelajari tentang jiwa atau mental. Psikologi secara harfiah adalah ilmu tentang jiwa. Menurut Woodworth dan Marwuis mengemukakan “*psikology is the scientific study of the individual activities in relation to environment*” yang artinya psikologi merupakan ilmu yang mempelajari secara ilmiah tentang aktivitas individu dalam hubungan dengan lingkungannya (buku psikologi internet).

1.2 Sejarah psikologi

Istilah psikologi digunakan pertama kali oleh seorang ahli berkebangsaan Jerman bernama Philip Melanchton pada tahun 1530. Sejak tahun 1878 istilah bahwa psikologi merupakan ilmu jiwa tidak digunakan lagi. Pengertian psikologi sebagai ilmu yang mempelajari perilaku yang dipelopori oleh J.B Watson karena ilmu pengetahuan menghendaki objeknya dapat diamati, dicatat dan dapat diukur, jiwa dipandang terlalu abstrak dan jiwa hanyalah salah satu aspek kehidupan individu Psikologi kebidanan(buku psikologi internet).

Psikologi dalam perkembangannya telah banyak dipengaruhi oleh berbagai ilmu lain seperti filsafat, sosiologi, fisilogi, antropologi dan biologi(buku psikologi internet).

Sejak zaman purbakala berbagai budaya percaya bahwa pikiran dan raga (*mindbody*) saling terkait. Penyakit timbul karena ada roh jahat yang masuk ke tubuh, sehingga upaya penyembuhan terutama dilakukan untuk mengusir roh jahat dari tubuh melalui lubang simetris yang di tengkorak manusia. Zaman Yunani kuno mempercayai penyakit timbul akibat adanya ketidakseimbangan pada cairan humoral seseorang. Cairan tersebut ada empat jenis

yaitu darah, empedu hitam, empedu kuning dan dahak. Pengobatan ditujukan untuk menyeimbangkan keempat jenis cairan ini.

Orang Yunani juga percaya bahwa pikiran (*mind*) memegang peranan penting. Kepribadian seseorang ditentukan dari jenis cairan yang ada dalam tubuh. Darah berhubungan dengan sikap temperamen dan bergairah, empedu hitam dengan kesedihan, empedu kuning dengan sikap marah, dan dahak dengan gaya hidup yang santai. Pada abad pertengahan, peranan gereja dalam menyembuhkan penyakit memegang peranan penting sehingga pada masa itu seseorang yang sakit disembuhkan dengan cara relijiusitas, misalnya oleh pastor.

Pada permulaan abad renaissance, berhasil ditemukan mikroskop sebagai batu loncatan penemuan agen penyebab penyakit seperti bakteri. Penemuan ini memupus teori humoral sebagai penyebab penyakit. Temuan mikroskop melahirkan model bimedial yang berasumsi bahwa masalah psikis dan sosial tidak relevan atau berkontribusi terhadap timbulnya penyakit. Model atau pendekatan biomedial telah mendominasi dunia medis selama 300 tahun. Pendekatan ini memisahkan antara *mind* (pikiran) dengan *body* (tubuh), dimana penyakit disebabkan oleh satu faktor saja yaitu karena ketidakseimbangan biokimia dan abnormalitas pada neurofisiologi. Dalam perkembangannya pendekatan biomedial memiliki beberapa kelemahan di antaranya adalah pendekatan ini tidak dapat memecahkan berbagai permasalahan praktis kesehatan misalnya mengapa bila enam orang terekspos virus flu, hanya tiga orang yang terkena.

1.3 Teori psikologi menurut aliran

Perkembangan aliran dan perspektif psikologi berisi mengenai pendapat para tokoh psikologi. Psikologi moderen terbentuk tidak terlepas dari pengaruh tokoh psikologi di masa lampau. Aliran modern muncul pada perkembangan psikologi adalah strukturalisme dimana aliran ini merupakan awal munculnya pernyataan psikologi sebagai suatu disiplin ilmu yang otonom dan dibangun menggunakan laboratorium penelitian. Berbagai pendapat dan pertentangan sehingga timbullah berbagai jenis aliran psikologi yaitu:

- 1) Strukturalisme. Tokoh psikologi yang berperan dalam aliran ini yaitu Wilhelm Wundt, Edward Bradford Titchener. Aliran ini mengutamakan tentang struktur kejiwaan manusia itu sendiri dari berbagai elemen (bagian) seperti penginderaan, perasaan, ingatan dan sebagainya.
- 2) Fungsionalisme. Tokoh psikologi yang berperan dalam aliran ini yaitu Charles Darwis, Francis Galton, Herbert Spencer, William James, John Dewey, dan Rowland Angell. Aliran ini mempelajari fungsi dan kegunaan jiwa.
- 3) Behaviorisme. Tokoh psikologi yang berperan dalam aliran ini yaitu John B Watson, Edward Lee thondike, Ivan Petrovic Pavlov, William Mc Dougal, Edward Chace Tolman, Clark Leonard Hull, Skinner. Aliran ini disebut aliran psikologi S-R (Stimulus- respon), karena menurut penganut aliran ini perilaku selalu dimulai dengan adanya rangsangan (stimulus) dan diikuti oleh reaksi (respon) atas rangsanagn tersebut
- 4) Psikologi Gestalt. Tokoh psikologi yang berperan dalam aliran ini yaitu Max Werheimer, Koffka, Wolfgang Kohler, dan Kurt Lewin. Teori adalah pengamatan atau persepsi suatu situasi, rangsangan yang dianggap secara keseluruhan.
- 5) Psikoanalisis. Tokoh psikologi yang berperan dalam aliran ini yaitu Sigmund Freud, Carls Gustav Jung, Alfered Adler, Karen Hirney, Eric Ericson. Aliran ini dikenal dengan teorinya disebut alam ketidaksadaran. *Unconsciousness* atau ketidaksadaram menurut Freud dorongan yang timbul pada masa kanak-kanak yang karena satu dan lain hal terpaksa ditekan sehingga tidak muncul dalam kesadaran.
- 6) Psikologi Humanistik. Tokoh psikologi yang berperan dalam aliran ini yaitu Carls Rogers, Abraham Maslow, Athur Combs, Viktor Frankl. Aliran ini berfokus pada kualitas manusia kemampuan khusus yang ada pada manusia yang tidak dimiliki oleh makhluk lain.
- 7) Diindonesia sendiri telah berkembang aliran psikologi timur dan psikologi jawa. Konsep psikologi timur muncul dari suatu tradisi yang sebagian besar bersifat religius dan metafisis yang didasarkan pada pengamatan dan pengalaman langsung. Konsep psikologi timur didasar kan pada introspeksi dan pemeriksaan diri sendiri yang menuntut banyak energi

1.4 Jenis Ilmu Psikologi

Beberapa jenis ilmu psikologi, secara tematis maupun terapan, dapat dirinci menjadi:

- 1) Psikologi sosial (*sosial psychology*) adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari tingkah laku individu sebagai fungsi dari rangsang-rangsang sosial (Shaw dan Ostanzo, 1970:3). psikologi social dapat diartikan sebagai suatu kajian tentang sifat, fungsi, fenomena perilaku social, dan pengalaman mental dari individu dalam sebuah konteks social. Diantara fenomena psikologi social ini, antara lain kemarahan, perilaku membantu, sikap social, ketertarikan dan hubungan social, perilaku seksual dan sosialisasi.
- 2) Psikologi klinis dan penyuluhan atau konseling (*clinical psychology and counseling*). salah satu bidang psikologi terapan yang berperan sebagai salah satu disiplin kesehatan mental dengan menggunakan prinsip-prinsip psikologi untuk memahami, mendiagnosis dan mengatasi berbagai masalah atau penyakit psikologi (Mens, 2000:122). Untuk pertama kalinya, organisasi yang mengatur standar psikologi klinis dibentuk pada tahun 1947 oleh Dewan Profesi Psikologi Amerika, yakni American Noart of Profesional Psichology. Lembaga tersebutlah yang berhak melakukan pengujian, memberikan diploma, serta mendorong pembinaan kecakapan psikologi professional. Sedangkan dalam psikologi konseling (*counseling psychology*) merupakan suatu psikologi terapan yang berusaha menciptakan, menerapkan, dan menyebarkan pengetahuan mengenai pencegahan dan penanggulangan gangguan fungsi manusia dalam berbagai kondisi (Brown dan Lent, 1992)
- 3) Psikologi Konstitusional. suatu nama psikologi yang masih kontroversial. Pemahaman yang lain adalah sebagai studi tentang hubungan antara struktur morfologis dan fungsi fisiologis tubuh serta hubungan antara fungsi-fungsi psikologi social (Lerner, 2000:168).
- 4) Psikofarmakologi adalah pengetahuan tentang obat untuk mengobati gangguan psikiatris. Pada tahun 1995, terjadi tiga penemuan farmakologi yang menandai revolusi pengobatan

psikiatri, yakni obat antipsikotik, antidepresan, dan lithium (Pope, 2000:866).

- 5) Psikologi Okupasional (*Accupational Psychology*) Merupakan suatu terminology yang tampaknya merangkum suatu bidang kajian psikologi industri, psikologi organisasi, psikologi vokasional, dan psikologi sumber daya manusia (Herriot, 2000:713).
- 6) Psikologi politik Merupakan bidang interdisipliner yang tujuan substantif dasarnya adalah untuk menyingkap saling keterkaitan antara proses psikologi dan politik (Renshon, 2000:784). Bidang ini memiliki sumber dari berbagai disiplin keilmuan, seperti antropologi budaya, psikologi ekonomi, sosiologi, psikologi serta ilmu politik.
- 7) Psikologi Sekolah dan Pendidikan (*Psychology for the Classroom and Educational psychology*) Merupakan kajian tentang perilaku peserta didik di sekolah yang substansinya merupakan gabungan psikologi perkembangan anak, psikologi Pendidikan, dan psikologi klinis yang berhubungan dengan setiap anak untuk evaluasi kegiatan belajar dan emosi, memberikan dan menafsirkan, hasil tes intelegensi, tes hasil belajar, dan tes kepribadian yang merupakan sebagian dari tugas mereka
- 8) Psikologi perkembangan Menekankan perkembangan manusia dan berbagai faktor yang membentuk perilakunya sejak lahir sampai berumur lanjut. Psikologi perkembangan sebagai cabang ilmu psikologi menelaah berbagai perubahan intraindividual dan perubahan interindividual yang terjadi di dalam perubahan intraindividual.
- 9) Psikologi kepribadian Psikologi kepribadian menurut Caplin (1999:362) adalah segi pandangan yang menekankan hal penanaman dan peletakan tingkah laku di dalam kepribadian individu. Menurut Alfred Adler (Hall dan Lindzey (1993:242) adalah ilmu perilaku tentang gaya hidup individu atau cara karakteristik seseorang dalam bereaksi dalam masalah-masalah dan tujuan hidup. Menurut Carl Jung (1993:182) merupakan perilaku tentang integrasi dari ego, ketidaksadaran pribadi, ketidaksadaran kolektif, komplekskompleks, dan arketip-arketip persona, serta anima.

- 10) Psikologi lintas budaya (*Cross-Cultural Psychology*) Pada hakikatnya, menurut Brislin, Lonner, dan Thorndike, (dalam Berry dkk, 1997:2) psikologi lintas budaya adalah kajian empiris mengenai anggota berbagai kelompok budaya yang telah memiliki perbedaan pengalaman, yang dapat membawa ke arah perbedaan perilaku Berry dkk, 1997:2) psikologi lintas budaya berkuat dengan kajian sistematis mengenai perilaku dan pengalaman, sebagaimana pengalaman itu terjadi dalam budaya berbeda yang dipengaruhi budaya yang bersangkutan
- 11) Psikologi Rekayasa (*Engineering Psychology*) Sejarah perkembangan psikologi rekayasa dapat ditelusuri pada masa awal pertumbuhan psikologi industri, yakni pada awal tahun 1898, dimana Fredrick W. Taylor yang terkenal dengan studinya tentang dimensi waktu dan kerja manual. Setelah perang dunia II, psikologi rekayasa semakin menonjol perannya, terutama setelah dirasakan meningkatnya kompleksitas mesin atau peralatan mekanis yang menuntut sejumlah tenaga operator pada tingkat efisiensi yang dipersyaratkan.
- 12) Psikologi Lingkungan Lingkungan berhubungan dengan proses belajar, yang mengunjuk pada efek kumulatif dari respons-respons individu terhadap rangsangan lingkungan individu dalam hidupnya. Psikologi lingkungan dapat menjangkau berbagai aneka permasalahan. Bidang ini tidak sekedar mengkaji akibat yang sebelumnya sudah terpikirkan manusia, melainkan juga akibat yang diperhitungkan sebelumnya.
- 13) Konsumen (**Consumer Psychology**) Bidang psikologi ini mulai dengan psikologi periklanan dan penjualan, objeknya adalah komunikasi yang efektif, baik dari pihak pabrik maupun distributor kepada konsumen (Anastasi, 1989:389). Terutama melalui iklan, konsumen memperoleh informasi tentang produk atau jasa yang dapat diperoleh manfaat khusus dari produk dan jasa tersebut. Untuk psikologi periklanan mulai dilancarkan selama dua dasawarsa yang pertama dari abad ke-20 dengan studi laboratorium di berbagai lokasi.
- 14) Psikologi Industri dan Organisasi (*Industrial and Organizational Psychology*) Merupakan penerapan dari prinsip-prinsip psikologi industri dan pertambangan. Psikologi tersebut didefinisikan menurut kapan dan dimana ia

dipraktikkan, bukan menurut pernyataan atau prinsip-prinsip tertentu.

1.5 Pendekatan dalam psikologi

Pengertian Psycho : Jiwa Logos : Ilmu . 4 adalah ilmu yang mempelajari tentang kejiwaan manusia yang di lihat dari perilakunya. Bukanlah ilmu santet, dukun atau ilmu ghaib. Psikologi adalah ilmu yang berdasarkan ilmu eksperimen (penelitian), dibagi dalam beberapa bagian : A. Perkembangan B. Klinis C. Pendidikan D. Industri dan organisasi 1) Cakupan-cakupan adalah perkembangan Mempelajari tugas-tugas perkembangan dari masa bayi (0 tahun) sampai dewasa akhir (mati) 2) Cakupan-cakupan dalam klinis Mempelajari tentang masalah yang dihadapi oleh seseorang individu dalam kehidupan sehari-hari. Contoh : Schizoprenia, Pshycopat dll 3) Cakupan-cakupan dalam pendidikan : Mempelajari tentang masalah yang dihadapi dalam dunia pendidikan. Contoh : Membantu memberikan materi dan latihan untuk anak-anak memiliki kebutuhan klien . 4) PIO : mempelajari tentang masalah-masalah dalam bidang 11ral11k11y dan organisasi contoh : Meneliti pegawai baru Materi dalam psikologi sangat rapuh salah satu adalah Kepribadian (Psikologi Kepribadian)

DAFTAR PUSTAKA

- Supardan Dadang. 2007. Pengantar Ilmu Sosial. Bandung: Bumi Aksara
- Nuryani Pupun. 2008. Landasan Pendidikan. Bandung
- Makmun Abin Syamsudin. 2004. Psikologi Kependidikan. Bandung:
PT Remaja Rosdakarya
- Puspita puji Rahayu, dkk. 2021. Pengantar psikologi Kebidanan.
Yayasan Kita Menulis

BAB 2

FAKTOR-FAKTOR PENENTU PERILAKU SEHAT DAN BERSIH

Oleh Royani Chairiyah

2.1 Pendahuluan

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) mengacu pada setiap inisiatif kesehatan berbasis perilaku yang dilakukan dengan tujuan memberdayakan anggota keluarga untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan berpartisipasi aktif dalam inisiatif kesehatan masyarakat. Menurut data Riskesdas 2013, hanya 32,3% keluarga yang melaporkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Oleh karena itu, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2014–2019 menargetkan 80% keluarga yang menggunakan PHBS pada tahun 2014. Dua puluh dari 33 provinsi masih memiliki rumah tangga PHBS, yang persentasenya signifikan di bawah rata-rata nasional. Salah satu Key Performance Indicator (KPI) dari Kementerian Kesehatan adalah proporsi rumah tangga yang mengadopsi PHBS (Kemenkes RI, 2013).

Definisi umum dari perilaku sehat adalah perilaku seseorang yang secara aktif bekerja untuk mempertahankan atau meningkatkan tingkat kesehatan mereka saat ini dan menangkal penyakit. Termasuk beberapa tindakan yang dilakukan oleh individu untuk menjaga, mempromosikan, atau menjaga kesehatannya. Apakah tindakan tersebut pada akhirnya efektif atau tidak dalam jangka panjang (Conner & Norman, 1996; Schwarzer & Renner, 2000; dalam Renner & Schwarzer, 2003). Penggunaan layanan medis (seperti kunjungan dokter, vaksinasi, skrining), kepatuhan terhadap regimen medis (seperti diet diabetes, regimen antihipertensi), dan perilaku sehat mandiri (seperti diet, olahraga, merokok, dan konsumsi alkohol) adalah contoh-contohnya. Perilaku sehat, menurut Conner (2002). Kebiasaan kesehatan yang buruk berdampak negatif pada kesehatan atau berkontribusi terhadap penyakit. Merokok, pesta minuman keras, dan makan makanan tinggi lemak adalah beberapa contoh dari kegiatan ini.

Mempromosikan perilaku sehat, di sisi lain, bermanfaat bagi kesehatan atau melindungi orang dari penyakit. Olahraga, makan buah dan sayuran, dan memakai kondom sebagai respons terhadap risiko PMS adalah beberapa contoh dari kebiasaan ini. Penggunaan alkohol, penggunaan narkoba, merokok, mengemudi sembrono, makan berlebihan, dan seks tanpa kondom hanyalah beberapa dari kebiasaan tidak sehat yang berkontribusi pada banyak masalah Kesehatan (Renner & Schwarzer, 2003).

Karena kebiasaan perilaku sehat mempengaruhi kemungkinan tertular penyakit kronis dan fatal seperti hepatitis, kanker, dan AIDS, pentingnya perilaku sehat sangat dihargai (WHO dalam Sarafino, 2006). Kekhawatiran ini direplikasi oleh perubahan penyakit, dari infeksi ke kondisi kronis yang dapat berakibat fatal, serta meningkatnya biaya medis dan bukti yang menunjukkan bagaimana perilaku individu dapat meningkatkan penyakit dan tingkat kematian. Jika orang menjalani gaya hidup yang lebih sehat, seperti makan makanan yang seimbang dan berhenti merokok, penyakit dan kematian akan turun (Sarafino, 2006). Perkembangan perilaku sehat sejak dini dapat berdampak pada kesehatan di kemudian hari. Ketika remaja dan dewasa muda berusaha untuk menyesuaikan diri dengan beban kerja akademik yang berubah, jaringan pendukung, dan lingkungan baru, memasuki perguruan tinggi dapat menjadi peristiwa yang menyenangkan dan menegangkan. Mereka sekarang memiliki lebih banyak fleksibilitas dan pengaruh atas gaya hidup mereka daripada sebelumnya, bersama dengan penyesuaian dan tanggung jawab baru ini. Namun, penelitian yang dilakukan di seluruh dunia telah mengungkapkan bahwa banyak mahasiswa terlibat dalam berbagai kebiasaan sehat yang berisiko. (Von, Ah D. dkk., 2004)

2.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Sehat dan Bersih

Lawrence Green membagi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku hidup sehat menjadi tiga kategori: faktor predisposisi (usia, tingkat pengetahuan masyarakat, dan tingkat pendidikan di masyarakat), faktor pendukung (sarana dan fasilitas), dan faktor penguat (Dukungan tokoh masyarakat, perilaku petugas kesehatan,

dan ada atau tidaknya promosi kesehatan PHBS disampaikan kepada masyarakat) (Green, 2005).

2.2.1 Teori Perilaku Lawrence Green

Bahkan kembar identik pun memiliki perilaku unik yang berbeda dari orang lain. Karena perilaku tidak selalu mengikuti pola yang telah ditentukan sebelumnya, informasi dan sikap positif tidak selalu berdampak pada perkembangan perilaku positif. mengidentifikasi berbagai penyebab tindakan atau perilaku tertentu:

a. Faktor pendorong (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi adalah unsur yang menjadi landasan motif atau niat seseorang. Faktor yang memotivasi termasuk pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, dan persepsi yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat serta komponen lain yang ditemukan pada individu dan kelompok.

b. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor-faktor yang membantu atau memungkinkan perilaku atau tindakan disebut sebagai faktor pendukung. Prasarana, sarana kesehatan, dan sarana lainnya merupakan contoh faktor pendukung. Masyarakat membutuhkan sarana dan prasarana yang mendukung, seperti Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI), agar dapat berperilaku sehat. Perempuan yang menginginkan informasi harus lebih proaktif mencarinya melalui layanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, posyandu, dokter, atau bidan praktik, serta melalui media massa seperti internet, media cetak, media elektronik, dan media sosial.

c. Faktor pendorong atau pendorong (*reinforcing factor*)

Perilaku seseorang dapat diperkuat oleh variabel-variabel seperti sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat, atau tenaga kesehatan mereka.

2.2.2 Teori Notoatmodjo

1. Pengetahuan

1) Pengertian

Soekidjo Notoatmodjo (1993) menegaskan bahwa pengetahuan adalah hasil dari mengetahui, dan ini terjadi ketika manusia melakukan penginderaan jauh terhadap suatu item tertentu. Sebelum memulai ini (aktivitas baru), seseorang harus memahami apa artinya atau bagaimana

hal itu akan bermanfaat bagi mereka atau keluarganya. Pengetahuan pada dasarnya mengacu pada sesuatu yang dipahami dalam kaitannya dengan subjek, oleh karena itu orang memiliki pengetahuan, klaim Sedarmayati dll (2002).

Mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran kesehatan seseorang dapat dibagi menjadi:

- a. Pengertian penyakit dan penyakit;
 - 1) Penyebab penyakit
 - 2) Gejala penyakit atau indikasi peringatan
 - 3) Bagaimana mencari atau mendapatkan pengobatan
 - 4) Bagaimana penyebarannya?
 - 5) Strategi pencegahan, termasuk vaksinasi dan sebagainya,
- b. Pemahaman tentang cara hidup sehat dan menjaga kesehatan
 - 1) Makanan yang bergizi
 - 2) Manfaat makanan sehat bagi kesehatan
 - 3) Nilai aktivitas fisik bagi kesehatan
 - 4) Penyakit atau risiko yang terkait dengan minum, menggunakan narkoba, atau merokok
 - 5) Pentingnya tidur yang cukup dan bersantai untuk kesehatan seseorang, dll.
- c. Pengetahuan kesehatan lingkungan
 - 1) Keuntungan dari air bersih
 - 2) Teknik membuang sampah dengan benar, termasuk pembuangan kotoran yang sehat
 - 3) Keuntungan dari pencahayaan rumah dan pencahayaan yang sehat
 - 4) Dampak pencemaran (termasuk di air, udara, dan tanah) terhadap kesehatan, antara lain.

2. Cara memperoleh pengetahuan

Pengetahuan dapat didefinisikan sebagai semua yang dipahami mengenai objek tertentu. Lima indera manusia—penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, dan

sentuhan—dapat digunakan untuk mendeteksi lokasi suatu objek dan mempelajarinya lebih lanjut. Manusia mempelajari banyak hal melalui mata dan telinganya.

Sendarmayanti dkk. (2002) mengklaim bahwa ada dua metode untuk memperoleh pengetahuan: pendekatan non-ilmiah dan teknik ilmiah (pendekatan ilmiah)

a. Pendekatan non ilmiah

Dalam beberapa keadaan, informasi yang diperoleh dengan metode non-ilmiah dibagi ke dalam kategori yang berbeda.

1) Pengetahuan dapat diambil secara tidak sengaja. Namun, pengetahuan yang diambil tanpa perencanaan yang ketat akan tetap menjadi pengetahuan, dan penerapannya cukup besar.

2) Pengalaman yang didapat melalui kesalahan (trial & error)

Dalam hal ini, pengetahuan dimaksudkan tetapi tidak dilaksanakan secara metodis (dengan coba-coba) atau berdasarkan tujuan tertentu.

3) Kredibilitas (penguasa)

Seseorang dapat belajar dari apa yang dikatakan oleh pihak berwenang, termasuk yang di bidang sains, agama, pemerintahan, dan bidang lainnya.

4) Nilai

Melalui wahyu, pengetahuan diperoleh. Pertimbangkan agama.

5) Naluri

Sesuatu yang menyerupai insting (naluri). Pengetahuan non-ilmiah tidak selalu buruk; kadang-kadang, temuan mungkin memiliki efek yang sangat positif.

b. Pendekatan ilmiah

Definisi sains penting sebelum membahas pendekatan ilmiah. Ketika membahas sains yang bias, pertimbangkan dari perspektif konten (definisi konten) dan proses (definisi proses).

Sains dapat dipahami sebagai kumpulan pengetahuan yang komprehensif dari perspektif konten. Dari sudut pandang

proses, dapat dilihat sebagai kegiatan yang dimaksudkan untuk mengidentifikasi faktor alam yang signifikan, menghubungkan variabel-variabel tersebut, dan kemudian menjelaskan dan mengantisipasi hubungan tersebut. Pengertian ilmu berasal dari dua istilah adalah kompilasi metodis dari informasi yang diperoleh melalui proses ilmiah.

3. Tingkatan Pengetahuan

Notoatmodjo (1993) menyatakan bahwa informasi yang disajikan dibagi dalam enam tingkatan domain kognitif tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Tahu Knom
Mengetahui dapat dipahami sebagai mengingat kembali konten yang dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami (*Chomperhesion*)
Pemahaman digambarkan sebagai kapasitas untuk secara akurat menjelaskan dan menafsirkan hal-hal yang sudah dikenal.
- c. Aplikasi (*application*)
Kemampuan untuk menerapkan apa yang telah dipelajari dalam keadaan dunia nyata disebut sebagai aplikasi.
- d. Analisis (*Analysis*)
Analisis adalah kapasitas untuk memecah suatu zat atau objek menjadi bagian-bagian penyusunnya sambil mempertahankan internal masih memiliki hubungan satu sama lain ketika sedang diatur dalam suatu struktur.
- e. Sintesis (*Synthesis*)
Kemampuan untuk menggabungkan atau menghubungkan potongan-potongan untuk membuat keseluruhan baru disebut sebagai sintesis. Dengan kata lain, sintesis adalah proses menciptakan formulasi baru dari yang lama.
- f. Evaluasi (*Evaluation*)
Penilaian ini berkaitan dengan kapasitas untuk mempertahankan atau menilai suatu subjek atau hal. Evaluasi ini didasarkan pada kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya atau kriteria yang ditentukan sendiri.

Menurut Rogers (1983), seseorang melewati sejumlah tahap ketika mereka mencoba untuk mengadopsi perilaku baru, termasuk:

- 1) Tahap kesadaran, yaitu titik dimana seseorang menyadari suatu inovasi dan menyadari bahwa inovasi itu ada.
- 2) Tahap minat: Ini adalah masa ketika seseorang memikirkan atau merumuskan pendapat tentang suatu inovasi yang sudah mereka kenal dan mulai tertarik padanya.
- 3) Tahap evaluasi adalah ketika seseorang memutuskan untuk menerima atau menolak inovasi yang telah disajikan, pada titik mana ia mulai mengevaluasi.
- 4) Tahap percobaan, di mana seseorang mengimplementasikan pilihannya untuk mulai mencoba perilaku baru.
- 5) Tahap adopsi adalah ketika seseorang menegaskan atau memvalidasi pilihan yang telah dia buat untuk mulai terlibat dalam aktivitas baru.

2.2.3 Sikap

Suatu reaksi atau respon yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek disebut sebagai sikap diri. Berbagai pembatasan sikap mengarah pada kesimpulan bahwa manifestasinya tidak dapat diamati secara langsung tetapi harus disimpulkan, terutama dari perilaku tertutup. stimulus tertentu yang, dalam kehidupan sehari-hari, menyebabkan respons emosional terhadap isyarat sosial.

Seorang psikolog sosial bernama Newcomb menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk berperilaku daripada pelaksanaan motivasi tertentu (lihat Chiuman, 2009).

Menurut WHO, sikap mengacu pada preferensi atau keengganan seseorang terhadap item tertentu. Sikap sering dipelajari melalui pengalaman pribadi atau kerabat terdekat. Sikap seseorang menentukan apakah mereka mendekati atau menghindari orang lain atau objek lain.

Azwar (2015) menyatakan bahwa sikap seseorang merupakan reaksi atau respon ketika masih tertutup terhadap suatu stimulus atau barang. Sikap tidak salah lagi menyampaikan

makna tanggapan yang tepat terhadap rangsangan tertentu, dan dalam kehidupan sehari-hari, tanggapan emosional terhadap masukan sosial.

Berbeda dengan menjadi pelaksana motif tertentu, sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Meskipun ada predisposisi terhadap tindakan dari suatu perilaku, sikap belum menjadi suatu tindakan. Masih merupakan respons tertutup, sikap bukanlah respons terbuka atau aktivitas terbuka. (Notoatmodjo, 2010)

2.2.4 Perilaku

Tindakan atau perilaku manusia dipengaruhi oleh warisan, lingkungan, dan pengetahuan, klaim Notoatmodjo (2003). Siswa yang mencari informasi tentang apa yang harus dilakukan dan bagaimana hidup di masa depan dapat memperoleh manfaat dari pendidikan kesehatan. Orang akan mengembangkan sikap pada tahap berikut jika mereka percaya informasi yang mereka berikan dan menggabungkannya dengan pengetahuan yang sudah mereka miliki. Orang tersebut akan memilih apa yang harus dilakukan di kehidupan selanjutnya berdasarkan pola pikir ini. Pendidikan kesehatan tentang PHBS membantu pertumbuhan intelektual siswa dan perluasan pengalaman, menumbuhkan sikap yang menguntungkan di dalamnya.

Menurut Friedmen (2003), posisi seseorang, yang menunjukkan peringkat atau tempat mereka dalam suatu sistem sosial, menentukan perilaku mereka dalam kaitannya dengan posisi itu. Dari segi posisi ibu, beberapa peran yang terkait antara lain pembantu rumah tangga, pengasuhan anak, pemimpin kesehatan dalam keluarga, memasak, teman atau teman bermain bagi anak. Setiap perilaku individu menempati beberapa posisi, dan orang dewasa serta suami terkait dengan masing-masing posisi ini dalam sejumlah peran. Peran seseorang adalah kumpulan perilaku yang diperlukan dari mereka dalam kaitannya dengan fungsi, potensi, kemampuan, dan tugas mereka.

Menurut Adiwiryo (2010), partisipasi orang tua dalam PHBS di sekolah merupakan pengaruh pihak ketiga. Praktik PHBS seorang anak dapat ditingkatkan jika orang tua memiliki pengetahuan yang baik dan waktu yang cukup untuk memberikan contoh, serta informasi tentang manfaat, tujuan, dan signifikansinya bagi anak di lingkungan

sekolah. Orang tua memainkan peran yang sangat penting dalam mempengaruhi perilaku anak-anak mereka dengan cara ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiwiryo, R. M. 2010. Pesan Kesehatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Anak Usia Dini dalam Kurikulum Pendidikan Anak Usia Dini. Jurnal Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Hamka
- Azwar S, 2015. Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya. Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Friedmen Marilyn M. 2003. Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik.Edisi 3. Jakarta
- Rogers, E.M. 1983. Diffusion of Innovations.New York. A Devision of Macmillan Publishing Co.Inc.
- Sedarmayanti, Hidayat Syarifudin. 2002 Metodologi penelitian, Penerbit Mandar Maju, Bandung.
- Chiuman, Linda. 2009. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Remaja SMA Wiyata Dharma Medan terhadap Infeksi Menular Seksual. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- Notoatmodjo, S. 2010. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.Jakarta : Rineka Cipta
- Conner, M. & Norman P. 2005. Predicting health behavior: research and practice with social cognition models. Second edition. New York: Open University Press
- Renner, B. & Shcwarzer, R. 2003. Applied fields: health. First publ. in: Encyclopedia of Psychological Assessment, 1, pp. 69-72
- Sarafino, E.P. 2006. Health psychology: Biopsychosocial interactions. Fifth edition. USA: John Wiley & Sons, Inc
- Von, Ah D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., & Kang, D.-H. 2004. Predictors of health behaviours in college student. Journal of Advanced Nursing, 48(5), 463-474

BAB 3

TAHAP PROSES ADAPTASI

Oleh Astuti Suardi

3.1 Pendahuluan

Adaptasi merupakan suatu penyesuaian diri terhadap suatu lingkungan baik itu secara internal maupun eksternal. Penyesuaian ini ataupun situasi yang dialami dapat diartikan sebagai bentuk perubahan diri secara pribadi sesuai dengan keadaan yang ada pada lingkungan tersebut, serta dapat juga berarti mengubah lingkungan sesuai dengan keinginan pribadi. Menurut Karta Sapoetra adaptasi mempunyai dua arti yaitu Adaptasi yang pertama disebut sebagai penyesuaian diri yang autoplastis (auto artinya sendiri, plastis artinya bentuk), sedangkan pengertian yang kedua penyesuaian diri yang alloplastis (allo artinya yang lain, plastis artinya bentuk). Syarat dasar sosial yaitu manusia membutuhkan hubungan untuk melakukan interaksi atau proses adaptasi antara satu orang dengan yang lainnya agar dapat melangsungkan keturunan, tidak merasa diasinkan, serta dapat belajar mengenai lingkungan sekitarnya karena adaptasi merupakan suatu proses penyesuaian diri yang ditentukan oleh lingkungan sekitar.

3.2 Tahap-Tahap proses Adaptasi

Adaptasi adalah suatu proses penyesuaian diri terhadap lingkungan, penyesuaian ini dapat berarti mengubah diri pribadi sesuai dengan keadaan lingkungan, dan juga dapat berarti mengubah lingkungan sesuai dengan keinginan pribadi seseorang.

Adaptasi juga merupakan suatu kepentingan yang harus dilakukan oleh setiap makhluk hidup dengan lingkungannya terutama oleh Manusia karena dengan beradaptasi, kelangsungan hidup seseorang dapat terpenuhi serta perubahan apapun yang terjadi disekitar lingkungan manusia tetap dapat hidup.

Seseorang yang mampu beradaptasi atau menyesuaikan diri serta menjalani hidupnya dengan bersosial baik dengan siapapun ataupun lingkungan manapun, hal ini dapat membantu untuk survive

disegala situasi dan kondisi yang ada. Sehingga akan mudah menjalani kehidupan tanpa menemukan situasi atau kesulitan yang berat. Adapun tahap-tahap proses adaptasi yaitu adaptif dan maladaptif.

3.2.1 Adaptif

Adaptif adalah suatu proses penyesuaian diri ataupun individu seseorang terhadap lingkungan, penyesuaian ini dapat berarti mengubah diri pribadi sesuai dengan keadaan lingkungan, juga dapat berarti mengubah lingkungan sesuai dengan keinginan pribadi.

Perilaku adaptif adalah kematangan diri dan sosial seseorang dalam melakukan atau melaksanakan suatu kegiatan umum baik sehari-hari sesuai dengan usia dan berkaitan dengan budaya yang ada dilingkungan sekitar.

Perilaku adaptif juga merupakan suatu kemampuan sosial dan personal seseorang untuk menyesuaikan diri dengan norma atau standar yang berlaku di lingkungannya.

Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan yang berlaku, Pada umumnya kebudayaan itu dikatakan bersifat adaptif, sehingga menjadikannyadinamis. Adaaptif karena kebudayaan melengkapi manusia dengan cara -cara penyesuaian diri pada kebutuhan-kebutuhan fisiologis dari badan mereka.

Setiap manusia atau individu tentu menginginkan serta mengharapkan agar keberadaannya dapat dianggap ada. Untuk dapat hidup seperti hal tersebut setiap individu harus senantiasa beradaptasi (menyesuaikan diri) dengan lingkungan. Dengan penyesuaian diri akan mengalami perubahan-perubahan kearah yang lebih maju (modern). Sebagai makhluk hidup, manusia memiliki daya upaya untuk dapat menyesuaikan diri, baik secara aktif maupun pasif disetiap lingkungan. Seseorang yang aktif akan melakukan penyesuaian diri dan apabila terganggu keseimbangannya, yaitu antara kebutuhan dan pemenuhan. Dalam hal itu seseorang akan merespon dari tidak seimbang menjadi seimbang. Beberapa bentuk ketidakseimbangan yang dapat terjadi seperti cemas, berfikir negatif adanya perselisihan dan sebagainya. Proses yang mencakup diri seseorang dengan lingkungannya dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain, seperti jenis kelamin, usia, motivasi, pengalaman, serta kepastian dalam mengatasi masalah.

1. Ketidakseimbangan Dalam Perilaku Adaptif

a. Frustrasi

Dalam rangka mencapai tujuan, seseorang atau individu terkadang atau justru sering menghadapi Kendala serta masalah, sehingga ada kemungkinan tujuan tersebut tidak dapat dicapai. Apabila tujuan yang ingin dicapai atau diselesaikan dan tidak dapat mengerti secara baik mengapa tujuan tersebut tidak dapat dicapai, maka individu akan mengalami frustrasi atau kecewa. Individu yang mengalami frustrasi dapat mengalami depresi, merasa bersalah, ketakutan dan sebagainya.

- 1) Penyebab frustrasi pada individu yaitu sebagai berikut:
 - a) Tertundanya pencapaian tujuan yang bisa bersifat sementara atau tidak menentu.
 - b) Beberapa kendala yang menghambat apa yang sedang dilakukan diantaranya sebagai berikut:
 - Diri sendiri, baik fisik maupun psikis (perasaan tidak mampu, kecemasan, konsep diri)
 - Lingkungan dan norma social/aturan-aturan tertentu
 - Konflik antara motif-motif yang ada, dua motif atau lebih yang muncul berbarengan dan membutuhkan pemenuhan.
- 2) Penyebab apabila seseorang atau individu mengalami Frustrasi yang dapat disebabkan karena:
 - a) Tujuan seseorang yang mulai tertunda baik itu sementara ataupun dengan waktu yang tidak dapat ditentukan.
 - b) Sesuatu yang dapat menghambat tindakan atau kegiatan yang sedang dilakukan.
- 3) Faktor penghambat dapat dibedakan menjadi 2 yaitu faktor internal (Dalam) dan faktor eksternal (Luar).
 - a) Faktor Interenal yaitu semua faktor yang berasal dari dalam diri sendiri maupun dari diri orang lain, yang dapat berpengaruh positif atau negatif.
 - b) Faktor Eksterenal yaitu semua faktor yang berasal dari luar dirinya, yang dapat berpengaruh positif

ataupun dapat berpengaruh negatif. Adapun beberapa Faktor eksterenal yang dapat menjadi penghambat yaitu terdiri dari faktor lingkungan, keluarga, sekolah dan masyarakat.

b. Konflik

Konflik yaitu suatu perselisihan atau pertengkaran yang dapat muncul apabila terjadi ketidakseimbangan dalam diri individu. Seseorang yang mengalami konflik tidak segera diatasi, dapat menimbulkan gangguan perilaku. Adapun beberapa contoh apabila seseorang dalam situasi atau kondisi tersebut yaitu sebagai berikut:

- 1) *Approach-approach* yaitu Berhadapan dengan 2 pilihan yang menarik.
- 2) *Avoidance-avoidance* yaitu Berhadapan dengan 2 pilihan yang tidak diinginkan.
- 3) *Approach-avoidance* yaitu Satu pilihan menyenangkan dan satu pilihan tidak menyenangkan.
- 4) *Double approach avoidance conflict* yaitu banyak konflik, dan sebagainya

Dalam menghadapi frustrasi atau konflik, seseorang hendaknya memiliki kemampuan serta kecakapan untuk menganalisis setiap rangsangan atau situasi yang muncul. Dengan kemampuan tersebut setiap individu atau seseorang akan dapat menyelesaikan masalahnya. Analisis dapat dilakukan secara bertahap, mulai dari yang sangat sederhana (ringan), sedang dan situasi yang berat untuk hal ini seseorang dapat atau mampu menyeimbangkan dirinya dengan situasi yang terjadi. Frustrasi ataupun konflik dapat diseimbangkan dengan berbagai cara atau tindakan yang bermacam-macam dan adapun mekanisme penyesuaian yang dapat dijadikan rambu-rambu sebagai berikut.

- a. Agresi yaitu tindakan atau perilaku yang ingin melakukan tindakan melukai ataupun menyakiti perasaan seseorang.
- b. Menghindari situasi atau masalah yang ada
- c. Regresi merupakan pengaruh yang ditimbulkan oleh satu orang ke orang lain ataupun ruang lingkup yang luas dilakukan untuk memprediksi situasi yang terjadi.

- d. Rasionalisasi yaitu suatu tindakan yang memiliki pembuktian dan dapat dipertanggungjawabkan.
- e. Represi yaitu situasi yang menimbulkan rasa bersalah ketakutan dan sebagainya.
- f. Identifikasi yaitu mendapatkan rasa harga diri dengan menempatkan diri pada tokoh yang dikagumi. Identifikasi dapat terjadi pada seseorang ataupun orang lain baik itu secara kelompok maupun lembaga yang dapat menjadi suatu kebanggaan.
- g. Kompensasi yang dapat bersifat positif atau negatif.
- h. Kondisi kejiwaan dimana seseorang mengalami gejala fisik karena terjadinya ketegangan emosi. Seseorang yang tidak bisa mengatasi konfliknya mencoba mengatasi dengan sakit kepala, sakit perut, dan sebagainya.
- i. Pertahanan psikologis atau pengalihan yang tidak dapat diterima berupa bentuknya ataupun objeknya.

2. Aspek-Aspek Perilaku Adaptif

Perilaku adaptif dapat dikelompokkan dalam empat ranah: komunikasi, ketrampilan dalam kehidupan sehari-hari, sosialisasi, gerak. Masing-masing ranah masih dapat dibagi lagi, yaitu:

1) Komunikasi, terbagi menjadi 3 yaitu:

- a) Reseptif yaitu kemampuan seseorang untuk memahami, mendengarkan dan mengikuti instruksi.
- b) Ekspresif yaitu kemampuan seseorang untuk berbicara, memulai pembicaraan, berbicara interaktif, mengekspresikan ide-ide yang kompleks.
- c) Tertulis yaitu kemampuan seseorang untuk membaca dan menulis.

2) Keterampilan dalam kehidupan sehari-hari, terbagi menjadi 3 bagian yaitu:

- a) Personal yaitu kemampuan seseorang dalam makan, berpakaian, dan merawat kesehatan.
- b) Domestik yaitu kemampuan seseorang dalam membantu tugas-tugas rumah tangga.
- c) Masyarakat yaitu kemampuan seseorang dalam menggunakan waktu, uang, telepon, orientasi kiri kanan.

- 3) Sosialisasi, terbagi menjadi 3 yaitu:
 - a) Hubungan antar personil yaitu kemampuan seseorang berinteraksi dengan orang lain.
 - b) Bermain dan waktu senggang yaitu kemampuan seseorang memanfaatkan waktu.
 - c) Ketrampilan mengatasi yaitu kemampuan seseorang mengontrol dorongan, merespon dan mengikuti tugas.
- 4) Gerak, terbagi menjadi 2 yaitu:
 - 1) Motorik kasar yaitu kemampuan seseorang untuk duduk, berjalan, berlari.
 - 2) Motorik halus yaitu kemampuan seseorang untuk memanipulasi obyek, menggambar dan menggunakan gunting.

Berdasarkan uraian tersebut dapat diketahui bahwa aspek-aspek perilaku adaptif adalah komunikasi, keterampilan dalam kehidupan sehari-hari, sosialisasi dan gerak.

3.2.2 Maladaptif

1. Pengertian Maladaptif

Maladaptif merupakan istilah atau dapat dikatakan bahwa dimana ketika individu atau seseorang selalu merasa gelisah dan tingkah laku orang tersebut menyimpang dari standar- standar yang dianggap tidak pantas untuk situasi tertentu. Proses penyesuaian diri yang efektif ditandai dengan tidak adanya perilaku maladaptif. Adapun beberapa pengertian maladaptif menurut para ahli yaitu:

- a. Maladaptif adalah gangguan dengan berbagai tingkat keparahan (Stuart dan Sundeen, 1998).
- b. Ajat Sudrajat dan Nono Sutisna (1999:5) menjelaskan Perilaku Maladaptif sebagai Setiap perilaku yang mempunyai konsekuensi membahayakan bagi individu yang bersangkutan dan atau bagi lingkungan sosialnya, yang dikarenakan ketidaktahuan, ketidakmampuan, menanggapi atau merespon stimulus pada saat dan tempat yang tepat, atau disfungsi-fungsionalitas.
- c. Maladaptif adalah perilaku yang menyebabkan seseorang yang dapat mengalami masalah dalam penyesuaian dirinya

yang disebabkan oleh seseorang ataupun orang lain yang tidak mampu memenuhi tuntutan lingkungan.

Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa perilaku maladaptif adalah perilaku yang kurang baik atau menyimpang dilakukan oleh seseorang/kelompok yang tidak sesuai dengan lingkungan atau yang diinginkan oleh lingkungan masyarakat dimana orang tersebut tinggal. Hal ini dapat terjadi karena ketidakmampuan seseorang dalam mengartikan sesuatu yang terjadi pada dirinya. Perilaku maladaptif yang dilakukan ataupun ditunjukkan oleh seseorang yang dapat merugikan diri sendiri maupun dapat merugikan orang lain.

2. Ciri-Ciri Maladaftif

Perilaku yang ditampilkan seseorang tidak semuanya maladaptif. Perilaku yang negatif tidak dapat disimpulkan bahwa seseorang tersebut mengalami perilaku maladaptif, hal ini terkait dengan kapan, dimana, tempat, waktu dan budaya serta adat istiadat perilaku itu ditampilkan. Diperlukan pemahaman tersendiri tentang bagaimana ciri-ciri perilaku maladaptif itu sendiri, seperti dijelaskan oleh Ajat Sudrajat dan Nono Sutisna (1999:5) perilaku maladaptif mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Suatu perilaku yang penampilannya menimbulkan akibat yang tidak menyenangkan bagi individu yang melakukannya atau bagi orang lain yang berada dilingkungannya Misalnya, perokok, alkoholik, marah-marah, ceroboh.
- b. Suatu perilaku yang tidak dapat memenuhi harapan-ataupun tugas-tugas yang harus dilakukannya secara teratur, (tidak mampu melaksanakan fungsi dan peranannya secara wajar).
- c. Suatu perilaku yang memberikan tanggapan ataupun informasi terhadap sesuatu yang salah, baik waktu maupun tempat.
- d. Suatu perilaku yang tidak mampu memberikan tanggapan ataupun solusi terhadap rangsangan yang ada di lingkungannya, atau seseorang yang tidak memiliki keterampilan untuk memberikan tanggapan secara tepat terhadap rangsangan atau peristiwa-peristiwa yang terjadi.

3. Bentuk - Bentuk Perilaku Maladaptif

Menurut Fischer dan Gochros L. Havey (1979:273-423), bentuk-bentuk perilaku maladaptif adalah sebagai berikut :

- a. Perilaku Antisocial, terbagi dua golongan :
 - Perilaku kejahatan, misalnya; perkosaan, pembunuhan, pencurian, perampokan, penipuan, dan sebagainya.
 - Perilaku merusak diri sendiri/masyarakat lain, misalnya; merusak disertai pembakaran, pemakaian obat terlarang, bunuh diri, gangguan publik dan pelacuran.
- b. Perilaku Depresi, misalnya; tekanan, ketidakberdayaan, kegagalan berhubungan dengan orang lain.
- c. Perilaku Penyalahgunaan Obat Terlarang, misalnya Kecanduan yang mencakup ketergantungan atau penyalahgunaan minuman keras, penyalahgunaan obat/zat adiktif, makan berlebihan, dan merokok.
- d. Perilaku Emosional, misalnya; kekecewaan, frustrasi, marah, rendah diri, dan sebagainya.
- e. Perilaku Perkawinan, misalnya; hubungan biologis(seksual), hubungan dengan teman(selingkuh), Pemaksaan (ego) dari suami/istri.
- f. Perilaku Orang tua - Anak, misalnya; hubungan tidak harmonis antara orang tua dan anak, anak tidak menurut orang tua, anak marah terhadap orang tua, dan sebagainya.
- g. Perilaku Sekolah, misalnya; bolos sekolah, phobia(takut) sekolah, jalan-jalan di kelas, membuang barang-barang di kelas, berkelahi, dan sebagainya.
- h. Perilaku Kepedulian diri, misalnya; makan, berpakaian, menggosok gigi, menyisir rambut, mencuci, mandi, yang semuanya berhubungan dengan pemeliharaan fisik.
- i. Perilaku Yang Mengganggu, misalnya; penarikan diri dari lingkungan sosial, ilusi, halusinasi dan delusi.
- j. Perilaku Seksual, misalnya; pelecehan seksual terhadap lawan jenis, masturbasi, homoseksual, lesbian, biseksual, pedophilia, dan sebagainya

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa perilaku maladaptif tidak hanya berhubungan dengan individu itu

sendiri, tetapi juga berhubungan dengan orang lain dan masyarakat dan lingkungan sekitarnya. Perilaku yang berhubungan dengan diri sendiri, seperti; perilaku depresi, perilaku emosional, perilaku sekolah, perilaku kepedulian diri, dan sebagainya. Sedangkan perilaku yang berhubungan dengan orang lain dan masyarakat, seperti; perilaku kejahatan, perilaku penyalahgunaan obat, perilaku merusak diri sendiri/masyarakat.

4. Karakteristik Dari Perilaku Maladaptif

- a. Manipulasi
Orang lain diperlakukan seperti objek, hubungan terpusat pada masalah pengendalian, berorientasi pada diri sendiri atau pada tujuan, bukan berorientasi pada orang lain.
- b. Impulsif
Tidak mampu merencanakan sesuatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, penilaian yang buruk, tidak dapat diandalkan.
- c. Narkisisme
Harga diri yang rapuh secara terusmenerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, sikap egoisentris, pencemburuan, marah jika orang lain tidak mendukung.

5. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Maladaptif

- a. Faktor perkembangan
Sistem keluarga yang terganggu dapat menunjang perkembangan respon sosial yang maladaptif. Sebagian orang berpendapat bahwa setiap individu ataupun seseorang yang mempunyai masalah ini adalah orang yang tidak berhasil memisahkan diri dari orang tua. Kebiasaan dalam keluarga mungkin tidak mendukung hubungan keluarga dengan pihak lain di luar keluarga.
- b. Faktor Biologis
Faktor yang dapat menunjang terhadap respons sosial maladaptif dalam perkembangan gangguan ini, namun masih tetap diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai kebenaran keterlibatan faktor tersebut.

c. Faktor sosiokultural

Faktor sosiokultural merupakan faktor dalam gangguan berhubungan. Ini akibat dari norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain atau tidak menghargai anggota masyarakat yang tidak produktif, seperti lansia, orang cacat, dan berpenyakit kronik.

6. Dampak Perilaku Maladaptif

Perilaku maladaptif yang ditampilkan anak lebih berdampak negatif dibandingkan positif, baik bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun masyarakat. Dampak negatif tersebut adalah :

- a. Bagi diri sendiri, seperti tidak masuk sekolah, melakukan sesuatu yang tidak dianjurkan dalam beragama serta melakukan penyalahgunaan obat-obat terlarang.
- b. Keluraga, tidak menurut apa yang diajarkan keluarga, mencuri dalam keluarga, serta melawan orang tua.
- c. Masyarakat, seperti berkelahi, bertengkar secara kelompok, melakukan tindakan pencurian dan penodongan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dhamayanti Ayu Chandra. 2012. *Buku Ajar Psikologi Kebidanan*. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Dra. Mustayah, Dkk. 2022. *Bahan Ajar Untuk Psikologi Keperawatan*. Jawa Tengah: PT Nasya Expanding Management.
- Idanengsi Ayu, Dkk. 2021. *Psikologi Kebidanan*. Jawa Timur: CV Rumah Pustaka.
- Pieter Zan Herry & Dr. Lubis Lumongga Namora. 2010. *Pengantar Psikologi Untuk Kebidanan*. Jakarta: PT Fajar Inrerpratama Mandiri.
- Pratiwi Kurniawari & Rusinani Dinik. 2020. *Buku Ajar Psikologi Perkembangan Dalam Siklus Hidup Wanita*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rahayu Puji Puspita, 2021. *Pengantar Psikologi Untuk Kebidanan*. Sumatera Utara: Yayasan Kita Menulis

BAB 4

ADAPTASI PSIKOLOGI PADA ANAK

Oleh Husnul Khotimah Rustam

4.1 Pembentukan Janin

4.1.1 Konsepsi dan prokreasi yang dibantu secara medis: anak-anak lahir

Melalui prokreasi yang dibantu secara medis Agar seorang anak dilahirkan, pertama-tama harus ada prokreasi. Sejak awal 1980-an, prokreasi dengan bantuan medis (MAP) menjadi semakin sering: pada tahun 2018, lebih dari 25.000 kelahiran, atau 1 anak di setiap (yang masih sederhana dibandingkan dengan 800.000 kelahiran tahunan di Prancis), dikandung oleh MAP (IVF, DAI1). Peningkatan penggunaan MAP ini sebagian dapat dijelaskan oleh perubahan fertilitas. Studi menunjukkan khususnya untuk merokok, obesitas, penyakit menular seksual dan gangguan endokrin.

Berkenaan dengan sindrom disgenesis testis (TDS), penelitian telah mengamati perubahan keseluruhan dalam kesehatan reproduksi pria, mungkin sejak tahun 1970-an, konsisten dengan data kualitas sperma yang diamati secara internasional. Tren ini tampaknya lebih konsisten dengan perubahan lingkungan (seperti peningkatan paparan di mana-mana terhadap gangguan endokrin sejak 1950-an dan peningkatan perokok wanita) dibandingkan dengan variasi genetik pada populasi Prancis. Menindaklanjuti kesehatan anak-anak ini dapat menjadi perhatian publik yang besar masalah kesehatan sejak tindak lanjut bayi mengungkapkan peningkatan komplikasi perinatal (prematuritas, hipotrofi dan kematian neonatal) dan peningkatan risiko anomali kongenital (kardiovaskular, metabolisme atau sistem urogenital) dibandingkan dengan anak yang dikandung secara alami. Namun, ada banyak faktor pembaur, seperti kehamilan ganda. Ada peningkatan berat lahir setelah transfer embrio beku dibandingkan dengan transfer segar, peningkatan penyakit epigenetik dan tumor padat tertentu di antara anak-anak yang dikandung oleh MAP, terlepas dari apakah teknik IVF atau ICSI digunakan.

Namun, risiko absolut tetap moderat dan prevalensi patologi ini tetap rendah. Setelah disesuaikan dengan faktor-faktor pengganggu, data tersebut meyakinkan, dengan berat badan yang tinggi, perkembangan kognitif dan psikomotorik yang setara dengan anak-anak yang dikandung secara alami. Tampaknya terjadinya patologi kronis di dewasa dapat dikaitkan dengan asal embrio-janin, oleh karena itu perlunya tindak lanjut jangka panjang dari anak-anak ini, yang masih kurang dipelajari, serta penyelidikan penyebab pengamatan ini. Dalam konteks ini, informasi dari pasangan yang memulai pengobatan MAP tentang risiko bagi anak yang belum lahir harus menjadi perhatian utama.

4.1.2 Masalah skrining genetik

Penyakit genetik merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi (20%) dan bertanggung jawab atas sekitar 20% rawat inap pada anak-anak. Di antara penyakit genetik ini, sejumlah besar terjadi melalui mekanisme resesif (ada lebih dari 3.000 penyakit genetik resesif yang diketahui). Dalam kasus autosomal, penyakit resesif, orang tua, pembawa alel yang diubah dari gen "resesif", tidak menjadi sakit karena alel kedua adalah normal. Pertemuan dua alel bermutasi dari gen yang sama yang akan bertanggung jawab, dalam satu dari empat kasus, untuk kelahiran anak yang terkena penyakit genetik yang terkait dengan perubahan gen ini. Diperkirakan bahwa 2% pasangan (atau 1 dari 50) dipengaruhi oleh risiko resesif autosomal atau kelainan genetik terkait-X ini, yang mewakili sekitar 3.000 kelahiran per tahun di Prancis.

Fibrosis kistik dan atrofi otot tulang belakang infantil adalah salah satu patologi genetik paling serius dari transmisi resesif autosomal di Prancis dalam hal frekuensi, dengan 1 orang dalam 32 dan 1 orang dalam 40, masing-masing, membawa variasi genetik predisposisi dalam populasi umum. Atrofi otot tulang belakang infantil, dalam bentuk utamanya (Tipe 1, yang mempengaruhi 60% pasien), adalah penyakit yang paling sering berakibat fatal sebelum usia dua tahun. Dalam bentuk yang lebih ringan, amyotrofi berkembang pada anak usia dini tetapi prognosisnya sering mengancam jiwa sebelum dewasa. Dari sudut pandang teknologi dan medis, sekarang dimungkinkan untuk mengidentifikasi sebagian besar orang yang merupakan pembawa sehat dari variasi genetik yang merusak patologi

ini. Jenis skrining ini disebut prakonsepsi penyaringan. Untuk penyakit resesif autosomal, penyatuan dengan pembawa lain memberikan kemungkinan 25% untuk memiliki anak yang terkena. Dalam hal ini, beberapa proposal dapat diajukan kepada orang tua: pra-implantasi atau diagnosis prenatal, donasi telur atau adopsi.

Evolusi pengurutan tinggi-melalui genom berarti bahwa sekarang secara teknis dimungkinkan untuk menyaring pasangan yang berisiko terhadap sejumlah besar penyakit genetik resesif. Dalam keadaan pengetahuan saat ini, genetika memungkinkan untuk memprediksi risiko tinggi penyakit tertentu dan untuk mengembangkan strategi skrining atau pencegahan untuk: individu yang memiliki kecenderungan. Namun, dalam beberapa kasus, prediksi menyangkut penyakit dengan tingkat keparahan tertentu, yang pengobatan dan/atau pencegahannya masih terbatas. Dalam kasus ini, diagnosis prenatal dapat diajukan kepada orang tua dengan maksud untuk penghentian kehamilan untuk: alasan medis jika penanda genetik yang dapat diandalkan diidentifikasi pada orang tua dan janin. Karakterisasi anomali genetik juga dapat membenarkan usulan diagnosis pra-implantasi, yang memungkinkan pasangan untuk menghindari penghentian medis kehamilan dengan memilih embrio yang tidak terpengaruh.

4.1.3 Fungsi sensorik dan psikologis janin

Sistem sensorik manusia dimulai jauh sebelum kelahiran: sensitivitas kulit dimulai sedini 10 minggu setelah pembuahan, sistem keseimbangan estibular sedini 8 minggu, pengecapan sedini minggu ke-12, penciuman sedini minggu ke-9 dan pendengaran sekitar minggu ke-20.

1. Rasa

Janin mendeteksi aroma dan rasa makanan ibu: gigi manis muncul sejak minggu ke-20 kehamilan, dan pada minggu ke-32, aroma makanan dari makanan ibu terdeteksi, yang merupakan semacam pengenalan bertahap dengan budaya makanan masa depannya (misalnya kari di India dan bawang putih dan zaitun minyak di Mediterania). Aroma-aroma ini tidak hanya terdeteksi tetapi juga dihafal karena, setelah lahir, bayi akan lebih menyukai aroma (seperti adas manis) yang telah terpapar. Boris Cyrulnik melaporkan pengalaman berikut: ketika Anda memasukkan

bawang putih mayones di lidah bayi New York, itu membuat wajah, tetapi di lidah bayi Marseille, itu tersenyum. Karena itu rasa telah dihafal, dan hafalan ini terjadi selama tidur REM, tugas yang dibuat lebih mudah dengan fakta bahwa janin menghabiskan sebagian besar waktunya untuk bermimpi.

2. Tidur

Kita sekarang tahu lebih banyak tentang tidur janin. Proporsi tidur REM, dan karena itu bermimpi, meningkat antara minggu ke-32 dan ke-40, yang sesuai dengan fase pematangan otak yang cepat, di mana mimpi berperan. Dominasi tidur REM selama periode janin dapat dijelaskan oleh ketidakmatangan otak (Dugas 2019): ukurannya yang kecil dimaksudkan untuk memfasilitasi persalinan ibu; sebagai imbalannya, tidur REM, yang lebih gelisah, akan memungkinkan penggandaan sirkuit saraf yang dipercepat yang diperlukan untuk pengembangan sistem saraf pusat dan fasilitasi pembelajaran. Akhirnya, ini dapat digunakan untuk pemrograman genetik (perilaku dasar utama dipelajari di dalam rahim dan di awal kehidupan (Jouvet 2000)).

4.1.4 Stres dan psikopatologi ibu

Paparan psikopatologi ibu, atau stres, selama kehamilan dikaitkan dengan prematuritas dan berat badan lahir rendah dan, dalam jangka panjang, dengan masalah perilaku, emosional, kognitif dan motorik pada masa kanak-kanak dan gangguan kejiwaan pada masa remaja. Transmisi psikopatologi dan stres antargenerasi ini akan disebabkan oleh kombinasi lingkungan intrauterin, faktor genetik dan lingkungan pascanatal. Janin dan kemudian bayi beradaptasi sebagai respons terhadap kesehatan dan keadaan fisik ibu, memodifikasi proses fisiologis dan metabolisme penting yang dapat bertahan hingga dewasa: misalnya, sumbu HPA2 memainkan peran penting dalam banyak sistem homeostatik tubuh dan dalam respons tubuh terhadap stres, dengan sumbu HPA aktivitas yang diukur dengan kadar kortisol. Fungsi sistem ini akan dijelaskan nanti dalam bab tentang emosi. Misalnya, psikopatologi ibu selama periode prenatal dikaitkan dengan peningkatan kortisol pada rambut anak pada usia enam tahun (Molenaar 2019). Dengan demikian, psikopatologi ibu dan stres selama kehamilan dikaitkan dengan aktivitas aksis HPA jangka panjang anak.

1. Kortisol ibu prenatal

Data pencitraan otak struktural dan fungsional telah menunjukkan bahwa tingkat kortisol prenatal yang lebih tinggi dikaitkan dengan hiper-reaktivitas amigdala dan peningkatan volume amigdala pada anak perempuan saja; peningkatan konsentrasi kortisol prenatal juga telah dikaitkan secara positif dengan masalah afektif pada anak perempuan saja, efek yang sebagian disebabkan oleh volume amigdala kanan dan peningkatan amigdala. Dengan demikian, ada hubungan antara stres prenatal dan fungsi aksis HPA, regulasi aksis HPA pascakelahiran dan perilaku kecemasan dan depresi keturunan pada tikus dan manusia, terkait dengan jenis kelamin. Akibatnya, masalah perilaku antisosial yang rendah diamati pada anak perempuan dibandingkan dengan anak laki-laki selama masa kanak-kanak dan peningkatan kecemasan-depresi gejala, terutama gejala depresi yang diamati pada anak perempuan setelah pubertas, dapat menjadi karena penyebab yang sama.

4.2 Konsekuensi dari ADHD

4.2.1 Keterampilan sosial

Keterampilan sosial adalah salah satu aspek penting untuk dipertimbangkan selama kursus dan pengelolaan anak hiperaktif. Mereka terpengaruh secara signifikan: ada kesulitan dalam mengenali emosi, khususnya pengenalan rasa takut yang lebih sulit dibandingkan dengan emosi lain dan perubahan dalam teori pikiran dan keterampilan empati (Leger 2020). Anak-anak dengan tipe gabungan ADHD umumnya lebih tertantang secara sosial daripada mereka dengan tipe yang benar-benar lalai. Ketika membandingkan anak hiperaktif untuk peserta kontrol dan subjek dengan gangguan spektrum autisme (ASD), ada penurunan yang signifikan dalam keterampilan sosial pada kelompok ADHD dibandingkan dengan pada kelompok kontrol, dengan skor menengah antara kontrol dan kelompok ASD; profil gejala ADHD karena itu secara kualitatif mirip dengan ASD, tetapi intensitasnya lebih rendah (Léger 2020).

4.2.2 Agresi

Satu studi menganalisis pengaruh bersama dari perilaku pengasuhan positif dan negatif dan gejala ADHD pada perilaku agresif pada anak berusia tiga hingga enam tahun (Meyer 2020). Gejala DHD dan perilaku pengasuhan negatif dikaitkan dengan perilaku agresif. Analisis regresi berganda menunjukkan bahwa akan ada mediasi parsial: kehadiran perilaku agresif pada anak-anak tampaknya sebagian dijelaskan oleh perilaku orang tua, tetapi bahkan lebih ketika anak memiliki gejala hiperaktif dan kurangnya perhatian.

4.2.3 Kegemukan

Sejumlah penelitian sekarang menyoroiti hubungan antara obesitas, kelebihan berat badan dan ADHD pada orang dewasa, remaja dan anak-anak, baik dalam populasi klinis dan umum, dan mengendalikan beberapa faktor perancu. Oleh karena itu, kelainan ini merupakan faktor risiko obesitas. Pada anak-anak, diagnosis ganda ADHD dan obesitas memiliki konsekuensi psikologis yang signifikan: stigmatisasi sosial, harga diri yang rendah, dan kesulitan akademik. Impulsivitas dan khususnya defisit penghambatan respons dan kesulitan dalam menoleransi penundaan terkait dengan perilaku makan abnormal yang menyebabkan obesitas. Otak disfungsi dalam sistem penghargaan telah dijelaskan pada ADHD dan obesitas. Memang, studi neuroimaging fungsional mendukung keterlibatan daerah prefrontal, striatal dan serebelar pada ADHD. Secara khusus, area frontal (*gyrus frontal superior*, *gyrus frontal precentral* dan *inferior*), area parietal (*gyrus postcentral*, *gyrus angular*, *sulcus subparietal*), korteks temporal (*gyrus temporal superior*) dan oksipital (*medial occipital gyus*), insula dan basal ganglia terlibat pada anak-anak. Studi subkelompok anak-anak dengan ADHD dan gangguan pesta makan menunjukkan kelainan umum untuk kedua gangguan, khususnya terkait dengan sirkuit hadiah (ganglia basal, amigdala, orbitofrontal dan korteks prefrontal), penghambatan respons (sirkuit frontostriatal dan frontocerebellar) dan pengaturan dan pemrosesan emosi (amigdala, insula, striatum, korteks cingulate anterior, korteks prefrontal).

4.3 Autisme

4.3.1 Tanda peringatan

Sejumlah besar pekerjaan telah memeriksa tanda-tanda awal gangguan spektrum autisme (ASD), terutama yang berkaitan dengan gejala intinya: gangguan keterampilan sosial dan komunikasi dan perilaku atau minat yang berulang dan tidak fleksibel. Dalam wawancara retrospektif, orang tua dari anak-anak dengan ASD sering melaporkan bahwa mereka menjadi khawatir tentang perkembangan anak mereka pada usia 13-19 bulan, dan 15-30% orang tua khawatir bahkan sebelum ulang tahun pertama anak. Secara umum, area perkembangan utama yang menjadi perhatian pada tahun-tahun awal kehidupan adalah kemampuan untuk mengatur emosi dan fungsi dasar, seperti makan dan tidur.

Selain itu, anak-anak yang kemudian didiagnosis dengan ASD memiliki lebih banyak kunjungan bayi ke pusat perawatan primer daripada yang lain, terutama untuk masalah menangis, makan dan tidur. Berbagai penelitian tidak menemukan perbedaan dalam tingkat menyusui ketika anak-anak dengan ASD dibandingkan dengan saudara kandung mereka yang tidak terpengaruh dan anak-anak lain yang biasanya berkembang. Beberapa ibu melaporkan masalah dengan pemberian makan anak mereka sejak lahir dan transisi yang terlambat ke makanan padat. Selain itu, berdasarkan data orang tua, frekuensi gangguan tidur pada anak ASD cukup tinggi, berkisar antara 50% hingga 80%. Disfungsi lain dalam regulasi emosi juga telah diamati pada tahun-tahun awal kehidupan pada anak-anak yang kemudian didiagnosis dengan ASD, tetapi sejauh mana orang tua merasakan tanda-tanda awal patologi ini tidak diketahui, karena mungkin umum terjadi pada anak-anak banyak gangguan lain, seperti kelemahan.

4.4 Pengaruh teman sebaya

Dalam konteks sosialisasi, teman sebaya berperan penting, kedua setelah keluarga. Persahabatan masa kecil mendorong perkembangan teori pikiran dan harga diri (Mallet 2015). Mereka penting dalam fase transisi (masuk ke SD, SMP dan SMA). Mereka juga merupakan faktor pelindung terhadap *bullying* dan *cyberbullying* (lihat di bawah), seperti kehadiran seorang teman yang menghadiri ini

Kejadian menurunkan kadar kortisol. Dengan demikian, teman datang sebagai sistem keterikatan kedua, basis keamanan kedua untuk eksplorasi dan otonomi. Salah satu transisi yang paling penting dari masa remaja adalah meningkatnya kepentingan dan pengaruh hubungan teman sebaya. Sementara persahabatan muncul relatif awal pada masa kanak-kanak, penelitian tentang kelompok sebaya telah menunjukkan bahwa pengaruh dan pentingnya teman sebaya meningkat pada masa remaja awal, saling melengkapi dan mungkin menyaingi peran yang dimainkan oleh orang tua. Pola ini berlanjut sampai pengaruh teman sebaya mencapai puncaknya pada pertengahan masa remaja dan mulai menurun secara bertahap pada masa remaja akhir, struktur pertemanan ini dapat membantu remaja berpindah dari identitas yang berhubungan dengan orang tua ke identitas yang ditentukan oleh teman dan, akhirnya, ke identitas individual. Dengan demikian, masa remaja ini mungkin merupakan waktu yang ideal untuk mempelajari perubahan dalam jaringan teman sebaya dan implikasinya terhadap perkembangan.

Karena peningkatan psikopatologi atau penggunaan produk psikoaktif sering berjalan paralel dengan peningkatan pengaruh hubungan teman sebaya di awal dan pertengahan masa remaja, teman sebaya mungkin berperan dalam menyebabkan atau mempertahankan psikopatologi atau penggunaan pada usia ini. Misalnya, memiliki teman yang mendukung dapat membantu remaja menghindari depresi; sebaliknya, ruminasi bersama di antara teman-teman (membahas masalah, berfokus pada emosi negatif, dan sebagainya) meningkatkan tingkat pemikiran depresi secara keseluruhan; pengaruh penularan teman sebaya kemudian akan meluas ke perilaku negatif (seperti pelatihan penyimpangan) dan emosi, termasuk tekanan emosional seperti gejala depresi.

Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa hanya bergaul atau terikat dengan teman sebaya yang terlibat dalam perilaku berisiko membuat anak-anak atau remaja lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku seperti itu sendiri; remaja yang terlibat dalam perilaku pengambilan risiko yang sesuai dengan usia (alkohol, tembakau, obat-obatan terlarang, agresi) lebih cenderung memiliki teman yang menunjukkan perilaku yang sama. Selain itu, tidak perlu mengamati perilaku pada teman sebaya untuk menirunya; cukup untuk berpikir bahwa perilaku ini populer di dalam kelompok seseorang dan bahwa

pengambilan risiko adalah "harga yang harus dibayar" untuk mendapatkan popularitas ini; salah satu dari banyak contoh adalah motivasi yang ditimbulkan oleh orang-orang muda yang melakukan hubungan seksual pertama mereka pada usia yang sangat dini: mata pelajaran ini menunjukkan bahwa popularitas di sekolah mungkin bergantung pada kemampuan untuk melanggar aturan. Yang mengatakan, persepsi subjek tentang apa yang normatif dalam kelompok sebaya mereka jelas tunduk pada distorsi. Namun, ada kritik terhadap temuan karya mengenai fasilitasi pengambilan risiko sejawat: ketika menghubungkan kesamaan dalam perilaku dengan rekan sejawat.

pengaruh, kemungkinan efek faktor pembaur diabaikan: misalnya, kesalahan pengukuran, ketika perilaku teman sebaya ditimbulkan oleh akun subjek sendiri (termasuk membenaran diri dan kemungkinan proyeksi); dengan demikian, anak-anak dan remaja tidak selalu sangat akurat dalam ingatan dan membangkitkan perilaku teman sebaya.

4.5 Perinatal Perawatan

4.5.1 Rendah kelahiran bobot

Berat lahir rendah atau kecil untuk usia kehamilan telah dikaitkan dengan peningkatan risiko mortalitas dan morbiditas dan mungkin memiliki implikasi besar untuk kemudian kesehatan: berat badan lahir rendah dapat dikaitkan dengan peningkatan tekanan darah sistolik dan risiko penyakit kardiovaskular di masa dewasa. Seperti yang telah kita lihat, berbagai lingkungan eksposur, seperti merokok, udara polusi atau bahan kimia, memengaruhi janin pertumbuhan.

Berat badan rendah dapat dikaitkan dengan gangguan kejiwaan dan autisme, tetapi hasil adalah bukan belum konsisten. Itu risiko dari motor, kognitif, emosional dan perilaku masalah mungkin menjadi bahkan lebih tinggi di kurang beruntung sosial pengaturan. Untuk contoh, di Brazil, satu belajar (Torres Pacheco 2019) dibandingkan 100 anak-anak (47 berat badan cukup dan 53 berat badan rendah) dengan Daftar Periksa Perilaku Anak untuk masalah perilaku dan emosional dan Daftar Periksa Perilaku Autisme untuk autisme gejala. Hasilnya menunjukkan tidak ada perbedaan antara kedua kelompok

(rendah dan memadai bobot) di ketentuan dari perilaku masalah dan autis karakteristik.

4.5.2 Prematuritas

Prematuritas, didefinisikan sebagai setiap kelahiran sebelum 37 minggu amenore (WA), mempengaruhi 15 juta anak per tahun di seluruh dunia dan sekitar 60.000 anak per tahun di Prancis (7,5% dari hidup kelahiran).

Ini mungkin tunduk pada variasi sejarah. Misalnya, berat lahir anak mungkin bergantung pada ketika mereka, milik mereka orang tua dan bahkan milik mereka kakek-nenek adalah lahir.

Prematur sedang (32-33 WA) dan bayi prematur akhir (34-36 WA) bertanggung jawab sekitar 85% bayi prematur, bayi sangat prematur (28-31 WA) bertanggung jawab 10% dan sangat prematur (<28 WA) bayi Akun untuk 5%.

4.5.3 Jangka panjang menindaklanjuti dari prematur bayi

Bayi prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah memiliki risiko yang lebih tinggi dan tingkat yang lebih tinggi motor, kognitif, perilaku dan emosional masalah. Empat puluh delapan persen peserta memiliki gangguan kognitif ringan atau sedang. Memori kerja, perhatian, dan fleksibilitas mental memiliki rata-rata yang rendah dibandingkan dengan referensi kelompok. Ke samping dari keluarga hubungan, kualitas dari kehidupan peringkat adalah secara signifikan lebih rendah dari keduanya anak dan induk perspektif.

Anak-anak dilaporkan secara signifikan menurun kualitas dari kehidupan di itu daerah dari persahabatan, harga diri dan santai waktu, ketika orang tua dilaporkan psikologis kesejahteraan, tugas sekolah dan vitalitas. Kualitas hidup anak yang lahir sangat prematur pada usia sekolah tanpa Oleh karena itu, tantangan serius lebih rendah daripada populasi referensi anak-anak lahir cukup bulan, baik dari sudut pandang orang tua maupun anak. penilaian ini Sebaiknya memungkinkan sebuah lebih baik memahami dari itu jangka panjang hasil dan ke menawarkan sesuai mendukung untuk anak dan itu keluarga.

4.5.4 Otak perubahan pada ibu

Pada ibu, kelahiran dikaitkan dengan nilai penguatan yang tinggi yang memotivasi keibuan peduli. Ini terjadi melalui itu melepaskan dari dopamin di itu inti accumbens, komponen sentral dari sistem penghargaan otak yang terletak di ventral striatum, daerah yang dikenal menanggapi ke bayi isyarat.

Ada pengurangan di striatum ventral kanan dan kecenderungan ke arah penurunan di striatum ventral kiri pada wanita hamil antara sesi dibandingkan dengan tidak hamil wanita. Lebih-lebih lagi, volume pengurangan selama kehamilan adalah terkait dengan terkait bayi tanggapan di itu *pascapersalinan* Titik, dengan lagi volume prognostik menurun memprediksi aktivasi fungsional yang lebih kuat dari keturunan sinyal.

Dengan demikian, transisi menjadi ibu mendorong reaktivitas yang kuat dari ibu Penghargaan sistem ke anaknya sinyal.

4.5.5 Pascapersalinan depresi atau itu "bayi biru"

Pascapersalinan depresi adalah sebuah penting publik kesehatan masalah, dengan studi menunjukkan bahwa antara 3% dan 35% wanita menderita depresi berat atau ringan pada tahun pertama setelah melahirkan, dengan nilai rata-rata 15%. Ini berdampak negatif wanita berfungsi, pribadi hubungan dan itu sosial dan kognitif perkembangan anak-anak.

Aktivitas fisik secara teratur telah diakui sebagai modalitas pengobatan yang efektif untuk depresi mayor dan minor pada populasi umum, dan potensi manfaatnya latihan pada depresi perinatal juga mulai muncul. Beberapa sistematis ulasan dan meta-analisis telah menunjukkan bahwa olahraga mungkin efektif dalam mengurangi depresif gejala selama kehamilan dan *pascapersalinan* (Car van der Waerde 2019).

Gejala depresi di tahun pertama *pascapersalinan* adalah diukur menggunakan Edinburgh Depresi setelah melahirkan Skala keduaanya kelompok.

Asosiasi aktivitas fisik/perilaku menetap dengan gejala depresi adalah bertekad menggunakan logistik regresi analisis, disesuaikan untuk potensi faktor yang membingungkan. Dalam model yang disesuaikan, tingkat rumah tangga/pengasuhan yang lebih tinggi aktivitas dan perilaku waktu senggang yang menetap selama trimester

ketiga kehamilan dikaitkan dengan peningkatan risiko depresi. Tidak ada hubungan yang signifikan ditemukan untuk domain aktivitas fisik pada trimester pertama kehamilan. Lebih tinggi level dari rumah tangga dan pengasuhan kegiatan dan menetap santai waktu perilaku di itu terakhir trimester dari kehamilan muncul ke meningkat itu kemungkinan dari *pascapersalinan* depresi.

Di kesimpulan, tujuan dan konteks harus menjadi dipertimbangkan Kapan mendorong aktivitas fisik sebagai strategi untuk membantu mencegah masalah kesehatan mental *pascapersalinan* dari kehamilan. Mengurangi perilaku menetap bisa menjadi strategi pelengkap (mobil van der Waerde 2019).

4.6 Itu bayi panggung (0–2 bertahun-tahun)

4.6.1 Pendahuluan

Ini adalah periode kehidupan ketika perkembangan paling cepat: koneksi saraf ditetapkan pada kecepatan setidaknya 1.000 per detik. Karena itu kami "belajar" sebanyak-banyaknya antara usia 0 dan 2 seperti yang kita lakukan selama sisa hidup kita. Kami pergi dari terlihat (motor keterampilan) ke itu tak terlihat (pikiran) karena "bayi" melakukan bukan bicara. Namun, persepsi berkembang banyak lebih cepat dibandingkan motor keterampilan pada ini usia.

Interaksi biologis dan sosial terus menghasilkan perbedaan individu; di sana adalah sebagai banyak perbedaan di antara bayi (di antara itu Tonik dan itu melibatkan perenungan) seperti yang ada di antara orang dewasa.

Periode kehidupan ini menyembunyikan masalah epistemologis yang penting: penelitian terbaru pada itu persepsi dan pengartian dari bayi pertanyaan itu Piaget teori dari asimilasi (anak memahami dunia melalui tindakannya, tetapi bayi mengerti) bukan bertindak, atau hanya melakukannya sampai batas tertentu).

4.6.2 Itu masalah dari menyusui

Menyusui adalah makanan yang paling cocok untuk anak-anak, terlepas dari ekonomi dan tingkat kesehatan negara yang bersangkutan. Ini berkontribusi pada pertumbuhan anak dan memperkuat sistem kekebalan tubuh, serta membantu mengurangi prevalensi masalah kesehatan, seperti obesitas dan atopi. Ada juga

manfaat untuk ibu, seperti sebagai itu pengurangan dari itu mempertaruhkan dari dada kanker. Ini praktek adalah karena itu dipromosikan.

Dalam kohort ibu-anak EDEN, peran protektif untuk menyusui terhadap diare pada bulan-bulan pertama kehidupan disarankan, tetapi tidak terhadap masa kanak-kanak lainnya infeksi atau gejala alergi di masa bayi.

Sejak studi mani 1929, banyak penelitian telah menunjukkan bahwa menyusui adalah dikaitkan dengan kemampuan bahasa yang lebih baik di masa kanak-kanak dan bahwa anak-anak yang disusui memiliki skor yang lebih tinggi pada tes kecerdasan daripada anak-anak yang tidak pernah disusui (Bernard dan De Agostini 2013). Namun, beberapa penulis telah menyarankan bahwa disebabkan oleh faktor perancu (perbedaan sosial, ekonomi dan budaya) level di antara menyusui dan tidak menyusui ibu).

4.6.3 Rasa

Ada sedikit keraguan bahwa manis, asam dan pahit memicu reaksi yang sangat berbeda, seperti melakukan penciuman, meskipun dia adalah lagi tidak stabil.

1 Kolostrum diproduksi oleh semua mamalia betina untuk tujuan memberi makan bayi yang baru lahir dari kelahiran. Dia adalah sebuah tebal kekuningan cairan disekresikan oleh itu susu kelenjar selama itu ketiga trimester dari kehamilan dan itu pertama hari setelah pengiriman. Sejak dada susu adalah bukan kaya cukup di antibodi, kolostrum terjadi dalam beberapa jam pertama kehidupan untuk menularkan imunologis resistensi didapat dengan itu ibu untuk itu bayi (Bernar 2017). Rasa tergantung pada bagaimana bayi diberi makan. Misalnya, menyusui mengurangi kemungkinan neophobia (penolakan makanan baru, topik ini akan dibahas nanti dalam bab tentang perilaku makan) karena ASI memiliki lebih banyak variasi rasa daripada susu pengganti. Pengaruh ini bisa sangat jangka panjang. Sebagai contoh, Kehadiran vanilla dalam susu akan mempengaruhi rasa makanan vanilla hingga dewasa (Streri 2018).

4.6.4 Pikiran sebelum bahasa

Bisakah kita berpikir sebelum dan tanpa bahasa? Jawabannya di masa lalu telah sering pernah Tidak. Sebagai sebuah hasil, pembangunan psikolog memiliki telah ke mengembangkan baru metodologi observasional untuk menilai tanpa bahasa (Streri 2018), seperti "pelanggaran harapan" atau "situasi yang tidak mungkin" (mis lain, kita melihat apakah anak itu terkejut; *ditto* untuk gagasan nomor: ketika a situasi tidak mungkin menggunakan pengurangan atau kecanduan, bayi mencari lebih lama. Bahkan itu gagasan dari kemungkinan: mereka terlihat lebih lama pada sebuah mustahil larutan).

Dengan demikian, perdebatannya adalah tentang representasi, yang sangat terlambat dikaitkan oleh Piaget, lebih lanjut sebelum waktunya oleh itu ahli intuisi, bahkan dari kelahiran. Intuisi adalah Apa itu bayi memiliki sebelum kognisi: "Apakah situasi ini sesuai atau beresonansi dengan saya? otak, atau bukan?"

4.6.5 Persepsi

Tidak, bayi tidak buta, juga bukan saluran pencernaan. Diasumsikan bahwa mereka penglihatan adalah kabur, tetapi di fakta itu kontras polaritas dari milik mereka mata (dari itu bunga iris, penuh arti Apa itu mata adalah Betulkah melihat ke) menunjukkan itu bayi baru lahir melihat Suka orang dewasa.

Karena bayi yang baru lahir belum banyak bergerak, mereka menonton. Mereka telah disebut "bayi" astronom". Pengamatan dan analisis dari apa yang mereka lihat dan visual mereka fiksasi membawa kita baru pengetahuan pada intelektual mereka fungsi.

Dengan demikian, Piaget menempatkan permulaan objek permanen (memahami bahwa suatu objek selalu ada bahkan jika dia adalah tersembunyi) pada tentang 8–12 bulan; dengan teknik bukan tersedia untuk Piaget (video dan komputer), ini telah terbukti mungkin sebagai lebih awal sebagai empat sampai lima bulan (Streri 2018).

Deretan token adalah, semakin banyak token yang ada (bahkan jika jaraknya lebih jauh terpisah). Namun, baru-baru ini, telah diamati bahwa anak-anak semuda dua tahun tua jangan membuat kesalahan ini dengan permen, bukan token (Streri 2018). Piaget punya mengabaikan satu hal penting: motivasi, dalam hal ini keserakahan. Motivasi akan

karena itu memperbaiki itu anak intuisi dan membuat dia seorang ahli matematika.

Dengan demikian, anak-anak sebagai muda sebagai dua bertahun-tahun tua reaksi berbeda ke tambahan atau pengurangan memberikan hasil yang benar atau salah ($1 + 1 = 2$ atau $1 + 1 = 3$), yang diharapkan nomor tetap di dalam mereka bekerja Penyimpanan.

4.7 Itu persepsi dan ekspresi dari emosi

Bayi membedakan antara senyuman, juga cemberut dan kejutan. Tangisan mereka lapar, marah dan sakit berbeda (karena itu mereka harus dibedakan oleh gambar lampiran). Melodi tangisan bayi memiliki kemiripan dengan ibu lidah (karena janin impregnasi dari itu bahasa).

4.8 Itu persepsi dari itu sosial dunia dan sosial pengertian

Bayi baru lahir merasakan agensi (pemahaman bahwa orang bertindak dengan tujuan yang diarahkan terhadap suatu objek dan berinteraksi dengan orang lain atau objek tersebut) dan merasakan perbedaan ini dengan mati objek.

Bayi disebut memiliki "bias visual mendasar", yang menunjukkan preferensi bayi baru lahir untuk wajah manusia tanpa pembelajaran sebelumnya: sembilan menit setelahnya kelahiran, sebuah baru lahir menghabiskan lagi waktu melihat pada sebuah mendayung dengan sebuah manusia wajah digambar pada dia dibandingkan pada sebuah mendayung itu adalah kosong, atau satu dimana itu wajah fitur adalah terdistorsi (misalnya mulut di atas hidung). Demikian pula, subjek berusia 5 hari melihat lebih lama pada manusia wajah dibandingkan pada rangsangan lain (Streri 2018).

Sebuah saraf jaringan akan karena itu mengambil mengenakan biaya dari itu geometris Bentuk "mulut/hidung/mata": wajah yang difoto dari depan akan lebih menarik perhatiandari pada a wajah difoto di Profil, dengan mata membuka lebih tepatnya daripada tertutup.

Pengenalan wajah ibu muncul antara 12 dan 78 jam, tergantung pada waktu yang dihabiskan bersamanya, dan ini pada saat bayi tidur sebagian besar waktu. Namun, suara juga penting: hanya ibu yang

berbicara dengan anak mereka yang dikenali, karena suara sudah dirasakan *di rahim*.

Namun, pada kenyataannya, interaksi antara tatapan dan bahasa ini juga bekerja dengan rakyat tidak diketahui bayi: mereka hanya mengenali rakyat siapa berbicara kepada mereka.

Sejak hari-hari pertama kehidupan, matalah yang menarik perhatian anak-anak ke sebuah wajah. Mengikuti gerakan tatapan memberi kesaksian tentang perkembangan keterampilan yang datang dari sebuah filogenetik warisan lintas tiga hierarkis tingkat: itu maksud detektor, detektor arah tatapan (antara 9 dan 18 bulan) dan teori pikiran (konsep dijelaskan nanti di itu buku).

4.9 Anak-anak dengan tinggi potensi (“bakat”)

Bakat, ditentukan sebagai sebuah tinggi IQ (di atas 130), adalah sebuah adaptif keuntungan untuk masalah memecahkan dan sebuah bahan untuk pendidikan dan profesional kesuksesan, tetapi dia juga dapat menjadi beban, menyebabkan kesulitan dalam emosi, perilaku dan sosial domain, kesulitan yang mungkin dimulai sebagai lebih awal sebagai taman kanak-kanak.

Sebuah nomor dari anak karakteristik adalah terkait dengan, atau prediktif dari, bakat, menurut ke Vaivre-Douret (2019): sebuah lebih tinggi persentase dari anak laki-laki, tangan kanan, sebuah tinggi frekuensi dari sesepuh, sebuah lebih tinggi sosial budaya keluarga lingkungan, berat badan rata-rata yang sangat jauh lebih tinggi dari rata-rata dan perkembangan psikomotorik lanjut (termasuk penguasaan berjalan yang merupakan salah satu) bulan lebih cepat dari rata-rata, pembelajaran bahasa 3,5 bulan lebih cepat dari rata-rata dan lebih awal belajar untuk Baca).

Secara neurobiologis, kami bisa karena itu mengadakan hipotesa sebuah neuromotorik hal dewasa sebelum waktunya dari mielinisasi pematangan, dan akibatnya lebih cepat dan sebelumnya sinyal perambatan kecepatan, terkait ke itu isolasi ketebalan jatuh tempo ke itu lebih awal serangan dari mielinisasi (Vaivre-Douret 2019). Selain itu, anak-anak ini telah mengurangi pengeluaran energi dengan konsumsi glukosa yang lebih rendah; konduksi yang lebih cepat akan menghemat energi dan dapat mengakibatkan dalam konektivitas yang lebih besar dalam waktu minimum dan dengan biaya lebih

rendah. Ini juga berguna untuk pengkodean, terutama untuk memori. Ini mungkin menjelaskan mengapa anak-anak ini tidak dengan mudah lelah.

Dua teori kecerdasan baru telah membahas deskripsi potensi tinggi dan merupakan dasar dari program pendidikan yang didedikasikan untuk anak-anak berpotensi tinggi, dengan tujuan memfasilitasi karir sekolah mereka dan mengurangi jumlah siswa yang berada di bawah potensinya, atau bahkan dalam situasi putus sekolah sekolah dan siapa Renzulli (2003) panggilan berprestasi rendah:

- Sternberg's Triarkis Teori (1985) menggambarkan tiga formulir dari intelijen: analitis, praktis dan kreatif;
- Teori Kecerdasan Ganda Gardner (1983) menjelaskan tujuh bentuk: kecerdasan: bahasa, visuospasial, logis-matematis, kinestetik, interpersonal, intrapersonal dan musikal.

Beberapa model pengembangan potensi tinggi telah bertujuan untuk mengurangi fenomena prestasi rendah yang diamati pada individu tertentu. Model Renzulli (2003) adalah sangat menarik dari perspektif ini. Model ini, dikenal sebagai "tiga cincin" model, membawa ke dalam bermain kemampuan kognitif, kreativitas dan keterlibatan dalam aktivitas, yang termasuk non-kognitif faktor seperti sebagai motivasi, percaya diri dan permintaan diri. Oleh menggabungkan ini tiga ukuran, yang dia menganggap pelengkap dalam deskripsi potensi tinggi, ia memperluas identifikasi di luar sebuah sederhana intelektual pertunjukan dan membuat kita pertanyaan itu reduktif pendekatan kami mungkin menjadi puas dengan (Pereira da Costa 2019).

Analisis oleh CNAHP (*Center National d'Aide aux enfants et remaja Haut Potensi*) menunjukkan itu mereka mungkin secara paradoks hadiah terbukti akademik (termasuk akademik kegagalan: 7,5%) dan masalah sosioemosional terkait ke milik mereka potensi intelektual yang tinggi, termasuk, khususnya, gangguan kecemasan yang terkait dengan tinggi lisan potensi (Tordjman dan Kermarrec 2019).

Memang, bakat sering dikaitkan dengan berbagai emosi negatif menyatakan di anak-anak dan orang dewasa, termasuk gejala dari depresi dan kecemasan, perhatian kesulitan dan sebuah jangkauan dari hubungan kesulitan.

Temuan ini sering ditafsirkan dalam terang teori Dąbrowski (1972), yang menghubungkan kecerdasan tinggi dengan overexcitability; bakat juga dapat menyebabkan rasa dari makhluk berbeda dan dengan demikian ke masalah dari emosional dan sosial pengaturan.

Namun demikian, hasil kerja, terutama pada kecemasan, tidak konsisten dan ini mungkin mencerminkan keberadaan dari faktor yang membingungkan:

- Itu variabilitas dari definisi dari bakat: meskipun itu paling umum definisi didasarkan pada skor IQ tinggi, banyak penulis memasukkan kreativitas, akademik prestasi, kepemimpinan atau kombinasi dari semua ini dalam definisi mereka. Orang-orang yang basis dia pada IQ memiliki terpilih beberapa ambang batas (120, 125, 130, 145 atau bahkan 160), meskipun itu paling umum pilihan tetap 130. Kadang-kadang, itu definisi dari bakat digunakan oleh para penulis adalah bukan bahkan dibuat eksplisit di itu artikel.
- Bias pengambilan sampel: beberapa pekerjaan bergantung pada penyaringan guru, sebuah metode yang membuat bias sampel terhadap stereotip bersama oleh guru. Pekerjaan lain telah dilakukan oleh psikolog klinis atau bahkan di bangsal psikiatri, mengakibatkan peningkatan diamati psikiatrik gangguan. Beberapa memiliki digunakan spesial pendidikan sekolah sampel baik untuk yang berbakat maupun yang berprestasi, dalam hal ini orang yang berbakat kurang berprestasi kemungkinan besar kurang terwakili.

Apa yang dikatakan Studi EDEN? Masalah perilaku, emosi dan sosial telah diukur dengan menggunakan kuesioner yang disebarkan kepada orang tua; IQ skor adalah berdasarkan di WPPSI-III pada 5-6 tahun dari usia.

Tidak ada perbedaan signifikan dalam masalah perilaku, emosional dan sosial diamati antara anak-anak berbakat dan anak-anak dengan IQ normal (≥ 70 dan 130). Kesimpulan dari studi EDEN adalah bahwa selama periode pra-sekolah, berbakat anak-anak tampaknya tidak menunjukkan masalah perilaku, emosional atau sosial lagi daripada anak-anak dengan IQ biasa.

Akhirnya, itu situasi dari tinggi potensi anak-anak siapa hadiah akademik atau emosional kesulitan bisa menjadi ditingkatkan jika memadai terapeutik tanggapan adalah asalkan, seperti sebagai bijaksana identifikasi di itu sekolah lingkungan atau oleh dokter anak tanpa, bagaimanapun, pelabelan anak sebagai berbakat sangat awal. Memang, pengumuman diagnosis dini potensi tinggi juga dapat memiliki efek buruk, yang dapat menyebabkan masalah perilaku mengingat harapan stres dari lingkungan, atau itu anak bisa memiliki sebuah terlalu tinggi gambar dari kemahakuasaan (Vavre-Douret 2019).

4.10 Moral perkembangan

Secara historis, itu psikologi dari moral perkembangan di anak-anak memiliki pernah didominasi oleh perspektif kognitivistis, menjelaskan perkembangan moral melalui teori perkembangan kognitif:

- 1) Piaget teori (1928), sering dipertimbangkan itu pertama perkembangan kognitif teori perkembangan moral, menjelaskan empat tahap penalaran logis dan dua tahapan dari moral perkembangan: heteronomi dan otonomi; anak-anak di itu tahap heteronom merasa berkewajiban mengikuti eksternal aturan ditetapkan oleh orang dewasa dan, ketika mereka mencapai tahap otonom, memahami bahwa aturan pantas dihormati dan didasarkan atas persetujuan bersama. Pada usia enam atau tujuh tahun, peluang untuk kerjasama teman sebaya memfasilitasi itu perkembangan dari saling menghormati dan itu anak bergerak jauh dari egosentris pemikiran.
- 2) Kohlberg (1973) memperluas teori Piaget di luar masa kanak-kanak hingga remaja dan dewasa dan berpendapat bahwa, karena penalaran moral jelas merupakan penalaran, maju penalaran moral tergantung pada penalaran logis tingkat lanjut. Penulis ini mengusulkan enam tahap penilaian moral, dikelompokkan menjadi tiga tingkat, prakonvensional, konvensional dan pascakonvensional:
 - Tingkat prakonvensional dicirikan oleh egosentrisme, dengan kata lain, anak adalah hanya khawatir dengan

milik mereka memiliki minat; aturan melakukan bukan berlaku dan itu anak hanya merasakan mereka melalui hukuman dan Penghargaan

- (Tahap 1: ketaatan dan hukuman. Anak menyesuaikan perilakunya untuk menghindari hukuman. Standar moral tidak terintegrasi. Tahap 2: kepentingan diri sendiri. Anak itu mengintegrasikan hadiah selain hukuman);
- Tingkat konvensional melihat keberbedaan menjadi penting; anak belajar untuk memuaskan harapan dan mematuhi hukum dan aturan umum (Tahap 3: hubungan interpersonal dan kesesuaian. Anak mengintegrasikan aturan kelompok terbatas yang mereka milik. Utama anak pertanyaan adalah: apa yang akan dilakukan orang? Pikirkan saya? Tahap 4: otoritas dan pemeliharaan ketertiban sosial. Anak mengintegrasikan norma-norma sosial dan hormat hukum bahkan jika bukan di miliknya minat dan tahu bagaimana ke melarikan diri hukuman);
- Tingkat postconventional dimulai dengan masa remaja, dewasa awal, atau tidak dicapai oleh beberapa. Individu mendasarkan penilaian moral mereka pada kriteria rasional dan atribut nilai untuk hukum yang diterima secara demokratis, umumnya menganggap bahwa menghormati hukum diperlukan, tetapi dapat mengenali konflik antara hukum dan nilai-nilai. Mereka memahami bahwa mungkin ada konflik antara penghormatan terhadap hukum dan kebutuhan individu. Mereka bersedia melanggar hukum jika mereka pikir itu salah, atau, sebaliknya, bersedia ke secara moral memvonis yakin kegiatan dan kemudian menahan diri dari mereka, meskipun hukum mengizinkan mereka (Tahap 5: kontrak sosial. Pada tahap ini, individu berpikir bahwa hukum harus dihormati, tetapi ada beberapa konflik antara hukum dan individu. Tahap 6: Anda prinsip-prinsip etika universal. Moral penilaian didasarkan pada nilai-nilai moral lingkup universal dan diadopsi secara pribadi oleh subjek setelah refleksi etis, termasuk persamaan hak, keberanian, kejujuran, menghormati untuk izin dan non-kekerasan). Ini moral nilai-nilai dari itu subjek

mengambil didahulukan dari pada menghormati hukum. Dengan demikian, orang tersebut siap membela minoritas moral pertimbangan dan adalah mampu dari menilai sebuah dilarang tindakan sebagai bagus atau, pada itu sebaliknya, menilai perbuatan yang halal itu buruk. Menurut Kohlberg, hanya 13% dari dewasa populasi akan mencapai panggung 6.

Seperti Piaget, Kohlberg menekankan pentingnya pengambilan peran (mengambil perspektif orang lain) dalam perkembangan moral dan mengusulkan bahwa sosial anak lingkungan memberikan kesempatan untuk mengambil peran dan partisipasi dalam hal ini mempromosikan moral perkembangan. Ini pengarang gergaji ini enam tahapan sebagai sekuensial, satu pada sebuah waktu. Kemajuan ke tahap berikutnya terjadi ketika ketidakseimbangan kognitif dibuat, atau ketika perspektif seseorang tidak cukup untuk menghadapi dilema moral. Ini ketidakseimbangan menyebabkan seseorang untuk merenungkan ketidakmampuan penalaran mereka dan untuk mencari alasan yang lebih memadai. Teori Kohlberg telah menjadi subjek penting kritik; beberapa memiliki lancip keluar itu miliknya teori adalah maskulin di perspektif dan ada alasan kuat untuk meragukan bahwa tingkat perkembangan moral yang lebih tinggi adalah secara budaya universal.

Dengan berfokus pada pengembangan penalaran logis, perkembangan moral awal Oleh karena itu, para ahli teori berasumsi bahwa keputusan moral didorong oleh alasan, dalam aspek kognitif domain. Namun, penulis lain telah mengusulkan bahwa keputusan moral didasarkan pada secara emosional didorong intuisi dan itu moral pemikiran adalah dibangun setelah itu keputusan adalah dibuat untuk menjelaskan sebuah keputusan itu dulu dibuat secara intuitif.

Ini, tentu saja, membangkitkan Hipotesis Penanda Somatik Damasio (1994). Ini hipotesis didasarkan pada peran emosi dalam pengambilan keputusan dan mengusulkan bahwa ketika kita memikirkan hasil buruk yang terkait dengan opsi respons tertentu yang muncul pikiran, kami pengalaman sebuah tidak menyenangkan intern merasa, yang adalah sebuah "somatik penanda".

Ini kemudian kekuatan kita perhatian ke itu negatif hasil dan bisa memimpin ke itu penolakan opsi itu. Penanda somatik dapat

disimpan dalam memori sebagai peristiwa pengaruh tautan, yang memudahkan masa depan pengambilan keputusan karena mereka bisa memandu dia oleh mengantisipasi masa depan acara, bahkan Kapan mereka adalah bukan secara sadar dikenali.

Akhirnya, itu domain teori, dirujuk ke sebagai sosial-kognitif domain teori atau teori domain moral, memandang moralitas sebagai salah satu elemen di antara banyak di anak-anak pertumbuhan sosial pengetahuan (Turiel 2015). Ini teori menarik pada itu penting perbedaan antara berbagai domain: pribadi, moral dan sosial. Diusulkan itu ini mengikuti berbeda pembangunan lintasan, dengan pengetahuan makhluk dibangun melalui interaksi sosial timbal balik. Sebagian besar penelitian didasarkan pada teori domain telah berfokus pada apakah anak-anak dari berbagai usia dapat membedakan di antara moral dan tindakan konvensional sosial.

4.11 Peek Boo

Ucapan yang selalu didengungkan ketika bertemu dengan anak-anak adalah fisiknya, seperti wah cantiknya, atau gagahnya, bagus ya sopan, lucu, dan reaksi lainnya yang sering kita dengar. Kata-kata itu seperti hiperbola yang bisa membius kita hingga lupa bagaimana keadaan psikologis anak. Salah satu acara tv pernah mengilustrasikan “PEEK BOO” sebagai sarana berekspresi anak yang tidak boleh diabaikan. Sebagai suatu sarana, PEEK BOO bisa menjadi solusi untuk anak-anak yang menjadi korban bencana alam. Anak-anak yang menjadi korban bencana alama mengalami stres dan trauma berat. Selain itu, gejala gangguan psikologis lainnya adalah sering cemas, depresi, kemurungan bahkan Post traumatic sindrom. Hal tersebut terjadi karena anak-anak memiliki jiwa yang bersih dan rapuh, mereka cepat dalam menangkap, merasakan dan menyaksikan dampak bencana alam.

Hasil deteksi dini gejala kecemasan pada anak korban gempa di wilayah Lombok menunjukkan bahwa sebanyak 85,11% anak-anak mengalami kecemasan dalam batas normal, sedangkan 14,89% anak termasuk dalam kategori kecemasan klinis. Meskipun banyak korban bencana pada usia kelompok anak-anak memperlihatkan beberapa jenis reaksi psikologis paska bencana, penelitian klinis menunjukkan bahwa gejala-gejala tersebut tergantung juga pada usia. Penelitian

sebelumnya menunjukkan bahwa usia adalah faktor kunci pemahaman anak terhadap bencana. Usia sebagai indeks keterampilan perkembangan anak dalam merefleksikan kemampuan memahami apa sebenarnya bencana atau kejadian yang dapat menyebabkan trauma. Penelitian terkait bencana pada kelompok usia anak sekolah secara empiris menyatakan bahwa anak usia sekolah menunjukkan distres psikologis yang lebih menyeluruh (Purnamasari, 2016).

Hasil tersebut dibuktikan dari dampak psikologis pada anak akibat bencana gempa bumi di wilayah Lombok, yang menunjukkan adanya masalah psikologis berupa ansietas klinis dan perubahan perilaku. Adapun masalah-masalah yang ditemukan pada responden setelah bencana alam gempa bumi di Lombok diantaranya yaitu pertama terjadinya perubahan sikap seperti anak menjadi lebih sensitive, mudah menangis, mudah marah, apabila mendengar sesuatu yang bergemuruh langsung panik dan menangis, sering khawatir masuk rumah, adanya gangguan pola tidur, hingga anak-anak lebih banyak diam dan menarik diri dengan ketergantungan yang tinggi terhadap orang tua.

DAFTAR PUSTAKA

Pascal Assailly-J. 2022. Child Psychology_ Developments in Knowledge and Theoretical Models-Wiley-IsTE (2022). United States: John Wiley & Sons, Inc.

BAB 5

PERKEMBANGAN PSIKOLOGI PADA ANAK

Oleh Wulan Wijaya

5.1 Pendahuluan

Masa Perkembangan anak dapat terjadi melalui interaksi antara aspek anak, lingkungan dan tugas yang dilakukan agar anak dapat mengeksplorasi topik perkembangan yang unik. (Cuomo *et al.*, 2021).

Dimasa anak-anak, seperti yang kita ketahui anak sering melompat-lompat dan berlari serta bermain sepanjang hari. Berbagai media dan stimulasi dapat digunakan anak-anak saat mereka belajar musik, gerakan, menggambar, melukis, memahat, kolase, boneka dan penyamaran serta fotografi (Cuomo *et al.*, 2021).

5.2 Perkembangan Bahasa

Balita mempunyai Gerakan untuk menghasilkan kecepatan ucapan dua atau lebih kata agar dapat menggabungkan kombinasi tiga, empat dan lima kata. Anak usia dua dan tiga tahun, memulai masa transisi dengan mengucapkan kalimat sederhana seperti mengucapkan proposisi kata tunggal ke kalimat yang kompleks/kalimat sempurna.

Ketika anak-anak mempelajari ciri-ciri khusus pada Bahasa mereka sendiri, ada keteraturan ekstensi dalam cara mereka Ketika memperoleh Bahasa/kalimat tertentu, misalnya anak mempelajari kata depan “pada” dan “di” sebelum mengucapkan kata lainnya (Cameron-Faulkner *et al.*, 2010).

5.2.1 Memahami Fonologi dan Morfologi Pada Anak

Selama masa prasekolah, sebagian besar anak secara bertahap menjadi lebih sensitif terhadap suara kata-kata yang diucapkan dan menjadi semakin mampu menghasilkan semua suara bahasa yang mereka tangkap dilingkungannya. Pada saat anak berusia 3 tahun, anak mampu menghasilkan semua bunyi vokal dan bunyi konsonan (Vihman *et al.*, 2009).

Saat anak mengucapkan dua kata, anak akan menunjukkan pengetahuan tentang tata cara morfologinya. Anak-anak mulai menggunakan kata bentuk jamak dan kata benda, seperti mama dan papa. Mereka menempatkan akhiran yang sesuai pada kata kerja ketika mengucapkan kata, seperti "s" ketika yang menjadi subjeknya adalah orang ketika tunggal dan berbagai bentuk kata kerja seperti 'saya pergi ke toko dulu' (Tager-Flusberg & Zukowski (2009).

5.2.2 Perubahan Semantik

Anak-anak lebih menunjukkan penguasaan aturan yang lebih kompleks tentang bagaimana mengurutkan kata-kata, seperti kata "ke mana Ayah pergi?" atau apa yang dilakukan anak itu?" (Tager-Flusberg & Zukowski (2009).

Keuntungan dalam semantik ini juga menjadikan ciri anak usia diri. Perkembangan kosakata sangatlah penting bagi anak (Snow & Uccelli, 2009). Beberapa ahli menyimpulkan bahwa rentang usia 18 bulan dan 6 tahun merupakan masa di mana seorang anak kecil belajar satu kata baru setiap jam nya di mulai sejak dari anak bangun tidur (Williams *et al.*, 2011)

5.3 Perkembangan Sosioemosional

Pada masa anak-anak awal, kehidupan emosional dan kepribadian anak-anak berkembang dengan cara yang signifikan. Hubungan keluarga, teman sebaya sangat berperan yang sangat signifikan dalam perkembangan anak-anak.

Banyak perubahan yang menjadi ciri perkembangan emosional seorang anak. Pikiran dan pengalaman social anak yang berkembang dapat menghasilkan kemajuan yang luar biasa bagi perkembangan diri anak, kematangan emosi, pemahaman moral, dan kesadaran gender.

Pada awal masa kanak-kanak, anak-anak berkembang dengan banyak cara untuk meningkatkan pemahanan tentang diri mereka sendiri.

5.3.1 Initiative Versus Guilt

Pada bagian ini, membahas tentang kepercayaan dengan ketidakpercayaan, rasa malu dan ragu, menjelaskan apa yang dianggap sebagai tugas perkembangan utama masa anak.

Tahap psikologi pada initiative versus guilt yaitu rasa bersalah. Pada masa anak-anak, mereka mulai menemukan pribadi mereka sendiri dan mulai menemukan keinginan apa yang mereka harapkan.

Selama masa kanak-kanak, anak-anak menggunakan keterampilan persepsi, motorik, kognitif dan bahasa untuk mengeksplorasi apa yang mereka ingin ketahui. Anak-anak lebih semangat untuk belajar dan memulai sesuatu yang baru tanpa harus takut gagal.

Berdasarkan penelitian menyebutkan bahwa, jika terjadi peningkatan pemahaman dan kesadaran psikologis pada anak mencerminkan terjadinya perkembangan psikologis pada anak (Carpendale & Lewis, 2015).

Pemahaman diri tentang anak, sudah mulai berkembang seperti representasi diri, substansi dan isi konsepsi diri (Harter, 2006). Meskipun secara keseluruhan pemahaman diri dapat memberikan dasar-dasar yang rasional pada anak. Para peneliti telah melakukan penelitian terhadap anak-anak tentang aspek pemahaman diri. Pemahaman diri anak melibatkan pengenalan diri. Pada anak yang berusia 4 tahun, anak akan mengatakan “ya”, padahal sebenarnya “tidak”.

Pada anak-anak, kemampuan mereka cenderung membingungkan serta usaha (berfikir bahwa perbedaan kemampuan dapat diubah) (Thompson - 2008).

Anak-anak membuat kemajuan dalam pemahaman tentang orang lain dimasa kanak-kanak (Carpendale & Lewis, 2015). Pikiran anak mencakup pemahaman bahwa orang lain memiliki emosi dan keinginan. Anak-anak tidak hanya mulai menggambarkan diri mereka sendiri, tetapi juga memahami orang dalam hal psikologis.

Para peneliti menemukan bahwa anak usia 4 tahun atau dibawahnya dapat membuat pernyataan yang tidak benar untuk mendapatkan apa yang mereka inginkan atau anak bisa untuk menghindari dari masalah. (Lee & Allaway, 2002). Salah satu penelitian menyebutkan bahwa anak usia 4 dan 5 tahun semakin tidak percaya ketika mereka harus bermain bersama-sama dalam suatu kegiatan kelompok.

5.3.2 *Industry Versus Inferiority*

Pada masa anak dapat mencapai *industry* dengan cara menguasai pengetahuan dan kecakapan intelektual. Ketika anak tidak meraih keduanya, mereka akan merasa inferior. Pada masa anak-anak awal, anak-anak siap untuk mengarahkan tenaganya guna mempelajari akademis. Jika tidak, anak-anak dapat mengembangkan perasaan yang tidak kompeten dan tidak produktif. *Industry* maksudnya, yaitu mendapatkan kompetensi dalam keahlian akademis dan kemampuan untuk terlibat dalam disiplin diri dan kerja keras. Dengan demikian, anak-anak seharusnya tumbuh menuju tingkat otonomi dan rasa percaya diri yang lebih tinggi ketika tumbuh dari bayi ke usia sekolah dan seterusnya. Pada tahap ini, peran orang tua dapat memfasilitasi pertumbuhan anak atau bisa menggagalkan pertumbuhan tersebut dengan sikap terlalu protektif atau lalai.

5.4 Perkembangan Emosional

Pada bagian ini, realisasi sosial menjadi tempat perkembangan berbagai emosi (Thompson - 2008). Tumbuhnya kesadaran diri anak terkait dengan kemampuan untuk merasakan emosi. Anak, sama halnya dengan orang dewasa, mengalami banyak emosi setiap hari. Perkembangan emosional mereka dimasa anak-anak memungkinkan anak untuk mencoba memahami reaksi emosional orang lain dan mulai mengendalikan emosi mereka sendiri.

Bayi kecil mengekspresikan emosinya melalui seperti kegembiraan dan ketakutan, akan tetapi untuk mengalami emosi sadar diri anak-anak-anak harus dapat menyebutkan diri mereka sendiri dan menyadari bahwa mereka berbeda dengan anak lainnya (Lewis & Sullivan, 2014).

Dari awal masa anak-anak, emosi seperti kebanggaan dan rasa bersalah menjadi lebih umum. Misalnya, seorang anak mungkin merasa malu ketika orang tua nya berkata, „ kamu seharusnya merasa tidak enak karena telah menggigit adikmu“.

Diantara perubahan terpenting pada anak terutama dalam perkembangan emosi pada anak usia dini adalah peningkatan pemahaman tentang emosi. Selama masa anak-anak, anak-anak semakin memahami bahwa situasi tertentu cenderung membangkitkan emosi, seperti ekspresi wajah yang mneunjukkan emosi tertentu dan

emosi mem[pengaruhi perilaku dan emosi yang dapat digunakan untuk mempengaruhi emosi lainnya (Nader-Grosbois et al., 2022).

Sebuah meta-analisis baru-baru ini mengungkapkan bahwa pengetahuan emosi (seperti memahami isyarat emosional; misalnya, ketika seorang anak kecil memahami bahwa teman sebayanya merasa sedih karena ditinggalkan dalam permainan) berhubungan positif dengan anak usia 3 hingga 5 tahun. Kompetensi sosial (seperti menawarkan respons empatik kepada anak yang ditinggalkan dalam permainan) dan berhubungan negatif dengan internalisasi mereka (kecemasan tingkat tinggi) dan masalah eksternalisasi (perilaku agresif tingkat tinggi) (Trentacosta & Fine, 2010).

Antara usia 2 hingga 4 tahun, anak-anak sangat meningkatkan jumlah istilah yang mereka gunakan untuk menggambarkan emosi. Selama waktu ini, anak-anak belajar tentang penyebab dan konsekuensi dari perasaan (Denham et al., 2010).

Penelitian menurut (Davidov & Grusec, 2006) menyebutkan bahwa perkembangan emosional anak tergantung pada aspek pengasuhan. Dalam penelitian disebutkan bahwa, orang tua terkadang mengalami kesulitan saat menanggapi maksud dari anak-anak, sehingga hal tersebut menyebabkan anak mudah untuk meluapkan emosinya. Seorang anak sangat membutuhkan perhatian, empati serta respon dari orang tuanya. Orang tua (ibu) harus bisa menciptakan suasana yang hangat, bukan sebaliknya, dikarenakan hal tersebut sangat berpengaruh terhadap pengaturan emosi positif anak (Davidov & Grusec, 2006).

Kehangatan orang tua sering dikaitkan dengan pengasuhan yang positif, namun orang tua yang kurang merespon tanggapan dari anak akan menciptakan kesulitan pada anak sehingga timbul emosi yang tidak diinginkan (Davidov & Grusec, 2006).

Orang tua ketika bermain dengan anak mempunyai peran penting dalam mengatur emosi anak. Semuanya tergantung bagaimana orang tua berbicara dengan anak-anak tentang pengendalian emosi. Orang tua dapat digambarkan sebagai pelatihan emosi atau menghilangkan emosi (Gottman, 2009).

DAFTAR PUSTAKA

- Cameron-Faulkner, T., Matthews, D., & Serratrice, L. 2010. Jean Berko Gleason (ed.), *The development of language*, 6th edn. Boston, MA: Pearson, 2005. Pp. 516. ISBN 0205394140.
- Robert E. Owens, *Language development: An introduction*, 7th edn. Boston, MA: Pearson, 2008. Pp. 509. ISBN 0023901810.
- William O'Grady, *How children learn language*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. Pp. 248. ISBN 0521531926 (paperback).
- Journal of Child Language - J CHILD LANG*, 37. <https://doi.org/10.1017/S0305000909009453>
- Carpendale, J. I. M., & Lewis, C. 2015. The Development of Social Understanding. In *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (pp. 1–44). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy210>
- Cuomo, B., Joosten, A., & Vaz, S. 2021. Scoping review on noticing concerns in child development: A missing piece in the early intervention puzzle. *Disability and Rehabilitation*, 43(18), 2663–2672. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1707296>
- Davidov, M., & Grusec, J. E. 2006. Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child Development*, 77(1), 44–58. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00855.x>
- Denham, S. A., Bassett, H. H., & Wyatt, T. M. 2010. Gender differences in the socialization of preschoolers' emotional competence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2010(128), 29–49. <https://doi.org/10.1002/cd.267>
- Gottman, 2009. (n.d.). *Parenting—Research*. The Gottman Institute. Retrieved September 8, 2022, from <https://www.gottman.com/about/research/parenting/>
- Harter, S. 2006. Developmental and Individual Difference Perspectives on Self-Esteem. In *Handbook of personality development* (pp. 311–334). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lee, J., & Allaway, A. 2002. Effects of personal control on adoption of self-service technology innovations. *Journal of Services Marketing*, 16(6), 553–572. <https://doi.org/10.1108/08876040210443418>

- Lewis, M., & Sullivan, M. W. (Eds.). 2014. *Emotional Development in Atypical Children*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315806044>
- Nader-Grosbois, N., Jacobs, E., Mazzone, S., & Poirier, N. 2022. Mothers' Socialization of Emotions and Theory of Mind and Emotion Regulation in Children with Autism Spectrum Disorders. *Psychology*, 13(01), 177–219. <https://doi.org/10.4236/psych.2022.131011>
- Snow, C., & Uccelli, P. 2009. The Challenge of Academic Language. In *The Cambridge Handbook of Literacy* (pp. 112–133). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511609664.008>
- Tager-Flusberg & Zukowski. 2009. (n.d.). Scribd. Retrieved August 25, 2022, from <https://www.scribd.com/document/227710117/Tager-Flusberg-Zukowski-2009-147-173>
- Thompson - 2008. (n.d.). *Reassessing Emotion Regulation— Child Development Perspectives—Wiley Online Library*. Retrieved September 2, 2022, from <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1750-8606.2008.00054.x>
- Trentacosta, C. J., & Fine, S. E. 2010. Emotion Knowledge, Social Competence, and Behavior Problems in Childhood and Adolescence: A Meta-Analytic Review. *Social Development (Oxford, England)*, 19(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00543.x>
- Vihman, M., Depaolis, R., & Keren-Portnoy, T. 2009. A dynamic systems approach to babbling and words. *The Cambridge Handbook of Child Language*, 163–182. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511576164.010>
- Williams, C., Akinsiku, O., Walkington, C., Cooper, J., Ellis, A., Kalish, C., & Knuth, E. 2011. *Understanding students' similarity and typicality judgments in and out of mathematics*.

BAB 6

WANITA DEWASA

Oleh Rachmi Nurul Hidayat Hafid

6.1 Pendahuluan

Masa dewasa merupakan periode penyesuaian diri seseorang terhadap pola-pola kehidupan baru dan harapan-harapan sosial baru. Seseorang yang telah memasuki masa dewasa khususnya seorang wanita diharapkan memainkan peran baru sebagai seorang istri, berkarier dan mengembangkan sikap-sikap baru, keinginan-keinginan dan nilai-nilai baru sesuai dengan tugas baru (Anggraini, 2019).

Menurut Jean Peaget, seseorang yang telah dewasa adalah seseorang yang telah berusia lebih dari 15 tahun serta sudah mampu berfikir secara abstrak dan dapat menganalisis masalah secara ilmiah dan kemudian menyelesaikan masalah tersebut (Piaget, 2010).

Secara umum, masa dewasa dibagi menjadi tiga tahapan yaitu dewasa awal, dewasa pertengahan dan dewasa akhir. Pada tiap tahapan ini akan terjadi banyak perubahan seperti perubahan fisik, kognitif dan psikososial (Mamppiare, 2018).

6.2 Dewasa Awal

Dewasa awal merupakan masa peralihan dari masa remaja menuju masa dewasa. Pada masa ini seorang wanita beralih dari masa ketergantungan ke masa mandiri baik dari aspek ekonomi, karakter, kebebasan menentukan tujuan dan pandangan pada masa depan yang lebih realistis. Secara hukum dewasa awal sejak seseorang menginjak usia 21 tahun atau sejak seseorang menikah, sedangkan dari lingkup pendidikan yaitu masa dicapainya kematangan secara kognitif, afektif dan psikomotor (Mamppiare, 2018).

Wanita dewasa awal memasuki masa transisi baik secara fisik, intelektual, psikologis dan sosial yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif. Beberapa karakteristik dewasa awal merupakan suatu masa penyesuaian diri dengan cara

hidup baru dengan memanfaatkan kebebasan yang diperoleh (Hurlock, 1993).

Dewasa awal juga merupakan masa dari pencarian identitas diri dan perkembangan fisik yang mengalami degradasi mengikuti umur seseorang. Pada masa dewasa awal, wanita cenderung memiliki motivasi untuk meraih sesuatu hal sangat besar yang didukung oleh kekuatan fisik yang baik.

6.2.1 Psikologi Dewasa Awal

Wanita pada tahap dewasa awal cenderung memiliki psikologi berfikir reflektif yang akan terus mempertanyakan hal-hal yang sudah diasumsikan sebagai fakta, menghubungkan dan menyimpulkan. Selain itu, pemikiran postformal juga sering kali digunakan karena bersifat fleksibel, terbuka, individualis dan adaptif. Pemikiran ini dilandasi intuisi, logika dan emosi untuk membantu seseorang mengatasi situasi yang tampak berantakan. Seperti berpikir reflektif, pemikiran postformal memungkinkan wanita untuk melampaui satu sistem logika. Berpikir postformal seringkali berkembang sebagai respons terhadap berbagai kejadian dan interaksi yang membuat inovasi dan menantang pandangan yang sederhana (Monks, F, 2011).

Kemampuan memahami dan meregulasi emosi merupakan suatu komponen penting dari tingkah laku yang efektif dan inteligen. Kompetensi dari kecerdasan emosional ialah kesadaran diri baik sadar secara emosional, asesmen yang akurat dan kepercayaan diri. Selain itu, wanita dewasa juga cenderung dapat manajemen diri, kontrol, dapat dipercaya, kecermatan, kemampuan beradaptasi, dorongan prestasi dan inisiatif. Sedangkan kesadaran sosial seperti empati, orientasi melayani, kesadaran dan organisasional serta manajemen hubungan juga dapat dilakukan melalui pengalaman pada masa dewasa awal (Goleman, 2018).

6.2.2 Psikososial Dewasa Awal

Sebagian besar wanita dewasa awal menyelesaikan pendidikan sampai taraf universitas dan kemudian akan segera memasuki jenjang karir dalam pekerjaannya. Kehidupan psikososial wanita dewasa awal akan makin kompleks dibandingkan dengan masa remaja karena selain bekerja akan

memasuki kehidupan pernikahan, membentuk keluarga baru, memelihara anak-anak dan tetap harus memperhatikan orang tua yang semakin tua.

Pencapaian perkembangan kepribadian dan *adjustment* sosial wanita dewasa awal lebih berhubungan dengan dan dipengaruhi oleh kebutuhan psikologis yang penting dalam keluarga, kerapian, bentuk keluarga, keteraturan rumah dan kecermatan orang tua.

Dalam kehidupan wanita dalam keluarga sering kali mengalami kesulitan-kesulitan dalam usahanya mencapai kedewasaan. Kesulitan-kesulitan itu sebagian timbul dan berhubungan dengan suasana keluarga dan sebagian lagi karena kesadaran wanita terhadap status sosial di masyarakat. Sedangkan relasi antara orang tua dengan anak bagi wanita dewasa awal dipengaruhi dan ditentukan pula oleh sikap orang tua terhadap keadaan internal dan eksternal keluarga (Anggraini, 2019).

6.3 Dewasa Pertengahan

Pada umumnya usia madya atau usia setengah baya dipandang sebagai masa usia antara 40–60 tahun. Masa tersebut pada akhirnya akan ditandai oleh perubahan jasmani dan mental. Pada usia 60 tahun biasanya terjadi penurunan kekuatan fisik, sering pula diikuti oleh penurunan daya ingat. Walaupun wanita dewasa pertengahan banyak mengalami perubahan-perubahan tersebut lebih lambat dari pada masa lalu, namun karakteristiknya masih sangat nampak.

Wanita dewasa pertengahan pada beberapa kebudayaan di dunia merupakan masa yang paling sulit dalam rentang kehidupan. Bagaimanapun baiknya individu-individu tersebut untuk menyesuaikan diri hasilnya akan tergantung pada dasar-dasar yang ditanamkan pada tahap awal kehidupan, khususnya harapan tentang penyesuaian diri terhadap peran dan harapan sosial dari masyarakat dewasa. Kesehatan mental yang baik yang diperlukan pada masa-masa dewasa, memberikan berbagai kemungkinan untuk menyesuaikan diri terhadap berbagai peran baru dan harapan sosial usia dewasa pertengahan (Soerjabrata, 2019).

6.3.1 Psikologi Dewasa Pertengahan

Secara kognitif, wanita dewasa pertengahan sedang dalam kondisi puncak. Walaupun penurunan konsisten kemampuan perseptual telah dimulai pada usia 25 tahun dan kemampuan numerik mulai menurun pada usia 40 tahun, performa puncak penalaran induktif, orientasi spasial, kosakata, dan memori verbal terjadi pada sekitar pertengahan masa dewasa. Dalam empat kemampuan tersebut, wanita dewasa pertengahan berada di atas rata-rata dibandingkan pada usia 25 tahun. Orientasi spasial, kosakata, dan memori verbal pria mencapai puncak pada usia lima puluhan, sedangkan pada wanita saat awal usia 60 tahun. Dengan kata lain, kecepatan perseptual wanita menurun lebih cepat dibandingkan pria (Papalia, 2011).

Walaupun wanita dewasa pertengahan mungkin membutuhkan waktu lebih lama dalam memproses informasi baru, akan tetapi mereka lebih percaya diri dalam memecahkan masalah dalam bidangnya dengan penilaian yang dikembangkan dari pengalaman. Wanita dewasa yang sudah terbiasa mengintegrasikan logika dengan intuisi dan emosi mengintegrasikan fakta dan ide yang saling bertentangan dan mengintegrasikan informasi baru dengan apa yang telah diketahui. Wanita cenderung menginterpretasikan apa yang ia baca, lihat atau dari segi maknanya dan menyaringnya melalui pengalaman hidup dan pelajaran sebelumnya.

Salah satu hal yang tampak jelas, wanita dewasa pertengahan cenderung menjadi pemecah masalah (*problem solver*) praktis yang efektif. Jika fungsi kecerdasan adalah mengenai masalah kehidupan nyata, sebagaimana yang dilakukan pada masa ini kekuatan berfikir lebih matang. Sedangkan kreatifitas wanita dewasa pertengahan akan lebih sering muncul dari seringnya terjadi interaksi pada lingkungan, karena wanita dewasa merasa bahwa kreatifitas harus berkembang sepanjang siklus hidup dalam konteks sosial (Soerjabrata, 2019).

6.3.2 Psikososial Dewasa Pertengahan

Beberapa riset mempelajari tiga tipe perubahan perkembangan psikososial yang terjadi pada masa dewasa pertengahan. Perubahan yang terkait dengan kebutuhan

maturasional yaitu perubahan yang berkaitan dengan peran yang didukung secara kultural atau peristiwa sejarah yang memengaruhi pola pikir tertentu dan perubahan yang berkaitan dengan pengalaman tidak biasa atau waktu yang tidak biasa dalam peristiwa hidup. Perkembangan kepribadian orang dewasa lebih bergantung kepada peristiwa kehidupan yang penting dibandingkan pada usia (Soerjabrata, 2019).

Kesehatan mental juga sangat berpengaruh pada masa dewasa pertengahan. Kesehatan mental bukan hanya bersih dari penyakit mental. Kesehatan mental positif mengandung persasaan akan kenyamanan psikologis yang amat berkaitan dengan perasaan akan keberadaan diri yang sehat. Hubungan dengan orang lain dan lingkungan sangat penting terjalin dengan baik.

6.4 Dewasa Akhir

Wanita dewasa akhir ditandai dengan adanya periode penurunan atau kemunduran yang disebabkan oleh faktor fisik dan psikologis serta perbedaan individu dalam efek penuaan. Ada yang menganggap periode ini sebagai waktunya untuk bersantai. Selain itu, wanita juga cenderung mempunyai status kelompok minoritas. Adanya sikap sosial yang negatif tentang usia lanjut. Adanya perubahan peran. Karena tidak dapat bersaing lagi dengan kelompok yang lebih muda. Penyesuaian diri yang timbul karena adanya konsep diri yang negatif yang disebabkan oleh sikap sosial yang negatif. Serta ada keinginan untuk menjadi muda kembali. Mencari segala cara untuk memperlambat penuaan (Hurlock, 2015).

Usia dewasa akhir diperkirakan sekitar usia 65 tahun keatas. Beberapa kecerdasan seperti kecepatan memproses mental dan penalaran abstrak biasa menurun pada tahun-tahun berikutnya, akan tetapi berbagai aspek pemikiran praktis dan integratif cenderung meningkat sepanjang masa kehidupan masa dewasa (Sternberg and Grigorenko, 2011).

6.4.1 Psikologi Dewasa Akhir

Mengukur kecerdasan wanita dewasa akhir merupakan hal yang kompleks. Sejumlah faktor fisik dan psikologis merupakan nilai kecerdasan dan mengrah kepada kesalahan penilaian atas

kecerdasan mereka. Kecemasan pada saat ujian merupakan hal yang umum di kalangan wanita dewasa akhir. Mereka telah menduga tidak dapat melakukan tes tersebut dengan baik, dan dugaan ini menjadi *self-fulfilling prophecy* (Schein, 2010). Wanita dewasa mungkin kekurangan ketertarikan atau motivasi kecuali mereka melakukan tes tersebut demi mendapatkan pekerjaan atau tujuan penting lainnya.

Dimensi kecerdasan yang cenderung tumbuh seiring dengan bertambahnya usia pada tahap ini dan mencakup pemikiran praktis, aplikasi dari pengetahuan dan keterampilan yang terakumulasi, kekhususan, produktivitas profesional dan kebijaksanaan. Selain itu, penurunan menyeluruh pada fungsi sistem saraf pusat, sebagaimana yang diukur melalui waktu reaksi, secara luas dipercaya sebagai kontributor utama perubahan dalam kemampuan kognitif dan efisiensi dalam pemrosesan informasi. Kemampuan yang digunakan untuk belajar dan menguasai keterampilan baru cenderung menurun pada masa ini. Ketika wanita menjadi tua, tes penting kompetensi kognitifnya adalah kemampuan untuk hidup independen, sebagaimana yang diukur oleh tujuh aktivitas instrumental hidup sehari-hari (Piaget, 2010). Kesehatan mental tidak hanya dilihat dari ketidakhadiran gangguan-gangguan mental, berbagai kesulitan dan frustrasi, tetapi juga merefleksikan kemampuan seseorang untuk menghadapi masalah-masalah kehidupan dengan cara efektif. Beberapa masalah mental yang biasa dialami oleh wanita dewasa akhir yaitu dimensia, Alzheimer, parkinson dan depresi. Maka beberapa negara memfasilitas metode belajar seumur hidup untuk wanita dewasa akhir agar dapat membuat wanita tetap mawas secara mental. Program pendidikan ini meningkat dengan pesat. Sebagian besar program ini memiliki fokus sosial praktis atau pendidikan yang lebih serius. Wanita dewasa akhir belajar dengan lebih baik ketika materi dan metode disesuaikan dengan kebutuhan kelompok usia ini (Goleman, 2018).

Selain itu, tindak kriminal juga terkadang dihadapi oleh wanita dewasa akhir seperti kekerasan fisik (*physical violence*) yang bertujuan untuk menyebabkan cedera, pelecehan fisik atau emosional yang bisa mencakup penghinaan maupun ancaman,

eksploitasi material berupa penggelapan uang ataupun barang dan tidak terpenuhinya kebutuhan.

6.4.2 Psikososial Dewasa Akhir

Potensi puncak masa dewasa akhir adalah perasaan akan adanya integritas ego (*ego integrity*) atau integritas diri dan pencapaian yang didasarkan pada refleksi akan kehidupan seseorang. Model penanganan masalah (*coping*) yang dikemukakan oleh Lazarus dan Monat yang menyatakan bahwa berdasarkan penilaian berkesinambungan dalam hubungan mereka dengan lingkungan orang-orang memilih strategi penanganan masalah yang tepat untuk menghadapi situasi yang memotong sumber daya mereka. *Coping* berfokus pada masalah dalam model ini strategi penanganan masalah ditujukan langsung untuk bertujuan menghilangkan, mengatur, atau meningkatkan kondisi yang menekan. *Coping* berfokus pada emosi dalam model penanganan masalah berfokus pada penilaian kognitif, strategi *coping* diarahkan kepada pengaturan respons emosional terhadap situasi yang menekan untuk mengurangi pengaruh fisik atau psikologisnya terkadang disebut *palliative coping* (Lazarus and Monat, 2019).

Agama merupakan peran pendukung bagi banyak wanita pada tahap ini. Kemungkinan penjelasan bagi hal ini antara lain dukungan sosial, keinginan akan gaya hidup yang sehat, persepsi tentang kontrol terhadap hidup mereka melalui doa, mendorong kondisi emosi positif, penurunan stres, dan keimanan. Keterlibatan religiusitas tampak memiliki pengaruh positif pada kesehatan mental.

Wanita dewasa akhir yang hidup sendiri pada umumnya berada dalam kondisi kesehatan yang lebih baik dan tidak dipungkiri rentan terhadap kesepian. Tetapi faktor lain seperti kepribadian, kemampuan kognitif, kesehatan mental, mungkin memainkan peran yang lebih signifikan dalam kerentanan terhadap kesepian. Sedangkan kontak sosial menurut teori selektivitas sosioemosional wanita menjadisangat selektif terhadap orang yang dipilihnya untuk menghabiskan waktu bersama (Papalia, 2011).

Pertemanan biasa tidak lagi dihubungkan kepada pekerjaan dan parenting, sebagaimana dalam periode masa dewasa yang lebih awal. Wanita dewasa akhir lebih fokus kepada pendampingan dan dukungan (Hartup & Stevens, 1999). Sebagian besar wanita memiliki sahabat dekat dan lebih menikmati waktu yang mereka habiskan bersama teman dibandingkan waktu yang mereka habiskan bersama keluarga (Hartup and Stevens, 1999).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Y. 2019. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihamaya.
- Goleman, D. 2018. *Kecerdasan Emosional*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Hartup, W.W. and Stevens, N. 1999. 'Friendships and Adaptation Across The Life Span', *Psychological Science*, 9(3), pp. 76–79.
- Hurlock, E.B. 1993. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Edited by Erlangga. Jakarta: Erlangga.
- Hurlock, E.B. 2015. *A Life-Span Approach*. V. Jakarta: Erlangga.
- Lazarus, R.S. and Monat, A. 2019. *Stress and Coping An Anthology*. III. Newyork: Columbia University Press.
- Mampiare, A. 2018. *Psikologi Orang Dewasa*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Monks, F, J. 2011. *Psikologi Perkembangan: Pengantar dalam berbagai Bagiannya*. Yogyakarta: Gajah Mada University Pers.
- Papalia, D. 2011. *Human Development*. IX. Jakarta: Kencana.
- Piaget, J. 2010. *Antara Tindakan dan Pikiran*. Edited by A. Cremers. Jakarta: PT. Gramedia.
- Schein, E.H. 2010. 'Organizational Culture and Leadership', in Jossey Bass (ed.) *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey Bass, pp. 5–8.
- Soerjabrata, S. 2019. *Psikologi Perkembangan Bagian Penyaji Historis*. III. Yogyakarta: Sarasin.
- Sternberg, R. and Grigorenko, E. 2011. 'Applied Intelligence', in Cambridge: Cambridge University Press, pp. 31–35.

BAB 7

PERUBAHAN PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN

Oleh Reni Nofita

7.1 Pendahuluan

Respon psikologi wanita dalam menghadapi persalinan tentu berbeda-beda diperlukan kesiapan fisik dan mental untuk menghadapi proses persalinan. Pada proses persalinan terdapat 5 faktor yang mempengaruhinya, salah satu dari faktor tersebut berkaitan erat dengan psikologi wanita bersalin. Berdasarkan penelitian wanita yang mengalami stress dan kecemasan saat menghadapi persalinan maka secara signifikan akan mengalami proses persalinan yang merugikan. (Rini, 1999) Jones dalam bukunya menyebutkan karakter wanita sesungguhnya akan terlihat ketika wanita tersebut menghadapi persalinan. Wanita yang berasal dari keluarga yang harmonis dan penuh kasih maka proses persalinannya akan berjalan baik sebaliknya jika wanita tersebut berada dalam keluarga yang penuh kebencian, iri hati dan ketakutan maka hal tersebut akan mencerminkan diri mereka dalam gangguan proses persalinan. (Jones, 1942)

Untuk mengurangi resiko dari dampak psikologis maka peran keluarga terdekat sangat dibutuhkan berdasarkan hasil penelitian bahwa dukungan suami yang optimal selama proses persalinan terhadap istrinya mampu menurunkan tingkat kecemasan selama proses persalinan. (Lilis, 2021). Faktor lain yang dapat mengurangi dampak psikologis pada ibu bersalin yaitu peran tenaga kesehatan berdasarkan hasil penelitian bentuk komunikasi terapeutik positif yang dilakukan oleh bidan mampu mengurangi tingkat kecemasan ibu yang akan bersalin. (Lilis D. a., 2021)

7.2 Perubahan Psikologi Kala I

Pada persalinan kala I kondisi psikologis ibu masih dalam keadaan yang terkendali, dimana ibu masih dalam keadaan santai, tenang dan masih bisa diajak berkomunikasi dengan baik. Berbagai perubahan dapat dijadikan indikator untuk menilai kemajuan persalinan yang dihadapi oleh ibu dan mencarikan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi.

7.2.1 Kala I Fase Laten

Pada tahap awal persalinan ketika ibu dalam rentang pembukaan persalinan 0-3 cm ibu akan mengalami perubahan psikologis serta perilaku dari apa yang dirasakan seperti kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang masih jarang, dan disertai keluar lendir bercampur darah. Pada tahap ini ibu sudah mulai merasakan ketegangan, takut serta cemas, badan ibu sudah mulai tidak nyaman bahkan ibu mulai mengalami kesulitan bernafas. (Kurniarum, 2016). Pada tahap ini karena komunikasi masih bisa dilakukan secara baik maka motivasi positif diperlukan untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu. Ibu juga dilatih dengan latihan pernafasan. (Ibu, 2014),

7.2.2 Kala I Fase Aktif

Pada tahap ini pembukaan ibu dimulai dari 4-10 cm, pada fase ini karena intensitas dari kontraksi sudah mulai sering, durasi semakin cepat serta kekuatan kontraksi semakin bertambah dan disertai juga dengan pengeluaran cairan, darah pervagina semakin banyak, maka stamina ibu cenderung mulai menurun. Pada fase ini komunikasi mulai terhambat karena ibu cenderung banyak diam karena ibu fokus kepada rasa sakit yang dirasakannya. Apabila ibu tidak bisa mengendalikan rasa sakitnya maka perilaku yang ditunjukkan pada fase ini dengan menangis atau bahkan berteriak-teriak dan tidak jarang pendamping persalinan (suami) menjadi tempat meluapkan emosi. Pada fase ini perubahan psikologis yang ditunjukkan oleh ibu meliputi ; (Ibu, 2014), (Kurniarum, 2016)

1. Perasaan tidak nyaman akibat nyeri kontraksi
2. Mulai meragukan kemampuan dirinya akan persalinan yang dihadapi
3. Sakit yang dirasakan dianggap sebagai cobaan

4. Perasaan cemas
5. Mempertanyakan tentang keselamatan bayinya

Berdasarkan hasil penelitian untuk mengurangi perasaan nyeri dan cemas pada fase aktif kala I ini maka upaya yang bisa dilakukan oleh bidan yaitu dengan memberikan terapi non farmakologi salah satunya dengan melakukan *massage endorphine*. *Massage* ini terbukti dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu bersalin. (Maesaroh, 2019) penelitian lain menyebutkan pemberian aroma terapi *bitter orange* pada ibu kala I fase aktif dapat mengurangi nyeri persalinan dimana tingkat nyeri sedang yang dirasakan ibu dapat menurun ke tingkat nyeri ringan selama pemberian aroma terapi *bitter orange*. (Astuti, 2015). Selain itu terapi murotal juga dapat digunakan untuk mengurangi tingkat kecemasan pasien kala I fase aktif hal disebabkan karena terapi murotal terbukti mengaktifkan sel-sel tubuh dan dapat mengubah getaran suara menjadi gelombang yang ditangkap oleh tubuh sehingga dapat menstimulasi menurunkan nyeri dan kecemasan. (Handayani, 2014)

7.2.3 Pemenuhan Kebutuhan Psikologi selama Kala I Persalinan

Pemenuhan kebutuhan psikologi pada ibu bersalin kala I salah satunya bisa didapat melalui dukungan sosial. Dukungan sosial berkaitan dengan hubungan interpersonal antara pasien dengan tenaga kesehatan yang terlibat dalam proses persalinan. Berikut contoh bentuk dukungan sosial :

1. Berkenalan dengan staf tempat bersalin

Lingkungan tempat ibu bersalin ternyata memberi pengaruh terhadap proses persalinan. Memberikan tempat bersalin yang nyaman, aman dengan suasana yang tenang ternyata dapat menurunkan tingkat kecemasan ibu bersalin. Peran tenaga kesehatan dibutuhkan untuk menciptakan suasana ini. Berdasarkan hasil penelitian yang membandingkan tingkat kecemasan ibu bersalin di puskesmas dan bidan praktek mandiri ternyata didapatkan perbedaan yang sangat signifikan, tingkat kecemasan pasien yang melahirkan di bidan praktek mandiri justru lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang melahirkan di puskesmas, hal ini dikarenakan

perbedaan dukungan emosional yang didapat selama proses persalinan. (Hayati, 2018)

2. Keikutsertaan dalam perencanaan

Pasutri yang akan melalui proses persalinan sebaiknya dilibatkan secara penuh oleh tenaga kesehatan pada setiap tindakan dalam proses persalinan. Tenaga kesehatan perlu memberikan orientasi singkat terkait tempat bersalin, tindakan apa saja yang akan dilakukan serta latihan pernafasan apa yang mesti dilatih. (Indrayani., 2016)

3. Memberikan informasi

Ibu bersalin berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jelas tentang apa yang terjadi pada tubuhnya. Petugas kesehatan (bidan) sebaiknya memberikan penjelasan terkait proses dan perkembangan persalinan, informasi tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan yang akan dilakukan, hal ini bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan ibu selama bersalin dan untuk memberikan pengalaman bersalin yang menyenangkan. Serta menghadirkan orang terdekat ibu selain suami ditempat bersalin, ketika hal ini dilakukan ternyata mampu memberikan rasa aman, perasaan dicintai, dihargai hal ini tentu meminimalkan resiko stress terhadap proses persalinan. Berdasarkan hasil penelitian bahwa dukungan sosial yang diterima pasien selama hamil mampu mengurangi stress dan kecemasan ibu. (Oktavia, 2002) penelitian senada juga diungkapkan oleh Utomo bahwa semakin besar dukungan sosial yang diberikan kepada ibu hamil maka tingkat kecemasan pada ibu hamil akan menurun (Utomo, 2018)

7.3 Perubahan Psikologi Kala II

Pada kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya janin. Pada fase ini sikap yang ditunjukkan oleh seorang ibu yang akan bersalin berbeda-beda, ada ibu yang menghadapi proses ini dengan tenang dan bangga, tetapi ada juga sebagian ibu bersalin merasa takut. Berikut ada beberapa perubahan psikologis yang terjadi pada ibu bersalin diantaranya; (Kurniarum, 2016)

- a. Bingung, panik, histeris dengan apa yang terjadi pada saat ibu mengalami pembukaan lengkap.
- b. Frustasi dan marah akibat tenaga untuk mengedan sudah dikeluarkan secara maksimal tetapi janinya masih belum lahir
- c. Fokus terhadap dirinya dan janin yang akan dilahirkan sehingga tidak memperdulikan keadaan sekitar
- d. Mulai mengalami kelelahan sehingga tidak fokus dengan instruksi yang diberikan oleh tenaga kesehatan

Jika ke empat hal ini tidak mampu dikendalikan oleh ibu yang akan bersalin maka ibu mulai dihinggapi rasa cemas. Rasa cemas ini timbul akibat nyeri berlebihan yang dirasakan, keadaan fisik yang kurang baik, riwayat kehamilan atau persalinan yang lalu. Rasa cemas ini akan terus ada sampai lahirnya bayi. Berdasarkan hasil penelitian menyebutkan bahwa penggunaan *peanut ball* selama proses persalinan mampu mengurangi kecemasan ibu dan mampu mempercepat proses kala II persalinan. (Primihastuti, 2021). Selain itu peran dukungan suami pada saat proses persalinan mampu mengurangi rasa cemas ibu. Dukungan suami dianggap dapat memberikan rasa aman dan proses persalinan kala II lebih cepat, (Darwis, 2020).

Berikut bentuk dukungan suami yang diberikan kepada istri berdasarkan hasil penelitian (Yuliani, 2020.)

Tabel 7.1 : Bentuk Dukungan Suami

No	10 Bentuk Dukungan Suami Ketika Mendampingi Istri Melahirkan
1	Suami datang bersama dengan istri ketempat bersalin
2	Suami selalu berada disamping istri tanpa diminta, mengusap keringat istri dan menggantikan pakaian istri
3	Suami memberikan sentuhan pada area punggung atau perut istri ketika istri mengalami kontraksi tanpa diminta
4	Suami siap siaga memberikan istri minum atau makan untuk menambah tenaga tanpa diminta selama proses persalinan
6	Suami berperan serta dalam mengajarkan ibu tehnik relaksasi ketika ada kontraksi (suami terlebih dahulu sudah dilatih oleh petugas kesehatan)

No	10 Bentuk Dukungan Suami Ketika Mendampingi Istri Melahirkan
7	Suami memberikan motivasi atau menenangkan istri ketika istri berteriak kesakitan. Suami juga membimbing istri berdoa selama proses ini
8	Suami menjadi mediator istri ke petugas kesehatan terkait kemajuan persalinan yang terjadi pada istri
9	Suami membantu istri untuk merubah posisi yang nyaman bagi istri untuk bersalin sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan
10	Suami mendampingi penuh istri selama proses persalinan sampai dengan lahirnya bayi
Sumber : (Yuliani, 2020.)	

7.4 Perubahan Psikologi Kala III

Perubahan psikologis yang terjadi pada kala III dengan kehadiran buah hati baru tentunya timbul rasa bahagia karena telah menjadi wanita seutuhnya. Berdasarkan hasil penelitian pada fase ini ibu sudah tidak mengalami stress sehingga apabila dilakukan pengukuran kadar kortisol saliva pada fase ini maka mengalami penurunan maksimum dari 4,29 menjadi 2,04 (52%). Sementara konsentrasi kortisol selama persalinan dan sampai 2 jam postpartum berada di atas konsentrasi rata-rata wanita tidak hamil (0,5 g/dL). Stres psikologis memuncak selama fase laten dan dilatasi penuh rata-rata 4,56 dan 4,29, masing-masing. (Miller, 2019)

7.5 Perubahan Psikologi Kala IV

Memasuki kala IV persalinan yaitu masa pemantauan yang dilakukan selama 2 jam setelah plasenta lahir. Pada fase ini ibu Kembali diliputi oleh rasa cemas dan takut. Rasa cemas dan takut ini muncul karena pengalaman yang lalu terkait kemampuannya merawat anak serta ibu merasa takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya. Apa yang terjadi selama kala empat persalinan yang mungkin mempengaruhi ibu, ayah, bayi dan integrasi mereka sebagai keluarga baru. (Rising, 1974.)

Rasa percaya diri dan keraguan diri, kecemasan dan antisipasi yang bersemangat berpacu di benak orang tua pada saat kelahiran. pasangan ini dalam hitungan detik mendengar, melihat, dan menyentuh anak mereka. Kerja sama antar pasangan sangat dibutuhkan pada fase ini, keberhasilan menyusui sangat ditentukan oleh peran suami dan keluarga pada masa ini. Suami diminta untuk mengambil alih pekerjaan selama masa pemulihan yang harus dilewati oleh ibu pasca melahirkan. (Rising, 1974.)

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, W. R. 2015. Pengaruh Aromaterapi Bitter Orange Terhadap Nyeri Dan Kecemasan Fase Aktif Kala 1. *In Prosiding Seminar Nasional & Internasional*, 371-382.
- Darwis, N. A. 2020. Hubungan Pendampingan Suami Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Selama Proses Persalinan Di Rumah Sakit Dr. M. Yasin Bone. *Jhnmsa Adpertisi Journal*, 1(2), Pp.42-56.
- Handayani, R. F. 2014. Pengaruh Terapi Murottal Al-Quran Untuk Penurunan Nyeri Persalinan Dan Kecemasan Pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif. *Jurnal Ilmiah Kebidana*, Pp.1-15.
- Hayati, F. H. 2018. Perbedaan Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Di Puskesmas Dengan Di Bidan Praktik Mandiri Dan Hubungannya Dengan Lama Persalinan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), Pp.564-571.
- Ibu, S. A. 2014. *Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indrayani., M. U. 2016. *Update Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir* . Jakarta : Buku Kesehatan .
- Jones, E. 1942. *Psychology And Childbirth*. . The Lancet.
- Kurniarum, A. S. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Pusdik Sdm Kesehatan .
- Lilis, D. A. 2021. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Pada Ibu Bersalin. *Jambura Journal Of Health Sciences And Research*, 3(1), Pp.115-125.
- Lilis, D. A. 2021. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Pada Ibu Bersalin. *Jambura Journal Of Health Sciences And Research*, 3(1), Pp.115-125.
- Maesaroh, S. A. 2019. Pengaruh Endorphin Massage Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Multipara Kala 1. *Wellness And Healthy Magazine*, 1(2), Pp.231-237.
- Miller, N. A.-Z.-S. 2019. Physiological And Psychological Stress Responses To Labor And Delivery As Expressed By Salivary Cortisol.A Prospective Study. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 221(4), Pp.351-E1.
- Oktavia, L. D. 2002. Hubungan Antara Dukungan Sosial Yang Diterima Secara Nyata Dengan Ada Atau Tidaknya Gangguan Depresi Pasca Persalinan Pada Ibu Dewasa Muda. *Jurnal Psikologi Sosial*, Volume 8. Nomor 1. Halaman 15-18.

- Primihastuti, D. A. 2021. Penggunaan Peanut Ball Untuk Mengurangi Kecemasan Dan Memperlancar Proses Kala Ii Pada Ibu Bersalin. *Jurnal Kebidanan*, 10(1), Pp.40-51.
- Rini, C. D.-S. 1999. Psychological Adaptation And Birth Outcomes: The Role Of Personal Resources, Stress, And Sociocultural Context In Pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), P.333.
- Rising, S. 1974. The Fourth Stage Of Labor: Family Integration. *The American Journal Of Nursing*, Pp.870-874.
- Utomo, Y. A. 2018. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Di Rumah Sakit Bersalin Pemerintah Kota Malang. *Psikovidya*, 22(2), Pp.197-223.
- Yuliani, M. A. 2020.. Hubungan Dukungan Suami Pada Saat Persalinan Dengan Lamanya Persalinan Kala Ii Di Bpm E Pengalengan Kabupaten Bandung. *Jurnal Kesehatan Cehadum*, 2(2), Pp.1-7.

BAB 8

ADAPTASI PSIKOLOGI MASA NIFAS

Oleh Cahyaning Setyo Hutomo

8.1 Pendahuluan

Masa nifas merupakan masa pemulihan yang dimulai setelah proses persalinan berakhir, 2 jam setelah plasenta dilahirkan, sampai dengan kembalinya organ-organ reproduksi seperti keadaan sebelum hamil, 6 minggu atau 42 hari. Masa kritis ini memerlukan perhatian yang khusus dikarenakan resiko kematian ibu setelah melahirkan dapat terjadi.

Perubahan fisik dan psikologis telah dialami oleh ibu sejak masa kehamilan, termasuk pada masa nifas ini. Perubahan fisiologis terjadi mulai dari sistem kardiovaskuler sampai dengan perubahan pada sistem organ reproduksi. Sedangkan perubahan psikologis karena respon ibu terhadap kondisinya, perubahan yang dialaminya. Respon ibu ini dapat berupa sikap dan perilaku, termasuk juga respon pada tingkat emosional atau kecemasan ibu. Hal ini yang menyebabkan diperlukannya adaptasi oleh ibu untuk dapat menekan resiko terjadinya gangguan atau munculnya masalah yang dapat mempengaruhi kondisi ibu baik secara fisik maupun psikologis.

8.2 Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Kesiapan ibu dalam menghadapi peran barunya ini berhubungan dengan aspek psikologis ibu. Perubahan peran yang terjadi pada ibu nifas menuntut ibu untuk melakukan adaptasi. Faktor yang mempengaruhi proses ibu untuk melakukan adaptasi adalah (1) pengalaman melahirkan dan membesarkan anak, (2) harapan dan aspirasi mengenai pengalaman melahirkan, (3) respon dan dukungan dari keluarga dan teman, dan (4) pengaruh budaya. Adaptasi ibu nifas terjadi dengan melawati fase sebagai berikut :

a) *Fase Taking In*

Fase yang terjadi dari hari pertama sampai hari kedua dimana ibu akan lebih banyak memperdulikan dirinya sendiri dan tidak memberikan respon (pasif) terhadap lingkungan sekitarnya. Setelah melahirkan ibu akan merasakan berbagai emosi sehingga ibu akan mengulang-ulang pengalaman selama proses persalinan.

Fase *taking in* merupakan bentuk respon dan upaya ibu untuk melakukan adaptasi terhadap kondisi ketidaknyamanan yang dialaminya. Ketidaknyamanan yang muncul pasca bersalin adalah perasaan lelah dan atau kurang tidur, rasa nyeri pada luka jahitan dan atau rasa nyeri pada payudara ibu dan rasa mules pada rahim. Kondisi ini membuat ibu tidak banyak melakukan kontak dengan bayinya. Fase ini merupakan periode dimana ibu akan lebih banyak bergantung kepada orang lain untuk membantu memenuhi kebutuhannya. Istirahat yang cukup dan pemenuhan nutrisi akan menunjang ibu untuk mempersiapkan diri menjalani fase ini dengan baik dan lancar.

Selama fase ini berlangsung ibu beresiko mengalami gangguan psikologis antara lain :

- i) Perasaan tidak nyaman terhadap kondisi fisiknya pasca persalinan
- ii) Munculnya rasa kecewa terhadap bayinya
- iii) Munculnya perasaan bersalah terhadap bayinya
- iv) Munculnya perasaan kecewa dan sedih terhadap respon negatif dari suami dan atau keluarga

b) *Fase Taking Hold*

Fase yang terjadi pada hari ketiga sampai hari kesepuluh ini merupakan masa dimana ibu mulai memberikan perhatian terhadap kemampuan dalam melakukan perannya sebagai seorang ibu. Secara bergantian ibu akan merasa diterima dan merasa membutuhkan bantuan orang lain dalam perawatan dirinya, selain itu juga akan muncul keinginan untuk dapat melakukan setiap kegiatan secara mandiri.

Mulai munculnya keinginan ibu untuk dapat menjalankan perannya menimbulkan perasaan khawatir pada ibu. Perasaan ini muncul karena ibu tidak memiliki rasa percaya diri, rasa ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab ibu dalam perawatan

bayinya. Kondisi ini menyebabkan ibu menjadi lebih sensitif, mudah tersinggung.

Selain keinginan untuk menjalankan perannya, pada fase ini ibu memberikan perhatian kepada fungsi tubuhnya, misalnya kemampuan berkemih dan buang air besar, serta mobilisasi diri. Pada fase ini ibu membutuhkan kehadiran bidan sebagai pendamping dan fasilitator ibu selama masa nifas sehingga ibu mampu melakukan adaptasi. Bentuk pendampingan dan proses memfasilitasi yang dilakukan oleh bidan adalah dengan memberikan informasi dan mengajari ibu tentang perawatan bayi dan perawatan ibu selama masa nifas.

c) Fase *Letting Go*

Fase ini dialami ibu setelah hari kesepuluh. Fase ini merupakan fase dimana ibu sudah menerima tanggung jawab akan perannya. Hal ini dapat terlihat dari adaptasi yang telah dilakukan. Ibu telah mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri dan adanya rasa percaya diri dalam melakukan perawatan bayi, sebagai bentuk adaptasi ibu terhadap kondisi ketergantungan bayi kepada dirinya. Adaptasi yang terjadi ini merupakan bentuk perubahan perasaan sebagai bentuk respon yang muncul secara alami. Adaptasi ibu terhadap kebutuhan ketergantungan bayi kepada dirinya, menyebabkan berkurangnya hak ibu untuk mendapatkan kebebasan secara personal dan sosial. Kondisi ini menjadi penyebab munculnya depresi postpartu pada masa nifas.

Karena hal-hal tersebut maka diperlukannya dukungan dari suami dan keluarga sebagai pendamping ibu. Kehadiran suami dapat menjadi suatu *support system* yang dapat membantu ibu pada berbagai aspek, baik aspek fisik maupun aspek psikologis, selama melakukan perawatan pada bayinya.

Pemenuhan kebutuhan masa nifas pada fase ini adalah

- i) Pemenuhan kebutuhan fisik, seperti nutrisi ibu, kebersihan lingkungan tempat tinggal ibu, dan istirahat yang cukup.
- ii) Pemenuhan kebutuhan psikologis, seperti dukungan dari suami dan keluarga.
- iii) Pemenuhan kebutuhan sosial, misalnya dengan memberikan perhatian, menghibur, dan memenuhi hak ibu untuk mendapatkan kebebasan secara personal dan sosial dengan membantu ibu merawat bayinya.

8.3 Gangguan Psikologis pada Masa Nifas

Setelah melahirkan ibu akan mengalami kelelahan dari proses persalinan yang dialaminya. Pada saat yang bersamaan ibu dituntut untuk dapat menjalankan peran barunya. Kedua kondisi ini meningkatkan resiko terjadinya gangguan psikologis pada ibu nifas. Gejala emosional pada ibu muncul sebagai bentuk respon dari tekanan psikologis. Ibu akan terlihat murung, mengalami kelelahan fisik yang luar biasa karena efek dari tekanan psikologis atau karena kurangnya istirahat atau tidur, serta perasaan tidak tahu mengenai peran barunya.

Ibu nifas yang dapat memahami dan mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang dialaminya selama masa nifas dapat menekan resiko munculnya rasa takut, cemas ataupun khawatir. Dan sebaliknya, rasa takut, cemas ataupun khawatir akan muncul ketika ibu tidak dapat memahami dan tidak mampu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi pada dirinya. Hal ini berarti ibu mengalami kondisi mal adaptif atau gangguan psikologis, yang apabila tidak segera ditangani dan berlangsung lama, akan mengakibatkan adanya gangguan pada tugas perkembangan ibu.

Beberapa kondisi gangguan psikologis yang dapat muncul selama masa nifas adalah :

a) *Postpartum Blues* atau *Baby Blues Syndrome*

i) Pengertian

Keadaan dimana ibu nifas mengalami gangguan suasana hati (*mood*) atau perasaan yang muncul setelah persalinan. Kondisi ini dialami sebagian besar ibu nifas yaitu pada angka 70%-80% ibu nifas. Gangguan tersebut menjadi lebih beresiko muncul pada ibu-ibu dengan kondisi tertentu, misalnya

- Tidak merencanakan kehamilannya,
- Selama masa kehamilan dan persalinan mengalami komplikasi,
- Kondisi bayi yang dilahirkan tidak sesuai dengan yang diharapkan,
- Tidak mendapat dukungan baik secara fisik maupun psikologis oleh suami atau keluarga,

- Dan lain-lain.

Ibu yang mengalami *postpartum blues* atau *baby blues syndrome* masih mampu menjalankan perannya sebagai seorang ibu.

ii) Gejala

- Adanya emosi yang berlebihan, perasaan sedih yang mendalam,
- Ibu terlihat sering menangis tanpa diketahui penyebabnya,
- Ibu selalu merasa tegang, khawatir, cemas,
- Sehingga ibu menjadi lebih mudah tersinggung (sensitif),
- Ibu mengalami penurunan konsentrasi.

iii) Faktor penyebab

- Faktor biologis, berupa kondisi hormonal, kelelahan fisik, kesehatan (gangguan, sakit atau komplikasi).
- Faktor psikologis, berupa faktor kepribadian, karakteristik individu (ibu).
- Faktor sosial ekonomi berupa respon dan atau dukungan suami dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan, pengalaman saat persalinan, kondisi sosial ekonomi yang sulit.

iv) Penatalaksanaan

- Tidak memerlukan perawatan yang khusus apabila tidak menunjukkan gejala yang signifikan.
- Suami, keluarga dan bidan memberikan dukungan dan empati kepada ibu.
- Istirahat yang cukup
- Komunikasi yang terbuka dan intens
- Memantau perkembangan kondisi ibu dan segera mencari bantuan kesehatan apabila kondisi ibu memburuk.

b) Depresi Postpartum

i) Pengertian

Kedadaan dimana ibu nifas mengalami gangguan pada fungsi psikologisnya. Meskipun terlihat mirip dengan *postpartum blues* atau *baby blues syndrome*, depresi postpartum memiliki frekuensi, durasi dan intensitas yang

lebih tinggi. Kondisi ini dapat muncul paling lambat pada 8 minggu setelah ibu melahirkan.

ii) Gejala

- Perasaan sedih yang disertai dengan menangis tanpa diketahui penyebabnya,
- Tidak bertenaga, tidak memiliki semangat untuk melakukan kegiatan sehari-hari,
- Tidak tertarik dan memperdulikan bayinya,
- Gangguan pada pola makan, nafsu makan menurun,
- Gangguan tidur sampai terjadi insomnia.

iii) Faktor penyebab

- Genetik yaitu terdapat riwayat gangguan kejiwaan pada keluarga.
- Faktor biologis, berupa kondisi hormonal, kelelahan fisik, kesehatan (gangguan, sakit atau komplikasi).
- Faktor psikologis, berupa faktor kepribadian, karakteristik individu (ibu).
- Faktor sosial ekonomi berupa respon dan atau dukungan suami dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan, pengalaman saat persalinan, kondisi sosial ekonomi yang sulit, kurangnya pendidikan, pekerjaan dengan gaji yang rendah.

iv) Penatalaksanaan

- Melakukan psikoterapis
- Memberikan obat anti depresan (sesuai dengan tingkat keparahan depresi yang dialami ibu)
- Suami, keluarga dan bidan memberikan dukungan dan empati kepada ibu.
- Istirahat yang cukup.
- Memantau perkembangan kondisi ibu dan segera mencari bantuan kesehatan apabila kondisi ibu memburuk.

c) *Postpartum Psycosis*

i) Pengertian

Adanya gangguan atau masalah kejiwaan yang serius yang dialami oleh ibu setelah melahirkan. *Postpartum Psycosis* dapat muncul dalam 2 minggu setelah ibu melahirkan.

ii) Gejala

- Ibu mengalami agitasi yang hebat,
- Terlihat adanya perubahan perasaan yang terjadi dengan cepat,
- Terlihat bingung,
- Ibu mengalami delusi dan halusinasi,
- Ditemukannya adanya perubahan kepribadian, bahkan terjadi ketidaknormalan pikiran,
- Pola makan ibu yang tidak teratur, kacau,
- Gangguan tidur sampai terjadi insomnia,
- Munculnya pikiran-pikiran yang membahayakan dirinya dan bayinya.

iii) Faktor penyebab

- Faktor biologis, berupa kondisi hormonal, kelelahan fisik, kesehatan (gangguan, sakit atau komplikasi).
- Faktor psikologis, berupa faktor kepribadian, karakteristik individu (ibu).
- Faktor sosial ekonomi berupa respon dan atau dukungan suami dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan, pengalaman saat persalinan, kondisi sosial ekonomi yang sulit, kurangnya pendidikan, pekerjaan dengan gaji yang rendah.

iv) Penatalaksanaan

- Memberikan obat antipsikotik atau antidepresan.
- Memberikan terapi psikologis.
- Memberikan terapi hormon.
- Jika perlu, dilakukan terapi elektrokonvulsif (ECT).
- Jika perlu, dilakukan perawatan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahiyatun. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal. Jakarta : EGC.
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. 2016. Epidemiology Of Maternal Depression, Risk Factors, And Child Outcomes in Low-Income and Middle-Income Countries. *The Lancet Psychiatry*. 3(10). Hal : 973–982.
- Mansur, H. 2009. Psikologis Ibu Dan Anak Untuk Kebidanan Edisi III. Jakarta : Salemba Medika.
- Nova, S, & Zagoto, S. 2020. Gambaran Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Adaptasi Psikologis pada Masa Nifas di Klinik Pratama Afiyah Pekanbaru Tahun 2019. *Al-Insyirah Midwifery*. 9(2). Hal : 108-113.
- Saleha. 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta : Salemba Medika.
- Sulfiati, Nardina, E.A., Hutabarat, J., ... , Azizah, N., Hutomo, C.S., & Argaheni, N.B. 2021. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Medan : Get Press.
- Xie, R. H., Yang, J., Liao, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. 2010. Prenatal Family Support, Postnatal Family Support And Postpartum Depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 50(4). Hal : 340–345.

BAB 9

WANITA SEBAGAI IBU

Oleh Diaz Capriani Randa Kusuma

9.1 Pendahuluan

Kelahiran bayi merupakan awal dimulainya satu dunia baru bagi ibu. Namun demikian kesinambungan elemen psikis dari macam – macam fase fungsi keibuan (terbentuknya janin, kehamilan, dan kelahiran bayi) masih terus berlangsung. Elemen ini terus tampil dalam variasi dan gradasi yang bermacam – macam, ada yang berlangsung normal ada juga yang semakin lemah dan selanjutnya lenyap sama sekali, tapi ada pula unsur psikis yang terus berkembang secara menetap lalu menjelma menjadi gejala patologis.

Wanita tersebut bisa membangun dunianya kembali bersama dengan bayinya. Ditengah iklim psikis anaknya itu ia memulihkan kembali relasinya dengan dunia luar. Ia menyadari bahwa dirinya sudah tidak sendirian lagi, akan tetapi ada bersama bayinya. Dia merupakan “duo personal” yang membangun dunia baru bersama anaknya dan keluarganya.

Komponen pokok unsur keibuan, anatar lain :

- a. Altruism (mendahulukan kepentingan orang lain, ada perasaan cinta terhadap manusia lain)
- b. Kelembutan
- c. Kasih sayang
- d. aktivitas

Peranan wanita sebagai manusia adalah perannya yang pertama dalam kehidupan yang meliputi :

9.2 Fungsi Keibuan

“Ibu” sebagai makhluk yang dikodratkan sebagai perantara lahirnya manusia di bumi ini. “Ibu” sanggup mengandung, melahirkan, memelihara calon manusia dan mendidiknya.

“wanita” sebagai “Ibu” adalah pendidik paling primer bagi manusia. Kaum “Ibu” yang ideal tidak sekedar dapat hamil, namun “Ibu” harus berbobot (berkualitas). Anak – nanak mereka tidak cukup dijamin kebutuhan jasmaninya, namun rohaninya juga.

Sesungguhnya pengasuhan ibu terhadap anaknya mempunyai kepentingan besar berkaitan dengan anak. Namun, tidak ada keharusan bagi wanita untuk selalu bersama dengan anaknya, dan tidak juga bersama suaminya, kecuali apabila dia (suami) membutuhkannya secara khusus.

Bila ibu sibuk sehingga tidak mempunyai banyak waktu untuk naknya dikarenakan bekerja atau dikarenakan sebab apapun yang lain, maka ia dapat menyerahkan tugas pengasuhan kepada siapa saja yang dianggapnya jujur untuk mengisi kekosongan yang disebabkan kepergiannya. Namun sebisa mungkin ibu harus berusaha menyisakan waktu agar dapat memberikan perasaannya dan kasih sayangnya kepada anak yang dapat mengurangi perasaan gelisah yang bisa dialami anak karena kepergiannya.

Bagi kaum wanita fungsi keibuan itu memberikan kemungkinan menghayati pengalaman "kekekalan". Fungsi reproduktif bagi wanita tidak hanya merupakan suatu kegiatan individual pada tingkat biologi saja. Akan tetapi peristiwa biologis saja. Akan tetapi peristiwa biologi ini harus dipandang sebagai manifestasi universal dari fluktuasi human (rasa hanyut) diantara dua kutub yaitu kreasi (kehidupan) dan destruksi (kematian).

9.3 Sifat Keibuan

Beruntunglah bagi mereka yang mempunyai sikap keibuan. Meskipun belum menjadi ibu, wanita yang mempunyai sifat lemah lembut dan penyayang layaknya seorang ibu bisa menghasilkan sel – sel saraf baru di otaknya yang mungkin akan membuatnya lebih cerdas.

Keibuan itu bersangkutan dengan relasi ibu dengan anaknya, sebagai satu kesatuan biologis, psikis dan social. Relasi tersebut dimulai sejak ada dalam kandungan ibunya dan dilahirkan dengan proses-proses fisiologis berupa masa hamil, kelahiran menyusi, dan memelihara si kecil. Semua fungsi fisiologis tersebut senantiasa dibarengi dengan komponen psikologis pada setiap

mahluk, sehingga memiliki tipe yang khas dan kesamaan sifat. Namun secara individualism tetap menunjukkan adanya perbedaan karena sifat kepribadian individu wanita memang berbeda. Pengalaman sebagai seorang ibu tersebut menumbuhkan tugas – tugas atau kewajiban serta reaksi emosional yang khas, baik yang bersifat positif (kebahagiaan) maupun negative (kecemasan dan ketakutan).

Sifat-sifat keibuan unggul dimiliki oleh para wanita yang feminine sifatnya, yang memiliki keseimbangan antara tendensi narsisne yang sehat dan sangat mendukung harga dirinya. Sifat – sifat keibuan itu secara garis besarnya bisa digolongkan dalam 2 ide berikut :

- a. kualitas tertentu dari karakter dan kepribadian wanita bersangkutan.
- b. Gejala emosional pada wanita yang bersumber pada ketidakberdayaan bayi dan anak. Bayi atau anak bergantung dan membutuhkan pertolongan serta pemulihan serta pemeliharaan, terutama dari ibunya.

Ciri utama dari insting wanita adalah kelembutan (tenderness). Semua bentuk agresi dan sensualitas seksual yang cukup sehat akan ditransformasikan dikemudian hari dalam bentuk kelembutan kasih sayang pada anaknya. Hal ini merupakan bentuk emosi yang khas terhadap keturunannya, sedangkan surplus dan komponen agresif pada umumnya akan diwujudkan dalam upaya membela atau melindungi secara mati – matian anaknya dari segala ancaman dan bahaya.

9.4 Relasi Ibu Dan Anak

- a. Aspek-Aspek Penting Pada Relasi Ibu Dan Anak

Masalah yang harus dihadapi wanita dalam melaksanakan fungsi reproduksi itu dimulai dengan kehamilan dan kelahiran bayi, sampai pada pemeliharaan anak. salah satu kesulitan pokok dalam pelaksanaan tugas ini adalah berkonfliknya kepentingan spesies.

b. Proses Identifikasi Ibu Dan Anak

Identifikasi adalah perbuatan-perbuatan mempersamakan diri. Identifikasi ibu terhadap anaknya bukan berarti ibu tersebut menjadi bayi at anak-anak kembali, akan tetapi diartikan sebagai dapat “menempatkan diri” atau manunggal jiwa dengan pribadi anaknya berdasarkan cinta kasih ibu sejati. Semua itu ditunjukkan kepada pengabdian dirinya pada fungsi reprodusi yaitu melahirkan dan menjamin pelestarian generasi baru.

c. Hubungan Ibu Dengan Anak Gadisnya

Lambat laun pada usia pubertas, secara alami akan timbul kesadaran diri dan protes pada gadis tadi terhadap ibunya antara lain dengan memperebutkan kasih sayang ayahnya atau minat, perhatian dari khalayak luar. dengan kata lain, oleh anak gadis tadi ibunya sekarang dianggap sebagai saingan / rivalnya.

d. Perkembangan Bayi / Anak Sebagai Pola Panutan

Perkembangan dari relasi ibu dan anak itu tampaknya mengikuti satu hukum tertentu yaitu selalu menyesuaikan diri dengan perkembangan anaknya. dan harus rela menyerahkan dan melepaskan sedikit demi sedikit anaknya kepada dunia demi kebaikan dan perkembangan anaknya, sebagaimana dia harus rela melepaskan segala sesuatu yang dicintai di dunia ini guna menghadap Tuhannya.

e. Bahaya Dari Tujuan –Tujuan Lain Di Luar Eksistensi Anak

Seorang ibu yang baik itu hendaknya tidak mengharapkan tujuan-tujuan lain lewat anaknya terkecuali keberadaan eksistensi anak itu sendiri. Jika tidak demikian, ibu tersebut akan menghadapi resiko berat, bahwa ia justru akan mengalami banyak penderitaan dan kesengsaraan bathin oleh fungsi keibuannya diantaranya seperti :

- 1) Seorang suami hanya ingin mendapatkan keturunan, tapi ia tidak sepenuhnya memberikan cinta kasih pada anak dan istrinya.
- 2) Anak hanya dijadikan bukti konkrit dari maskulinitas / kejantanan seorang pria (ayah dari anak) sebab semula pria itu menduga bahwa kejantannya akan musnah karena masa lalu ia terlalu banyak mengumbar seks

dengan pelacur dan pernah menderita penyakit kelamin sifilis.

- 3) Suami istri dipaksa mempunyai anak karena tekanan tradisional tertentu
 - 4) Seorang pria merasa lelah mengembara penuh kegelisahan lalu ingin membangun rumah tangga dan mendapatkan anak keturunan sebagai pengisi kegelisahan hatinya.
 - 5) Istri pasif menyerah pada setiap nafsu seksual suaminya, sedangkan dia sendiri tidak cukup siap secara mental dan belum matang untuk menjadi seorang ibu. Kondisi ini membuat anak yang lahir dianggap sebagai anak yang tidak bisa diharapkan.
 - 6) Seorang istri mengetahui ketidaksetiaan suaminya sehingga ia ingin melahirkan seorang anak sebagai alat pengikat untuk memperebutkan cinta suaminya.
 - 7) Ada juga ibu - ibu yang selalu merasa hidupnya jenuh dan hampa. Ia kemudian berusaha mengisi kehampaan hatinya dengan melahirkan seorang anak. Dia ingin menjadi ibu karena didorong oleh rasa kejemuan.
 - 8) Kadang kala, ada juga wanita yang menjadi ibu didorong oleh motif yang tidak disadari atau kompulsif.
- f. Polaritas Antara Fungsi Keibuan Yang Psikis Kontra Fungsi Biologisnya

Jika kita meninjau secara retrospektif (proses psikologis fungsi keibuan wanita, kita bisa memahami bahwa proses biologis (melahirkan bayi, memproduksi anak manusia) itu selalu melibatkan banyak kesulitan kejiwaan dalam tugas keibuannya.

Perkembangan relasi dari ibu dan anak tampaknya mengikuti satu hukum tertentu, yaitu selalu menyesuaikan diri dengan perkembangan anaknya. Pada awalnya saatsang ibu wajib memuaskan semua kebutuhan anaknya. Anak tersebut akan merasakan kasih sayang dan kelembutan penuh dari ibunya. Dengan kata lain, mereka adalah satu kesatuan ego yang sangat akrab dan intim. Selanjutnya, disetiap fase perkembangan (seperti masa bayi, kanak - kanak, masa sekolah, masa puber, dan kedewasaan) selalu diakhiri denagn semakin intensifnya

kecenderungan anak untuk memerdekakan diri dari ikatan dengan ibunya. Sementara ibunya juga berusaha agar anaknya tetap dekat dengan dirinya.

Berikut ini adalah beberapa komponen kompleks yang ada pada setiap ibu yaitu :

- a. jika ibu itu sangat mencintai anaknya, biasanya terjadi penilaian yang berlebih – lebih terhadap anaknya.
- b. Jika seorang ibu sangat berduka oleh tingkah laku atau kematian anaknya, maka dapat menguragiminat ibu terhadap persoalan – persoalan hidup lainnya.
- c. Jika seorang ibu senantiasa dikejar – kejar oleh perasaan berdosa dan bersalah, maka secara mutlak ia bersedia mengorbankan apapun, bahkan sampai menyakiti diri sendiri dan orang lain.
- d. Jika seorang ibu matrikal dominan sifatnya, ia akan menyebarkan ideology yang kuat kepada anaknya bahkan ada yang mengarah pada fanatisme

9.5 Ibu Tiri Dan Ibu Angkat

a. Motivasi Menjadi Ibu Tiri

Ibu tiri memang sebuah status yang terkadang menakutkan. Image negative terlanjur melekat dibenak sebagian kaum wanita, bahwa ibu tiri selalu digambarkan jahat dan licker. Sering pula anak beranggapan ibu tirinya adalah musuh atau pesaing, seakan – akan dalam keluarga kelak terjadi kompetisi seru, berebut perhatian dan cinta ayah dan suami.

Seksualitas biasanya memegang peranan sekunder. Akan tetapi wanita itu sendiri dengan kedok kemesraan, sikap bersahabat dan suka menolong atau sikap berpura-pura baik, biasanya dia punya perhitungan yang tepat dan praktis yaitu pemuatan erotis dan jaminan social ekonomis.

Menjadi istri dari seorang duda, sekaligus menjadi ibu tiri dari anak kandungnya adalah dua hal nyata yang akan diterima, sipapun anda yang berada pada posisi ini sekarang. Dan sebelum anda mengetahui saran bijaknya, terlebih dahulu ketahui peran anda sebagai “ibu baru” dari anaknya.

Selanjutnya apabila harapan untuk diperistri oleh si duda

itu kemudian terkabul, biasanya sikap yang mula-mula *attend* dan lemah lembut, ramah yang dibuat-buat untuk menyembunyikan maksud sebenarnya itu jadi luntur. Lalu tampak sifat-sifat asli wanita yaitu kejam, ganas, palsu (sifat-sifat khas ibu tiri). Sikapnya yang baik itu jadi habis kikis, karena kini wanita tersebut mulai mengalami frustrasi-frustrasi tertentu.

b. Anak Angkat

1) Kaitan kemandulan dengan keinginan untuk adopsi walaupun seorang wanita itu memiliki kehidupan psikis dengan sifat-sifat maternal sejati namun adakalanya oleh suatu sebab tertentu ia menjadi mandul atau steril lalu tidak bisa melahirkan anak sendiri. Secara kontinu wanita tadi merasakan kegetiran hati dan selalu saja mengalami frustrasi yang tidak bisa terpecahkan. Salah satu jalan paling ringkas yang dapat ditempuhnya adalah dengan mengadopsi anak yang yatim piatu.

2) Motivasi pendorong untuk upaya adopsi.

Proporsi paling besar keluarga yang memungut anak ialah pasangan yang kawin, namun tetap steril keadaannya. Oleh sebab itu “psikologi adri ibu-ibu angkat” ini sebagian besar ditentukan oleh motif-motif psikologis kemandulan dan sterilitas antara lain, kecemasan dan ketakutan yang luar biasa besarnya tapi seringkali tidak disadari terhadap fungsi reproduktif atau fungsi melahirkan.

c. Hal - hal yang perlu diperhatikan saat anda sebagai ibu tiri :

1) Ketahui posisi anda

Anda memang bukan ibu kandungnya, seberapapun anda berusaha keras untuk mendekatkan diri pada mereka. Ibu kandung tentu akan selalu mendapatkan tempat special dihatinya, seperti halnya cinta sang ayah. Namun kenyataannya sekarang, anda adalah istri dari ayah kandungny. Dan bijaknya, mulailah secara perlahan tapi pasti anda menanamkan dalam benak mereka bahwa mereka adalah anak anda juga, yang menjadi bagian dari hidup dan prioritas anda.

2) Sikap take and give

Menikah dengan duda yang memiliki anak, itu berarti anda harus bisa menerima mereka satu paket. Sikap take

and give sangat dibutuhkan agar anda jauh lebih ikhlas dan nyaman menyandang status tersebut dan menjalani hidup berumah tangga dengan sang duda.

Bijaknya jika pendekatan kepada anak-anaknya, dilakukan bersamaan saat anda masih berpacaran dengan ayahnya. Setidaknya anda bisa mengenali karakter buah hatinya, mengenal dekat dunianya dan menjadi teman baik bukan sebagai musuh baginya. Pendekatan ini adalah sarana belajar saling menerima keberadaan masing – masing. Pun memudahkan anda saat berinteraksi dengannya kelak.

3) Memahami dan toleransi

Pahamilah, bahwa sebuah perceraian masih menyisakan luka dan trauma mendalam dijiwanya sehingga menimbulkan sikap agresif atau penolakan mereka terhadap “ibu baru”. Bersabar adalah saran bijak, dan jangan jadikan sikap – sikap negative yang mereka tunjukkan sebagai alasan anda untuk membenci atau sakit hati pada mereka.

Coba lihat dari kacamata dan sudut pandang mereka, karena mungkin saja beberapa kejadian buruk seperti pertengkaran hingga timbulnya perpisahan diantara kedua orangtuanya, masih sangat membekas dihati hingga masih begitu sulit bagi mereka untuk menerima kehadiran anda sebagai “ibu baru”.

4) Ikhlas menyayangi

Mulailah belajar untuk menerima keberadaan mereka diantara anda dan suami. Ini adalah sebuah awal yang tepat meski mungkin berat dan susah dijalani. Sikap ikhlas anda sangat dibutuhkan, karena telah bersedia menerima resiko dan konsekuensi menikahi duda dengan anak. Komunikasi dan kedekatan anda yang intens dengan mereka, juga sebuah pembuktian bahwa ada telah menerima menjadi “ibu baru” mereka.

Namun perlu diketahui bahwa, jangan pernah memaksakan diri untuk menggantikan posisi ibunya. Sayangi saja mereka sepenuhnya, dan biarkan kasih sayangnya itu mengalir sebagaimana mestinya. Yang

terpenting anda mengetahui dengan jelas batasan – batasannya.

5) Jadi teman baik

Awalnya mereka akan merasa asing dengan keberadaan anda ditengah – tengah mereka, namun jangan dulu bereaksi atas sikap ini. Sebuah pendekatan yang terarah dengan komunikasi 2 arah yang intensif sangat bagus dilakukan. Siapkan diri anda selayaknya teman terbaik, yang bersedia mendengar segala cerita dan keluh kesahnya. Dan inilah saatnya anda melenyapkan segala rasa canggung dan takutnya, dan menjadi teman terbaik mereka.

Menjadi teman baiknya akan terasa lebih nyaman bagi anda, karena anda tidak mungkin bisa menggantikan peran ibunya dihati mereka. Saat mereka bersikap tidak baik dan tidak Sopan, tak perlu dengan kekerasan. Berikan nasihat dan teguran yang sepantasnya. Jika memang sudah melewati batas, diskusikan segera dengan suami dan bersama – sama mencari jalan keluar yang baik bagi semua pihak.

6) Bersikap adil

Pada saatnya nanti, anda akan memiliki anak sendiri, yang berarti anggota keluarga akan bertambah. Hal ini berarti anak – anak anda akan memiliki saudara tiri. Beberapa kasus, sadar atau tidak, factor ketidakadilan muncul saat anda membagi perhatian dan kasih sayang kepada anak, baik anak kandung maupun anak tiri.

Agar tidak menimbulkan kecemburuan dan konflik persaingan berebut perhatian, sebagai ibu tiri yang bijak, sebaiknya anda tetap menjaga perasaan dan perhatian kepada anak tiri. Sebagai anak yang sudah mulai menerima kehadiran anda sebagai ibu mereka, jangan sampai ketidakadilan yang terlihat itu membuatnya sedih.

Peranan wanita sebagai seorang istri dan sebagai ibu yang menuntut ketergantungan kepada rumah untuk menjaga anak – anak, serta memenuhi semua kebutuhan suami.

Pentingnya peranan wanita sebagai ibu dan sebagai istri, namun kita tidak mampu memanfaatkan garis – garis besar

hukumnya yang membebani seorang ayah untuk memikul tanggung jawab keluarga, khususnya anak – anak dan memberinya hak pengasuhan mereka pada saat terjadi perceraian.

Sesungguhnya ayah dan ibu merupakan dua mitra yang efektif dalam proses pendidikan. Sesungguhnya sifat kebabakan dan keibuaan disamping memiliki dimensi sentimenta, juga memiliki dimensi pendidikan yang mereka berdua menjadi sempurna didalamnya, dimana karakter alami masing – masing dari mereka berdua (ibu sebagai perempuan dan ayah sebagai laki – laki) dan hubungan alami yang mengikat anak dengan ayah dan ibu memainkan peranan dalam perkembangan kepribadian anak dan pembekalannya pada setiap level.

Salah satu kesempurnaan itu adalah apa yang diberikan ibu terhadap anaknya dengan adanya persentuhannya secara langsung dengan badan anak dan pemenuhannya terhadap kebutuhan si anak, baik kebutuhan fisik maupun psikologinya dengan merasakan keamanan internal.

Selain menyiapkan anak yang berkualitas, kaum ibu masih mempunyai tugas yang sangat penting yang meliputi :

a. Pengendalian kependudukan

Masalah pertumbuhan penduduk bukanlah masalah kecil, bahkan masalah internasional yang dirasa sangat mendesak.

Masalah kepadatan penduduk ini menjadi perhatian kita bersama. Bagi kaum ibu perlu menyadari, apakah tugas kodratnya hanya melahirkan? Tidaklah bijaksana kalau kita tetap berorientasi pada jumlah anak, bukan kualitasnya. Jadi disini titik berat yang menjadi kompetensi wanita sekaligus sebagai ibu adalah mengatur kelahiran. Apabila terdapat seorang ibu sering sekali melahirkan, fisiknya akan menjadi lemah, perawatan anak akan kurang tertib dan sekaligus kewajiban menjalankan ibadah banyak terganggu. Perlu dipertimbangkan bahwa dengan seringnya kelahiran membuat keturunan yang lemah, baik fisik, rohani, akal dan kemampuan keuangan. Berkaitan dengan perencanaan masalah kelahiran, maka bagi pasangan usia subur (PUS) dan Wanita usia subur (WUS) sebagai sasaran program keluarga berencana (KB). Jadi KB adalah untuk keselamatan ibu dan

kesejahteraan keturunan kita.

- b. Lahirnya generasi bangsa yang bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa

Mengingat semua manusia menagalami masa kanak – kanak, diaman peran ibu sangat menentukan. Tidaklah berlebihan apabila baik buruknya anak tergantung kepada orangtuanya, padahal ibunyalah yang aling dekat.

- c. Ibu berkewajiban mendidik iman

Setiap kelahiran masih dalam keadaan suci. Hal ini sama dengan pendapat ahli, bahwa anak bagaikan kertas putih. Dimana corak dan wujud tulisan tergantung penulisnya.

- d. Ibu bertanggung jawab mendidik supaya anak taat kepada Tuhan Yang Maha Esa

Apabila sejak dini kaum ibu dipersiapkan sebagai ibu ideal, maka manusia berkepribadian dan bertaqwa dapat diwujudkan. Syarat keberkahan dan kemakmuran suatu bangsa adalah watak bangsa yang bertanggung jawab. Karena ibu yang ideal dipandang dari segi kesejahteraan keluarga dan masyarakat merupakan factor penentu. Ibu yang bijaksana mampu menciptakan kondisi rumah tangga yang damai serasi dan dicintai anak – anaknya.

DAFTAR PUSTAKA

- Sujianti, D.A., 2012. Buku Ajar Psikologi Kebidanan. *Jakarta: Trans Info Media.*
- Ahmad, D. and Kebidanan, P., 2011. Analisis Perilaku wanita untuk kesehatan. *Salaemba Medika, tahun.*
- Pieter, H.Z., 2018. *Pengantar psikologi untuk kebidanan.* Kencana.
- Ahmad, D., 2012. Psikologi Kebidanan.
- Rahayu, P.P., Lakhmudien, L., Sulung, N., Indiarti, P.T., Paula, V., Susanty, S.D., Nardina, E.A., Mardiah, A., Ulfiana, Q. and Hasnidar, H., 2021. *Pengantar Psikologi Untuk Kebidanan.* Yayasan Kita Menulis.
- Tim Penulis, P.S.T.K., 2019. Modul teori; psikologi kebidanan.
- Idaningsih, A., 2021. *Psikologi kebidanan; Buku Penerbit Lovrinz.* LovRinz Publishing.

BAB 10

WANITA SEBAGAI LANSIA

Oleh Yuditia Prameswari

10.1 Pendahuluan

Jika dilihat dari tahapan perkembangannya, tahapan perkembangan lansia bisa jadi menjadi tahapan perkembangan yang sama menantanginya dengan tahapan perkembangan manusia sepanjang hayat lainnya. Bagaimana tidak? Mereka telah melalui masa lahir, bayi, anak-anak, remaja dan dewasa yang juga sama-sama beratnya. Jika lansia masih dalam keadaan sehat, aktif dan berdaya, hal ini mampu memberikan efek yang positif bagi dirinya. Ia akan merasa bahwa ia masih merasa dibutuhkan, mampu memberikan kontribusi bagi orang lain dan lingkungannya. Namun, ada juga lansia yang memiliki persoalan kesehatan, psikologis, keluarga dan sejenisnya. Biasanya kondisi ini juga ditandai dengan menurunnya kemampuan sel-sel tubuh untuk meregenerasi diri dan menstabilkan fungsi-fungsi tubuh (Ballesteros, 2016). Hal ini bisa berdampak pada kesejahteraan psikologisnya karena ia menjadi merasa tidak bahagia, kesepian, tidak berdaya dan perasaan negatif lainnya (Kemenkes, 2020)

Menjadi tua sejatinya adalah hal yang semua orang akan mengalaminya, terlebih jika ia mampu menerima kondisinya dengan sukacita, rasa syukur dan penerimaan sebagai berkah dari Tuhan. Di Psikologi lebih dikenal dengan istilah *acceptance* dialami semua orang yang dikaruniai panjang umur. Hal ini bisa dilihat dari salah satu pernyataan lansia di portal geriatri.id. *“Menjadi lansia itu anugrah karena tidak setiap orang bisa diberi kesempatan menjadi lansia. Yang sehat, bahagia karena masih berdaya. Sekecil apapun, meski hanya senyum, adalah manfaat”*. Berdasarkan data yang dihimpun oleh Kementerian Kesehatan, Indonesia memiliki jumlah orang lanjut usia (Lansia) kurang lebih 27,1 juta lansia (hampir 10% dari total penduduk Indonesia). Diprediksi, tahun 2025 diproyeksikan jumlah Lansia bisa meningkat 33,7 juta jiwa

(11,8%). Tanggal 29 Mei ditetapkan sebagai Hari Lanjut Usia Nasional (HLUN) yang digagas sejak tahun 1996 (Darmojo, 2020).

Pada dasarnya, persepsi menjadi tua pun juga bisa ditelaah secara fisik dan psikologis. Secara fisik memang tampak lebih jelas karena lansia dipastikan mengalami degradasi kemampuan fisik, kognitif, pencernaan, kulit, tulang dan sebagainya. Hal ini, biasanya berimbas pada menurunnya juga peran sosial yang harus diembannya, seperti melakukan tugas-tugas kerumagntanggaan, bekerja, dan merawat anggota keluarga lainnya. (Carlson, 2014) menjelaskan permasalahan psikologis yang biasa dialami lansia antara lain kehilangan pasangan hidupnya, teman-teman yang mulai menyusut jumlahnya (baik karena kesibukan maupun meninggal dunia), anak-anak yang sudah besar, mandiri dan tidak lagi tinggal bersama serta beberapa permasalahan psikis lainnya. Selain itu beberapa lansia juga mengalami *post power syndrome* karena sudah kehilangan posisi atau jabatan tertentu di pekerjaannya, sehingga membuat ia merasa tidak berharga, tidak berdaya atau merasa harus dihormati. Selain isu tentang fisik dan psikis, isu umum lain yang dihadapi lansia antara lain ketergantungan pada orang lain, penyesuaian diri dengan gaya hidup dan mencari kegiatan yang menyenangkan di waktu luang (Dragg, 2020)

10.2 Mengenal Lanjut Usia (Lansia)

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1965 yang termuat dalam pasal 1 menyatakan bahwa seseorang dapat jompo (lanjut usia) adalah individu yang mencapai usia 55 tahun. Dilanjutkan dengan Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.

Menurut Organisasi Kesehatan dunia (WHO), masa lansia dibagi menjadi 2 (dua) periode : 1) lansia muda (65-74 tahun) dikategorikan lansia yang masih cukup aktif, penuh vitalitas, masih bugar dan masih bisa melakukan aktivitas tertentu. Misalnya masih bisa berpergian sendiri, merawat diri dengan baik atau berkumpul dengan teman-temannya 2) Lansia tua (75-84 tahun), biasanya sudah mulai mengalami penurunan fisik sehingga akan sering membutuhkan kehadiran orang lain (keluarga, perawat) untuk

mendampinginya melakukan aktivitas tertentu (Notoatmodjo, 2020). Ada juga klasifikasi lansia menurut (<https://www.who.int/health-topics/ageing>, 2013) yaitu 1). Usia pertengahan (*middle age*), yang berusia 45-54 tahun. 2). Lansia (*elderly*), yang berusia 55-65 tahun 3). Lansia muda (*young old*), berusia 66-74 tahun. 4). Lansia tua (*old*), berusia 75-90 tahun dan 5). Lansia sangat tua (*very old*), berusia lebih dari 90 tahun.

10.3 Proses Penuaan (Aging)

(Hawley, 2014) menjelaskan teori tentang Proses Penuaan terbagi menjadi beberapa bagian

- a. Teori Biologis, yang memfokuskan pada proses fisiologis dan penekanan pada teori ini adalah pada perubahan sel tubuh. Teori Biologis ini adalah penggabungan dari beberapa teori seperti Teori Genetik, Imun Tubuh dan Metabolisme. Sistem yang biasanya mengalami degenerasi adalah berkurangnya daya dengar dan penglihatan. Pada masa ini, lansia juga mengalami kulit yang tidak mengendur, berkurangnya elastisitas, dan cenderung kering. Selain itu, tulang, otot dan sendi mengalami penurunan daya yang biasanya menjadi bibit osteoporosis Sistem kardiovaskuler juga perlu menjadi perhatian, karena kesehatan jantung pada lansia bisa menjadi lebih rapuh.

Pencernaan juga menjadi hal yang perlu diperhatikan karena potensi keompongan, menurunnya kemampuan mengecap membuat kesehatan lansia menurun. Isu kandung kemih untuk menahan buang air kecil, turunnya (mengendurnya) payudara serta *menopause* (dengan tanda-tanda tidak teraturnya siklus haid, lubrikasi vagina mengering, kulit kering dan sulit tidur serta berat badan bertambah) juga menyebabkan penurunan secara berangsur-angsur. (Nolan, 2011).

(Papalia, 2012).

- b. Teori Psikologis (*Psychologic Theories Aging*, memfokuskan pada pembahasan terkait dengan aspek-aspek psikologis yang terjadi selama proses menua. Biasanya, para pakar akan menjelaskannya melalui *Maslow's hierarchy of human needs*, *Carl Gustav Jung's theory of individualism*, serta *Erik Erikson's Eight Stages of Life* penuaan).

Kecemasan, mudah tersinggung, stres, depresi dan kesepian adalah masalah-masalah psikologis yang dialami lansia. Lansia mengalami sangkar kosong adalah lansia yang mengalami transisi atau krisis yang sulit ke tahapan baru ketika sudah berperan sebagai orang tua (*parenthood*), karena anak-anaknya sudah dewasa dan harus meninggalkan rumah untuk membangun keluarganya sendiri (Amalia, 2013).

Menurut (Vander, 2014) permasalahan lain yang umum terjadi pada lansia adalah depresi, yang biasanya disebabkan menurunnya interaksi dan peran sosial. Rasa khawatir, merasa sudah tidak berguna, bersedih, dan cenderung sulit mengerjakan segala sesuatu menjadi salah satu pemicu depresi ini (Cherry, 2015)

10.4 Lansia dan Covid-19

Ketika virus corona (Covid-19) menginfeksi sampai di Indonesia pada bulan Maret 2020, lansia adalah individu yang mendapat banyak sorotan dan perhatian. Betul bahwa semua umur bisa berisiko tertular, namun lansia menjadi pemilik risiko besar dan dikhawatirkan bisa memperparah karena adanya perubahan fisiik, penuaan dan kondisi kesehatan (WHO, 2020). Menurunnya sistem kekebalan tubuh lalu mungkin ditunjang dengan adanya penyakit kronis seperti Diabetes, tekanan darah yang tinggi atau kardiovaskular, juga bisa menimbulkan stres dan kekhawatiran pada lansia dalam menghadapi pandemi Covid-19 (Huan dkk, 2020)

10.5 Dukungan Psikologi Awal yang bisa dilakukan untuk Lansia

Program Dukungan Psikologi Awal (DPA) digagas oleh ilmuwan kesehatan yang bertujuan sebagai pendampingan bantuan psikologis awal bagi seluruh individu yang terdampak kesehatan mentalnya, termasuk dalam hal ini lansia. Dalam situasi yang kurang sesuai harapan, seperti penjelasan diatas, lansia kerap terdampak secara fisik dan psikologis dikarenakan dituntut untuk beradaptasi dengan situasi yang terjadi. Akibatnya, mereka bisa merasa kehilangan akan gairah hidup, perasaan cemas dan

khawatir akan masa depan, maupun perasaan tidak aman (kemkes, 2019) (Nordus, 2020).

Agar lansia bisa lebih sejahtera afeksinya, mereka perlu belajar untuk menerima dirinya sendiri dengan utuh dan bahagia. Kegiatan berinteraksi sosial dengan keluarga, kerabat dan handai taulan bisa dijadikan ajang untuk memperkuat perasaan positifnya. Biasanya materi sudah tidak lagi menjadi tujuan utama dan pencapaian hidupnya, namun lebih kepada ketentraman dan kesejahteraan dirinya (Elizabeth., 2017). (Hoyer, 2013) dan (Hunt, 2014) juga menjelaskan bahwa Dementia, Alzheimer atau biasa disebut pikun juga menjadi salah satu yang dikhawatirkan terjadi pada lansia. Untuk itu, barang-barang dirumah sebaiknya diletakkan pada area yang mudah dilihat dan dijangkau



Gambar 10.1 : Dukungan Psikologi Awal

(Sumber : American Psychological Association – Psychological First Aid)

Secara umum, konsep DPA adalah 1). *Look* (melihat/memperhatikan dulu perilaku penyintas, bahasa tubuh diamati gerak geriknya Boleh berasumsi tapi tidak boleh menilai sepihak). *Look* tidak harus secara langsung bisa melalui foto atau video. 2) *Listen* (mendengarkan kebutuhan yang menjadi prioritas lansia, daftar bantuan serta segera membuat RTL (Rencana Tindak Lanjut). 3) menghubungkan penyintas kepada orang yang tepat dan berkemampuan membantu secara profesional (psikolog, psikiater, tenaga kesehatan, relawan, konselor, pemuka agama, dan sebagainya) (Albertus, 2020)

Berikut adalah Dukungan Psikologi Awal bagi lansia yang bisa dilakukan untuk meminimalisir perasaan tidak nyaman :

1. Fokuskan pada lansia yang mungkin terlantar/ harus hidup dan mengurusinya sendiri/ berada dalam kondisi miskin atau memiliki penyakit dan disabilitas psikososial.
2. Bagi lansia yg mengalami penurunan kognitif (Dementia, Alzheimer, dan sejenisnya), berikan bantuan segera untuk mereka mampu mengakses informasi dengan cara yang familiar agar cepat paham terhadap informasi penting
3. Libatkan Lansia yang masih memiliki *skill*, keterampilan atau pengalaman untuk menjadi relawan di lingkungan sekitarnya. Lansia dapat memberikan dukungan sebaya,

DAFTAR PUSTAKA

- Albertus, A. 2020. *Ini 4 Kebijakan Kesehatan Mental Selama Pandemi*.
- Amalia. (n.d.). Kesepian dan isolasi sosial yang dialami lanjut usia: tinjauan. 2013.
- Amalia, A. 2. (n.d.). Kesepian dan isolasi sosial yang dialami lanjut usia: tinjauan.
- Ballesteros, S. 2016. Implicit and explicit memory effects in haptic person.
- Carlson, N. R. 2014. *Physiology of behaviour*. A Division of Paramount Publishing: USA.
- Cherry. 2015. Loneliness: causes, effects and treatments for loneliness.
- Darmojo, B. &. 2020. *Geriatrici*. Jakarta. Depkes. (2013).
- Dragg. 2020. Cognitive aging. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*.
- Ebersole, P. (n.d.). Geriatric nursing and healthy aging. . 2021, hlm. 98-99, 118-119.
- Elizabeth. 2017. The dumbledore hypothesis of cognitive aging. Beckman institute and departmen of educational psychology: Urbana-Champaign. hlm. 295.
- Hawley, K. S. 2014. Spaced-retrieval effects on name-face recognition in older adults with probable alzheimer's disease. <http://bmo.sagepub.com/cgi/content/abstract/28/2/276>.
- Hoyer, W. J. 2013. Adult development and aging. McGraw-Hill Companies, Inc: Newyork. hlm. 73-76.
- <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/45509/uu-no-13-tahun-1998>. (n.d.).
- <https://www.kemkes.go.id/article/view/19070500004/indonesia-masuki-periode-aging-population.html>. (n.d.).
- <https://www.who.int/health-topics/ageing>. 2013.
- Hunt, R. R. 2014. Fundamental of kognitif psychology. Mc Graw-Hill Companies: London. hlm. 77, 159, 165.
- Kemenkes. 2020. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220603/3140048/pesan-menkes-untuk-lansia-indonesia/>.
- kemkes. 2019. indonesia-masuki-periode-aging-population.

- Nolan, B. A. 2011. Using external memory aids to increase room finding by older adults with demensia. *American journal of alzheimer's disease and other dementias*. .
- Nordus, I. 2020. Clinical gero psychology. In *American psychological association*. : Washington DC.
- Notoatmodjo. 2020. *Metodologi penelitian kesehatan (ed.revisi)*. . Jakarta.
- Papalia, D. E. 2012. *Adult development and aging*. . McGraw-Hill Companies: USA.
- Vander, e. a. 2014. *Human physiology: The mechanism of body function*. McGraw-Hill Companies: USA.

BAB 11

GANGGUAN PSIKOLOGI PADA MASA REPRODUKSI

Oleh Niken Bayu Argaheni

11.1 Pendahuluan

Jenis kelamin dan gender mempengaruhi prevalensi, ekspresi, perjalanan dan respon terhadap pengobatan gangguan depresi. Seks mempengaruhi kerentanan terhadap depresi sebagian melalui efek hormonal dan genetik pada perkembangan otak janin. Pengaruh gender yang dikemukakan pada depresi termasuk peran gender budaya, stresor diferensial dan gaya kognitif yang berbeda. Untuk beberapa wanita, masa transisi reproduksi menimbulkan risiko tinggi untuk timbulnya atau eksaserbasi gejala depresi atau dysphoric. Hormon seks memodulasi sistem neurotransmitter yang mengatur suasana hati. Otak wanita bergantung pada mekanisme untuk beradaptasi dengan fluks hormonal, seperti upregulation yang cepat dan downregulation reseptor neurotransmitter. Mekanisme adaptif yang tidak memadai dapat membuat beberapa wanita rentan terhadap disforia selama masa perubahan hormonal. Karena masa perubahan hormonal sering kali merupakan masa perubahan peran sosial, stresor sosial yang unik yang terkait dengan transisi reproduksi dapat lebih meningkatkan kerentanan terhadap depresi (Miller, Girgis, & Gupta, 2009)

11.2 Gangguan Kesehatan Mental Secara Umum

a. Gangguan Kecemasan

Gejala fisik umum terjadi pada banyak gangguan kecemasan. Perlu adanya konsultasi untuk dismenore parah atau nyeri panggul kronis. Gejala lain termasuk nyeri dada, jantung berdebar, sesak napas, pusing, sinkop, mual, muntah, sakit perut berulang, serta gangguan pola tidur, nafsu makan, dan tingkat energi.

- a) Gangguan Kecemasan Umum (GAD): Kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan (harapan yang mengkhawatirkan) tentang sejumlah peristiwa atau aktivitas. Intensitas, durasi, atau frekuensi kecemasan dan kekhawatiran tidak sebanding dengan kemungkinan atau efek aktual dari peristiwa yang diantisipasi. Individu merasa sulit untuk mengendalikan kekhawatiran dan menjaga pikiran yang mengkhawatirkan agar tidak mengganggu perhatian pada tugas yang ada. Gejala somatik sering dikaitkan.
- b) Gangguan Kecemasan Sosial: Ketakutan yang nyata dan terus-menerus terhadap satu atau lebih situasi sosial atau kinerja, memprovokasi gejala kecemasan dan menyebabkan tekanan ekstrem atau penghindaran situasi.
- c) Gangguan Panik: Serangan panik tak terduga yang berulang.
- d) Serangan Panik: Gelombang tiba-tiba ketakutan yang intens atau ketidaknyamanan yang intens yang mencapai puncaknya dalam beberapa menit dan selama waktu itu empat atau lebih dari 13 gejala fisik dan kognitif terjadi (palpitasi, jantung berdebar, atau detak jantung yang dipercepat; berkeringat; gemetar atau gemetar; sensasi sesak napas atau tercekik; perasaan tersedak; nyeri dada atau ketidaknyamanan; mual atau perut tertekan; merasa pusing, goyah, pusing, atau pingsan; menggigil atau sensasi panas; parestesia [mati rasa atau kesemutan]; derealisasi [perasaan tidak nyata] atau depersonalisasi [terlepas dari diri sendiri]; takut kehilangan kendali atau "menjadi gila"; takut mati).
- e) Gangguan Obsesif-Kompulsif (OCD): Meskipun konten spesifik dari obsesi dan kompulsi bervariasi di antara individu, dimensi gejala tertentu umum terjadi pada OCD, termasuk pembersihan (obsesi kontaminasi dan kompulsi pembersihan); simetri (obsesi simetri dan pengulangan, pengurutan, dan penghitungan kompulsi); pikiran terlarang atau tabu (misalnya, obsesi agresif, seksual, dan religius dan kompulsi terkait); dan bahaya (misalnya,

ketakutan akan bahaya pada diri sendiri atau orang lain dan kompulsi pemeriksaan terkait).

f) *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*: Perkembangan gejala karakteristik (termasuk pengalaman ulang berbasis rasa takut, gejala emosional dan perilaku, keadaan suasana hati anhedonic atau dysphoric, kognisi negatif, gejala gairah dan reaktif-eksternalisasi, gejala disosiatif, atau kombinasi dari gejala ini pola) setelah terpapar kematian yang sebenarnya atau terancam, cedera serius, atau kekerasan seksual.

g) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

Gejala inatensi dan hiperaktivitas atau impulsivitas muncul setidaknya selama 6 bulan sampai tingkat yang maladaptif dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan.

b. *Gangguan Perilaku Mengganggu*

Gangguan perilaku yang mengganggu termasuk gangguan oposisi-melawan dan gangguan perilaku. Wanita dengan gangguan perilaku sering melarikan diri dari rumah dan berisiko tinggi mengalami eksploitasi atau perdagangan seksual serta terlibat dalam perilaku seksual berisiko tinggi. Gangguan perilaku yang mengganggu sering hidup berdampingan dengan gangguan penggunaan zat dan gangguan mood dan kecemasan. Pasien dengan gangguan perilaku yang mengganggu mungkin suka berdebat dan menolak saran dari orang dewasa mana pun, termasuk profesional perawatan kesehatan.

a) *Gangguan Perilaku*: Pola perilaku yang berulang dan terus-menerus yang melanggar hak-hak dasar orang lain atau norma-norma masyarakat yang sesuai dengan usia, termasuk agresi terhadap orang dan hewan, perusakan properti, penipuan atau pencurian, atau pelanggaran serius terhadap aturan (seperti melarikan diri, pembolosan, pelanggaran jam malam).

b) *Oppositional-Defiant Disorder*: Pola perilaku negatif, bermusuhan, dan menantang yang mencakup empat atau lebih hal berikut—sering kehilangan kesabaran, sering berdebat dengan orang dewasa, sering menolak mengikuti aturan, sering mengganggu orang lain, sering menyalahkan

orang lain, sering marah atau kesal, sering dengki atau pendendam.

c) Gangguan kepribadian ambang

Gangguan kepribadian ambang mempengaruhi 1-3% remaja dan dewasa muda, kebanyakan perempuan. Meskipun biasanya tidak didiagnosis sebelum usia 18 tahun, onset biasanya terjadi selama masa remaja. Gangguan kepribadian ambang ditandai dengan serangan kemarahan, depresi, dan kecemasan yang sering terjadi, hanya berlangsung beberapa jam, sering bergantian. Sikap terhadap orang lain bergeser dengan cepat dari idealisasi (dilihat sebagai "semua baik") ke devaluasi (dilihat sebagai "semua buruk"). Pasien dengan gangguan kepribadian ambang sangat sensitif terhadap penolakan dan rasa takut ditinggalkan, yang menyebabkan mereka sering menuntut perhatian. Perilaku impulsif termasuk makan berlebihan, perilaku seksual berisiko tinggi, melukai diri sendiri tanpa bunuh diri, dan upaya bunuh diri. Pasien-pasien ini sering melaporkan riwayat pelecehan, penelantaran, atau perpisahan di masa kanak-kanak dan 40-70% melaporkan riwayat pelecehan seksual.

d) Gangguan suasana hati

Gangguan perilaku yang mengganggu termasuk gangguan oposisi-melawan dan gangguan perilaku. Wanita dengan gangguan perilaku sering melarikan diri dari rumah dan berisiko tinggi mengalami eksploitasi atau perdagangan seksual serta terlibat dalam perilaku seksual berisiko tinggi. Gangguan perilaku yang mengganggu sering hidup berdampingan dengan gangguan penggunaan zat dan gangguan mood dan kecemasan. Pasien dengan gangguan perilaku yang mengganggu mungkin suka berdebat dan menolak saran dari orang dewasa mana pun, termasuk profesional perawatan kesehatan.

(a) Gangguan Perilaku: Pola perilaku yang berulang dan terus-menerus yang melanggar hak-hak dasar orang lain atau norma-norma masyarakat yang sesuai dengan usia, termasuk agresi terhadap orang dan hewan, perusakan properti, penipuan atau pencurian,

atau pelanggaran serius terhadap aturan (seperti melarikan diri, pembolosan, pelanggaran jam malam.

(b) **Oppositional-Defiant Disorder:** Pola perilaku negatif, bermusuhan, dan menantang yang mencakup empat atau lebih hal berikut—sering kehilangan kesabaran, sering berdebat dengan orang dewasa, sering menolak mengikuti aturan, sering mengganggu orang lain, sering menyalahkan orang lain, sering marah atau kesal, sering dengki atau pendendam.

1) **Gangguan Penyesuaian Dengan Mood Terdepresi:**

Perkembangan gejala emosional atau perilaku sebagai respons terhadap stresor yang dapat diidentifikasi yang terjadi dalam waktu 3 bulan sejak timbulnya stresor di mana suasana hati yang rendah, air mata, atau perasaan putus asa yang dominan.

2) **Major Depressive Disorder (MDD):** Suatu periode minimal 2 minggu di mana ada mood depresi atau kehilangan minat atau kesenangan di hampir semua aktivitas. Pada anak-anak dan remaja, suasana hati mungkin mudah tersinggung daripada sedih.

3) **Gangguan Bipolar:** Suatu periode yang berbeda dari suasana hati yang abnormal dan terus-menerus meningkat, ekspansif, atau mudah tersinggung dan aktivitas atau energi yang meningkat secara tidak normal dan terus-menerus, yang berlangsung setidaknya 4 hari berturut-turut dan muncul hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, atau yang memerlukan rawat inap.

c. **Gangguan Disforik Premenstruasi:** Kekambuhan siklik dari perubahan afek yang parah, terkadang melumpuhkan, seperti labilitas suasana hati, iritabilitas, disforia, dan kecemasan yang terjadi pada fase luteal dari siklus menstruasi wanita dan mereda sekitar, atau segera setelah onset. menstruasi. Gejala-gejala ini dapat disertai dengan gejala fisik dan perilaku umum dari sindrom premenstruasi.

11.3 Gangguan disforik pramenstruasi

Banyak wanita mengalami perubahan fisik, psikologis dan/atau perilaku yang berkaitan dengan siklus menstruasi mereka. Pada sekitar 1-8% wanita usia reproduksi, perubahan ini memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan dysphoric pramenstruasi (PMDD) (Miller *et al.*, 2009). Menurut definisi, wanita dengan PMDD mengalami setidaknya lima dari 11 gejala spesifik, dimulai selama minggu terakhir fase pascaovulasi dari siklus menstruasi, berhenti pada, atau segera setelah, onset menstruasi, dan menyebabkan gangguan fungsional. Setidaknya satu gejala harus berhubungan dengan suasana hati (misalnya, depresi, kecemasan, lekas marah atau labilitas suasana hati). Di antara gejala mood ini, iritabilitas adalah yang paling umum. Gejala lain dapat mencakup berkurangnya energi, sulit berkonsentrasi, perubahan dalam tidur dan/atau nafsu makan, merasa kewalahan, nyeri sendi atau otot, nyeri atau bengkak pada payudara, dan perut kembung. Sekitar 12-18% wanita usia reproduksi mengalami gejala disforik pramenstruasi yang menyebabkan penderitaan dan/atau gangguan, tetapi memiliki kurang dari lima gejala. Masalah terkait adalah eksaserbasi pramenstruasi (PME) depresi selama fase luteal akhir dari siklus menstruasi. Wanita yang mengalami PME memiliki gejala yang memenuhi kriteria diagnostik untuk depresi berat berulang, tetapi dengan peningkatan keparahan yang signifikan secara klinis dan kemungkinan kekambuhan gejala selama bagian pascaovulasi dari siklus menstruasi.

Meskipun tidak dipahami mengapa beberapa wanita rentan terhadap gejala dysphoric pramenstruasi, bukti tidak langsung mendukung hipotesis bahwa beberapa sistem saraf wanita sensitif terhadap perubahan siklus hormon gonad. Estrogen dan progesteron mempengaruhi fungsi neurotransmitter, seperti *serotonin* dan *-aminobutyric acid* (GABA), yang memainkan peran kunci dalam keadaan mood. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa wanita dengan PMDD memiliki kelainan serotonergik dan GABA-ergik pada fase luteal simptomatik dari siklus mereka, tetapi tidak pada fase folikular asimtomatik. Variasi genetik pada reseptor estrogen yang mungkin mendasari neurotransmitter diferensial dan sensitivitas neuropeptida sedang dieksplorasi.

Memetakan variasi harian dalam gejala untuk setidaknya dua siklus menstruasi membantu menjelaskan apakah gejala terkait dengan siklus menstruasi, dan, jika demikian, pola dan tingkat keparahannya. Penjadwalan dua sesi evaluasi, satu pramenstruasi dan satu setelah onset menstruasi, memungkinkan dokter untuk membandingkan gejala dan pemeriksaan status mental pada fase siklus yang berbeda. Untuk wanita yang sudah memakai obat antidepresan, memeriksa kadar serum sebelum dan sesudah menstruasi dapat membantu menentukan apakah farmakokinetik berbeda secara substansial pada fase siklus yang berbeda. Pada beberapa wanita, pengaruh hormonal pada farmakokinetik menghasilkan tingkat obat subterapeutik siklik yang dapat dikacaukan dengan PME.

11.4 Gangguan Mood saat Nifas

Semakin banyak bukti menunjukkan hubungan antara perjalanan gangguan afektif pada wanita dan peristiwa siklus reproduksi seperti menarche, kehamilan/persalinan dan menopause transisi. Khususnya, periode peripartum dianggap berisiko tinggi untuk ketidakstabilan mood pada wanita dengan riwayat gangguan depresi mayor (MDD) dan gangguan bipolar (BD). Beberapa faktor yang terkait dengan periode penting ini, termasuk aspek biologis, kognitif dan psikososial (terutama, peristiwa stres ibu selama kehamilan dan periode postpartum), berkontribusi pada kerentanan wanita terhadap episode suasana hati dan komplikasi obstetrik dan dihasilkan. yang neonatal. Di satu sisi, fluktuasi hormon ovarium dapat mempengaruhi persepsi informasi emosional dan dengan demikian suasana hati dan respons kognitif terhadap informasi tersebut. Selain dampak estrogen pada pemrosesan emosional, hormon reproduksi juga dapat memodulasi proses kognitif lain yang diubah dalam gangguan mood. Di sisi lain, variasi suasana hati dapat dipengaruhi oleh kelainan neurofisiologis spesifik di sub-daerah korteks prefrontal pasien BD, yang dapat membuat wanita lebih rentan terhadap perubahan hormonal dan kekambuhan peripartum karena peran daerah tersebut dalam disregulasi emosi neurokognitif. Gejala depresi dan kecemasan muncul sangat erat

pada periode pra dan pascapersalinan, tetapi bahkan lebih kuat setelah melahirkan, karena saling menguatkan selama kehamilan. (Rosso & Chandra, 2021).

Peningkatan risiko awitan dan kekambuhan gangguan mood pada wanita usia subur sudah diketahui dengan baik, namun identifikasi faktor prediktif yang lebih akurat untuk mengenali episode perinatal secara dini masih ditunggu. Kehamilan sebelumnya, tinggal dalam keluarga bersama, perasaan tidak puas, peristiwa kehidupan yang penuh tekanan, atau pelecehan psikologis oleh pasangan dikaitkan dengan tingkat depresi prenatal yang lebih tinggi. Hal ini mungkin terkait dengan fakta bahwa stres dapat mempengaruhi ekspresi dan tingkat keparahan gangguan mood pada periode peripartum. Tingkat progesteron, yang secara progresif meningkat selama kehamilan dan turun dengan cepat setelah melahirkan, dipastikan berkorelasi dengan PPD; menariknya allopregnanolon prenatal yang rendah (suatu metabolit progesteron yang bervariasi secara proporsional dengan kadar progesteron) memprediksi PPD. Mengingat kurangnya prediktor biologis dan klinis, temuan ini dapat membantu untuk mengenali lebih awal dan mengobati kekambuhan perinatal dengan tepat. Keputusan untuk mengobati gangguan mood selama periode peripartum harus dipertimbangkan dengan hati-hati, menyeimbangkan risiko paparan obat prenatal dan neonatal vs. efek yang berpotensi merusak dari gangguan afektif yang tidak diobati pada janin/anak.

11.5 Depresi Perinatal

Sekitar 9,4-12,7% wanita hamil mengalami episode depresi mayor selama kehamilan. Gejala depresi yang tidak diobati selama kehamilan dikaitkan dengan peningkatan risiko kelahiran prematur dan perubahan temperamen bayi dan respons stres selanjutnya pada keturunannya. Tiga jenis gangguan mood pascapersalinan yang berbeda namun tumpang tindih adalah 'blues', depresi, dan psikosis. Postpartum 'blues' adalah perubahan mood normal yang dialami oleh sekitar 50% wanita dalam beberapa minggu pertama setelah melahirkan, ditandai dengan reaktivitas emosional yang nyata tetapi bukan mood depresi yang

dominan dan berkelanjutan. Depresi berat pascapersalinan dialami oleh hingga 21,9% wanita perinatal dalam tahun pertama setelah melahirkan. Depresi pascapersalinan dapat mengurangi intensitas menyusui, mengganggu kemampuan mengasuh anak dalam hubungannya dengan faktor risiko lain dan mempengaruhi perkembangan kognitif, emosional dan perilaku anak-anak.

Gejala psikotik pascamelahirkan muncul pada sekitar satu dari 1000 wanita yang melahirkan, tetapi hingga 35% wanita dengan diatesis bipolar. Gejala psikotik pascamelahirkan paling sering merupakan bagian dari episode suasana hati, baik manik, depresif, atau campuran. Onset biasanya dalam 3 minggu pertama setelah melahirkan, sering dimulai dalam 3 hari pertama. Dibandingkan dengan episode mood psikotik nonpostpartum, terdapat lebih banyak disorientasi dan mood lability pada episode postpartum. Kesulitan dengan adaptasi neuronal terhadap perubahan hormonal yang tiba-tiba dianggap berkontribusi terhadap kerentanan terhadap masing-masing keadaan suasana hati pascapersalinan ini. Faktor lain yang berkontribusi terhadap depresi postpartum termasuk peningkatan respon inflamasi postpartum dan disregulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal. Faktor risiko psikososial mungkin juga berpengaruh, seperti kesulitan menyesuaikan diri dengan harapan pribadi dan sosial yang terlalu tinggi tentang peran ibu.

11.6 Gangguan psikologi saat perimenopause

Transisi ke menopause adalah saat peningkatan risiko gejala depresi. Diperkirakan setidaknya ada peningkatan dua kali lipat pada gejala depresi onset baru dan episode depresi mayor selama perimenopause. Risiko mengembangkan gejala depresi sangat tinggi ketika kadar hormon seks paling berfluktuasi. Ada beberapa data yang menunjukkan bahwa wanita dengan riwayat PMDD dan/atau gejala depresi pascamelahirkan mungkin lebih rentan terhadap depresi perimenopause. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan gejala depresi pada wanita perimenopause meliputi:

- a. Stres: wanita perimenopause memiliki reaktivitas fisiologis yang lebih besar terhadap stres daripada wanita pramenopause. Stres tak terduga, stres tak terkendali dan stres yang mempengaruhi

harga diri sangat mungkin untuk berkontribusi pada depresi perimenopause. Stresor paruh baya yang sering terjadi termasuk masalah karir, kematian dan penyakit serius orang penting lainnya, serta pengasuhan anak, ketegangan perkawinan dan perubahan peran.

- b. *Hot flashes*: wanita yang mengalami hot flashes secara signifikan lebih mungkin mengembangkan gejala depresi. Sementara beberapa orang telah mengemukakan 'efek domino' (yaitu, ketidaknyamanan fisik dan/atau akibat kurang tidur yang mengarah langsung ke depresi), sebagian besar penelitian telah menemukan bahwa hot flashes dan gejala depresi berkorelasi, tetapi tanpa satu menyebabkan yang lain.
- c. Masalah kesehatan lainnya: wanita yang mengalami masalah medis kronis, seperti migrain, diabetes dan fibromyalgia, mungkin lebih rentan terhadap depresi perimenopause, terutama jika mereka mengalami keterbatasan peran karena masalah kesehatan.
- d. Sikap pribadi dan budaya: sikap mengenai menopause, dan peran wanita yang lebih tua dalam budaya tertentu, dapat mempengaruhi kemungkinan bahwa seorang wanita akan menjadi depresi dalam transisi ke menopause.

11.7 Gangguan Psikologi Infertilitas

Menjadi orang tua adalah salah satu transisi utama dalam kehidupan dewasa bagi pria dan wanita. Stres dari tidak terpenuhinya keinginan untuk seorang anak telah dikaitkan dengan gejala sisa emosional seperti kemarahan, depresi, kecemasan, masalah perkawinan, disfungsi seksual, dan isolasi sosial. Pasangan mengalami stigma, rasa kehilangan, dan harga diri berkurang. Secara umum, pada pasangan tidak subur, wanita menunjukkan tingkat kesusahan yang lebih tinggi daripada pasangan pria. Stres, depresi dan kecemasan digambarkan sebagai konsekuensi umum dari infertilitas. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa kejadian depresi pada pasangan infertil yang datang untuk pengobatan infertilitas secara signifikan lebih tinggi. Kecemasan juga telah terbukti secara signifikan lebih tinggi pada pasangan tidak subur bila dibandingkan dengan populasi umum, dengan 8% -

28% dari pasangan tidak subur melaporkan kecemasan yang signifikan secara klinis (MGH Center for Women's Mental Health, 2019).

Mengingat data yang menunjukkan bahwa gejala psikologis dapat mengganggu kesuburan, keberhasilan pengobatan infertilitas, dan kemampuan untuk mentolerir pengobatan yang sedang berlangsung, minat untuk mengatasi masalah ini selama pengobatan infertilitas telah berkembang. Beberapa intervensi yang dirancang untuk meringankan gejala stres, depresi dan kecemasan pada wanita dan pria tidak subur telah diteliti. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa psikoterapi kelompok perilaku kognitif dan kelompok pendukung mengurangi stres dan gejala suasana hati, serta meningkatkan tingkat kesuburan. Dalam sebuah studi oleh Domar dan rekan dari 52 wanita tidak subur, program pengobatan perilaku kelompok 10 minggu secara signifikan mengurangi kecemasan, depresi dan kemarahan. Tingkat kehamilan yang layak adalah 55% untuk kelompok perilaku kognitif, 54% untuk kelompok pendukung dan 20% untuk kontrol.

Meskipun ada sedikit data mengenai pengobatan farmakologis pasien dengan infertilitas, farmakoterapi tetap menjadi pilihan penting bagi wanita dan pria yang mengalami depresi dalam konteks infertilitas dan pengobatannya. Banyak wanita menghindari pengobatan farmakologis karena takut bahwa pengobatan dapat mempengaruhi kesuburan mereka atau dapat mempengaruhi hasil kehamilan mereka; namun, tidak ada data yang menunjukkan bahwa antidepresan yang umum digunakan berdampak negatif terhadap kesuburan. Selanjutnya, data yang dikumpulkan selama dekade terakhir menunjukkan bahwa antidepresan tertentu dapat digunakan dengan aman selama kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- MGH Center for Women's Mental Health. 2019. Fertility and Mental Health - MGH - CWMH. Retrieved 6 September 2022, from <https://womensmentalhealth.org/specialty-clinics-2/infertility-and-mental-health/>
- Miller, L. J., Girgis, C., & Gupta, R. 2009. Depression and Related Disorders during the Female Reproductive Cycle: [Http://Dx.Doi.Org/10.2217/WHE.09.44](http://dx.doi.org/10.2217/WHE.09.44), 5(5), 577–587. <https://doi.org/10.2217/WHE.09.44>
- Rosso, G., & Chandra, P. S. 2021. Editorial: Reproductive Events in Women With Mood Disorders: Advances in Knowledge and Management. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 2098. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.767983/XML/NLM>

BIODATA PENULIS



Hamdiyah

Dosen Tetap Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Muhammadiyah Sidrap

Hamdiyah, S.ST., M.Keb lahir di Pinrang, 5 April 1990 dari Ayah Hasanuddin dan Ibu Hj. Asia B, S.Ag. Anak kedua dari tiga bersaudara, Isjaya, ST dan Nurkarima, Amd.T. Penulis menikah dengan Abd. Gafur, SE dan memiliki seorang putri sholehah Ghinayra Risqi Auliyah. Pendidikan Dasarnya di SD Negeri 24 Pinrang, MTsN Pinrang, MAN Pinrang, kemudian melanjutkan studi Diploma III Kebidanan tahun 2008- 2011 di Akbid Muhammadiyah Palopo , tahun 2012-2013 menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Surakarta dan Magister Kebidanan tahun 2015-2017 pada Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis bekerja di BPM Hj. Rosmiah B sejak tahun 2011- 2020, Praktik Klinik dr. Rahmi Riani 2014- 2015 dan sebagai dosen STIKES Muhammadiyah Sidrap sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Royani Chairiyah, S. SiT., M.Kes.

Dosen Program Studi Sarjana Bidan

Fakultas Keperawatan Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Padang tanggal 9 Mei 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan. Jabatan Fungsional Akademik Lektor, Menyelesaikan SPK Depkes Bukittinggi tamat tahun 1998, Program Pendidikan Bidan Depkes Bukittinggi tamat tahun 1999, D3 Kebidanan Poltekkes Jakarta III tamat tahun 2004 dan D4 Kebidanan tamat 2006 dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat pada Jurusan Kesehatan Reproduksi tamat 2012 dan Sekarang lagi melanjutkan Magister Kebidanan Universitas Padjajaran semester akhir. Penulis menekuni bidang Kebidanan, Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Masyarakat. Teaching Mata kuliah Asuhan kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Neonatus, Bayi Balita, Asuhan Kegawatdaruratan, Kesehatan Perempuan dan Keluarga Berencana.

Ibu dari Andini Mustazam Chairiyah, Bayu Ali Putra Ramadhan, Jusuf Ali Radja, Andry Ali Khadafi dan Arfiani Chairiyah (Alm)

PEKERJAAN diawali dari Bidan PTT di Puskesmas X Koto I Tanah Datar Sumatera Barat. Tahun 2001 Bekerja Jadi Bidan di RB Sayyidah Jakarta sampai tahun 2010. Menjadi Dosen di Akademi Kebidanan Farama Mulya, dari tahun 2005 sampai 2019. Tahun 2019 sampai sekarang Dosen Kebidanan Universitas Binawan. Aktif di Organisasi Ikatan Bidan Indonesia sekarang menjabat pengurus seksi pendidikan IBI Ranting Pondok Gede dan membuka praktek Bidan

Mandiri di daerah Radar selatan Jaticempaka Pondok Gede Bekasi sejak tahun 2005

BIODATA PENULIS



Astuti Suardi, S.ST., M.Kes
Dosen Jurusan D3 Kebidanan

Penulis Lahir Di Bonepute, 15 Juni 1992. Penulis Merupakan Dosen Tetap Pada Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Datu Kamanre. Penulis Menyelesaikan Pendidikan DIII Dan DIV Pada Jurusan Kebidanan Dan Melanjutkan Pendidikan S2 Pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi.

Penulis Mulai Aktif Melakukan Kegiatan Pengajaran Sejak Tahun 2017. Mata Kuliah Yang Pernah Diajarkan Keterampilan Dasar Kebidanan, Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan, Psikologi Kebidanan Dan Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi.

Penulis Sebelumnya Sudah Menulis Buka Ajar Keterampilan Dasar Kebidanan Dan Buku Ajar Ini Merupakan Buku Ke 2 Yang Ditulis Oleh Penulis.

Astutisuardi92@Gmail.Com

BIODATA PENULIS



Husnul Khotimah Rustam

Dosen di Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Muhammadiyah
Sidrap

Sudah 26 tahun berlalu. Saya lahir di Kota Parepare Provinsi Sulawesi Selatan dan di didik oleh Ayah H. Ns. Rustam Laoheng, S.Kep dan Ibu Hj. Suhardina S.ST., M.AP. Alhamdulillah, saya sudah menyelesaikan studi di SD Negeri 16 Parepare, SMP Negeri 10 Parepare, SMA Negeri 5 Parepare. Kemudian melanjutkan studi S1 di Universitas Negeri Makassar jurusan Psikologi tahun 2013. Tahun 2019 melanjutkan pendidikan S2 jurusan Psikologi Pendidikan. Saat ini saya mengajar di Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Muhammadiyah Sidrap. Pernah juga masuk sebagai anggota Lembaga Pers Psikogenesis di Kampus UNM. Selain sebagai dosen tetap di Program Studi Kebidanan dan mengampu mata kuliah Psikologi Kebidanan, saya bekerja di CV Kiki Areski Kampus sebagai konsultan psikologi. Saya juga pernah menerbitkan beberapa jurnal nasional maupun internasional. Kegemaran saya dalam dunia tulis menulis membuat saya bisa menulis jurnal, artikel hingga rampungnya buku ini. Buku pertama saya dengan *Unhappy: How To Increase Happiness Through 4 Ways Of Optimism, School Climate, Emotional Intelligence, And Life Satisfaction* . Semoga buku ini bisa menebar manfaat dan kebaikan untuk masyarakat luas. Follow saya di instagram husnulhotimah 545 atau facebook husnul tetap husnul.

BIODATA PENULIS



Wulan Wijaya, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
STIKES Citra Delima Bangka Belitung

Penulis lahir di Cit Belinyu tanggal 08 Februari 1990. Penulis menempuh Pendidikan D-III kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta Tahun 2010. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta Tahun 2012. Pada tahun 2019 Penulis Kembali melanjutkan Pendidikan S-2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Saat ini penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi STIKES Citra Delima Bangka Belitung sekaligus merangkap sebagai sekretaris Bidang Penelitian Pengabdian Masyarakat (BPPM).

BIODATA PENULIS



Rachmi Nurul Hidayat Hafid, S.Tr.Keb., M.Keb
Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Salewangang Maros

Penulis lahir di Kolaka tanggal 8 September 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Salewangang Maros. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Makassar, pendidikan DIV pada Jurusan Sarjana Terapan Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dan melanjutkan S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin. Saat ini penulis menekuni bidang menulis dan tertarik mengembangkan media pembelajaran berbasis teknologi. Buku ini merupakan karya pertama penulis.

BIODATA PENULIS



Reni Nofita, SST., M.Keb

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten

Penulis lahir di Padang Laweh tanggal 27 Oktober 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten, Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Indonesia Maju dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Padjajaran. Penulis telah mengabdikan sebagai dosen selama 12 tahun dengan jabatan akademik Lektor.

BIODATA PENULIS



Cahyaning Setyo Hutomo

Dosen di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas
Maret Surakarta

Cahyaning Setyo Hutomo, lahir di Bojonegoro, Jawa Timur, pada tahun 1987, adalah alumni Diploma Empat Kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2009. Penulis melanjutkan studi pada Program Studi Kedokteran Keluarga dengan peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan di Universitas yang sama pada tahun 2010 dan lulus pada tahun 2012. Saat ini penulis berdomisili di Surakarta. Penulis pernah bekerja sebagai Dosen di Stikes AkbidYo pada tahun 2012-2015, selain itu penulis juga pernah bekerja sebagai Kepala Ruang Bersalin di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret pada tahun 2016-2019 dan pada tahun 2018 sampai sekarang penulis menjadi bagian dari Dosen di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis merupakan bagian dari tim vaksinator dari kegiatan Serbuan Vaksinasi TNI-POLRI di Surakarta pada tahun 2021. Sebagai seorang tenaga pendidik, menulis buku merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri dari penulis. Kritik dan saran mengenai buku yang telah ditulis dapat dikirimkan ke alamat email cahyaninghutomo@gmail.com

BIODATA PENULIS



Diaz Capriani Randa Kusuma, SST.,M.Kes

Dosen tetap sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan Dan
Bisnis Graha Ananda Palu

Penulis dilahirkan di Kabupaten Tolitoli pada tanggal 01 mei 1993. Anak Bungsu dari 3 bersaudara dari pasangan Markus .P. Randa , AMG dan Magdalena. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar di SDN 2 Nalu Kabupaten Tolitoli pada tahun 2004. Pada tahun itu juga penulis melanjutkan Pendidikan di SMP Negeri 5 Tolitoli dan tamat pada tahun 2007 kemudian melanjutkan pendidikan SMA Negeri 1 Tolitoli dan selesai pada tahun 2010. Tahun 2010 penulis melanjutkan pendidikan di Akademi Kebidanan Graha Ananda dan selesai pada tahun 2013. Selanjutnya pada tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan D4 Bidan pendidik di Universitas Indonesia Timur Makassar. Tahun 2017 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia Timur Makassar.

Pada tahun 2016 Penulis mengawali karier bekerja sebagai staf di Akademi Kebidanan Graha Ananda Palu dan pada tahun 2017 dan sampai saat ini menjadi dosen tetap sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan Dan Bisnis Graha Ananda Palu.

Ditengah kesibukan penulis, penulisan buku ini merupakan salah satu pengabdian yang dilakukan dalam berbagi ilmu bagi para pembaca yang adalah generasi penerus khususnya yang menggeluti dunia kesehatan dan sebagai pengabdian tugas penulis dalam menjalankan Tridarma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS

Yuditia Prameswari, S.Psi, M.Psi
Dosen Program Studi Psikologi
Fakultas Kedokteran Universitas Batam

Yuditia Prameswari, S.Psi., M.Psi (Tia) adalah Psikolog alumni Universitas Surabaya (Ubaya) Jawa Timur yang saat ini menjadi Staf Pengajar dan anggota Gugus Kendali Mutu (GKM) di Program Studi Psikologi Universitas Batam. Selain melakukan Tri Darma Perguruan Tinggi sehari-hari juga berpraktek dan menjadi *associate partner* di beberapa perusahaan. Saat ini, ia mengampu mata kuliah Psikologi Industri Organisasi, Kesehatan Mental dan Metodologi Penelitian. Ia juga aktif melakukan penelitian, baik bersama rekan dosen dan mahasiswa serta menjadi mitra peneliti. Tahun 2019, penelitiannya yang berjudul *Peran Gratitude terhadap Psychological Well-Being pada Tenaga Kesehatan* bersama dengan rekannya Ulpawati yang juga lulusan Magister Sains Psikologi, mendapatkan Hibah Penelitian Kompetitif Nasional Kategori Skema Penelitian Dosen Pemula (PDP) dari Direktorat Riset & Pengabdian Masyarakat Kementerian Riset, Teknologi & Pendidikan Tinggi. Tahun 2022, ia menjadi mitra peneliti (Koordinator Wilayah Kepulauan Riau) untuk penelitian Fakultas Psikologi Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta. Selain itu, aktif juga sebagai Anggota Himpunan Psikologi Indonesia Wilayah Kepulauan Riau (www.himpsikepri.org). Bisa dihubungi melalui alamat surel: yuditia.p@univbatam.ac.id

BIODATA PENULIS



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,
Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com