**Modul Pertemuan 12**

**Mata Kuliah : Psikologi Kesehatan**

**Kode mata Kuliah : PSI320**

**Penyakit Kronis 2**

Halo Mahasiswa ! Selamat berjumpa kembali dalam mata kuliah psikologi kesehatan. Dalam pertemuan ini kita akan membahas tentang Penyakit Kronis 2. Harapannya setelah kita mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu :

1. Mampu memahami dan menjelaskan pikiran pasien
2. Mampu memahami dan menjelaskan proses *coping* terhadap penyakit kronis
3. Mampu memahami dan menjelaskan adaptasi prospek
4. Mampu memahami dan menjelaskan adaptasi kambuh

Kemudian mari kita lanjutkan dengan refleksi terlebih dahulu, Apakah Anda atau keluarga Anda pernah didiagnosa penyakit kronis ? Lalu apa yang Anda pikirkan berkaitan dengan penyakit kronis tersebut ? Bagaimana proses coping terhadap penyakit medis tersebut ? Dan adaptasi seperti apakah yang Anda lakukan ?

Nah pengalaman Anda tersebut akan menjadi pengalaman yang berharga yang menambah wawasan materi kita. Kemudian mari kita lanjutkan dengan memahami materi tentang Penyakit Kronis 2.

1. **Definisi Penyakit Terminal**

Kondisi terminal adalah suatu proses yang progresif menuju kematian berjalan melalui suatu tahapan proses penurunan fisik, psikososial dan spiritual bagi individu (Kubler-Rosa, 1969).

Penyakit terminal merupakan penyakit progresif yaitu penyakit yang menuju kearah kematian  contohnya  seperti penyakit jantung , dan kanker atau penyakit terminal ini dapat dikatakan harapan untuk hidup tipis ,tidak ada lagi obat-obatan ,tim medis sudah give up (menyerah) dan seperti yang dikatakan di atas tadi penyakit terminal ini mengarah kearah kematian (White,2002)

Penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan tidak ada obatnya , kematian tidak dapat dihindari dalam waktu bervariasi ( Stuard& Sundeen , 1995)

Penyakit pasda stadium lanjut ,penyakit utama tidak dapatr diobati, bersifat  progresif ,pengobatan hanya bersifat paliatif (mengurangi gejala dan keluhan, memperbaiki kualitas hidup (Tim medis RS Kanker Darmais,1996)

Pasien penyakit terminal adalah pasien yang sedang menderita sakit dimana tingkat sakitnya telah mencapai stadium lanjut sehingga pengobatan medis sudah tidak mungkin dapat menyembuhkan lagi.Oleh karena itu, pasien penyakit terminal harus mendapatkan perawatan paliatif yang bersifat meredakan gejala penyakit, namun tidak lagi berfungsi untuk menyembuhkan

## Jadi keadaan terminal adalah suatu keadaan sakit dimana menurut akal sehat tidak ada harapan lagi bagi yang sakit untuk sembuh. Keadaan sakit itu dapat disebabkan oleh suatu penyakit atau suatu kecelakaan.

Masalah Yang Berkaitan Dengan Penyakit terminal

1)      Problem fisik

berkaitan dengan kondisi (penyakit terminalnya): nyeri, perubahan berbagai fungsi sistem tubuh, perubahan tampilan fisik.

2). Problem psikologis (ketidakberdayaan)

kehilangan control, ketergantungan, kehilangan diri dan harapan.

3).      Problem social

isolasi dan keterasingan, perpisahan.

4). Problem spiritual.

1. **Pikiran yang Mungkin Timbul**
2. Apa rasanya hidup dengan penyakit jantung, stroke, kanker, AIDS?
3. Bagaimana penyakit mempengaruhi fungsi pasien?
4. Pengobatan apa yang mereka perlukan?
5. Masalah khusus apa bila korban adalah seorang anak?
6. Apa yang dapat dilakukan untuk membantu orang yang sakit parah? Atau orang yang kita cintai?
7. **Coping yang Diperlukan**
   1. **Coping dan Penyesuaian terhadap Penyakit yang Sangat Mematikan**

Bertanya-tanya tentang:

1. Seberapa lama mereka mempunyai harapan hidup; sesuai umur panjang orang lain dalam keluarga mereka, ttp batasan harapan kehidupan seseor sangat tidak tepat;
2. Pendapat masy: penyakit dg kematian tinggi, tidak berarti akan meninggal bbrp mg atau bln lagi.
3. Bbrp pasien kanker, masih survive 10-20 th seb kematian, bbrp total sembuh.
4. Tdk ada yg dpt yakin apa sumber penyakitnya.

**🡪 Pasien dan keluarga harus beradaptasi pada ketidak- menentuan ini.**

1. **Adaptasi Prospek atau Harapan yang Membaik**

Diagnosis merubah mereka

Perubahan gaya hidup biasanya bagian dr program rehabilitasi penyakit diminta untuk mengikuti.

Self-help & support groups dlm grup meeting atau online dpt digunakan pasien & mdptkan advis ttg problem spesifik & stres dlm kehid sehari-hari.

Pemulihan psn dpt meningkat, kembali k keg rutin

Proses adaptasi peny mematikan dlm wkt lama, bbrp individu membuat cognitive adjustments

1. **Adaptasi Kambuh atau Relaps**

Seseorang Stroke sekitar 30-40% stroke lagi dalam 5 tahun (Flinn, Dalsing, & White dalam Sarafino, 2002).

Kambuh memunculkan krisis lain bagi pasien dan keluarganya, yang lebih keras dari yang pertama (Moos; Weisman dalam Sarafino, 2002).

Hidup dg penyakit sangat mematikan dapat menjadi begitu stres, tetapi setiap penyakit membentuk pola stres yang unik.

1. **Pembahasan Beberapa Penyakit Terminal**

**a. Penyakit Jantung**

Penyakit jantung koroner (*coronary heart diseanse*)/CHD disebabkan oleh mengerasnya arteri akibat pengakumulasian tumpukan lemak didinding arteri, secara khusus mempengaruhi arteri yang langsung memasok darah ke jantung. Ketika penyumbatan di arteri koroner menjadi lebih parah seseorang akan merasakan nyeri dada dan bisa menyebabkan kondisi serangan jantung. CHD adalah satu dari penyebab utama kematian didunia maju, memakan sampai sepertiga jumlah total korban kematian akibat penyakit (khususnya pria-pria berusia sebelum 65 tahun).

Riset multi-budaya telah menunjukkan bahwa terdapat perbedaan menyolok didalam insidensi CHD di negara-negara tertentu, dan khususnya angka kematian akibat CHD. Contohnya, individu di Rusia memiliki angka kematian sangat tinggi karna CHD, sedangkan mereka yang tinggal di Perancis dan Rusia memiliki angka kematian sangat rendah. Diseluruh wilayah Eropa sendiri, negara-negara diutara memiliki insidensi kematian akibat CHD lebih tinggi sedangkan negara-negara diselatan menunjukkan insidensi lebih rendah. Di Indonesia, penyakit jantung koroner merupakan pembunuh nomor satu. Hasil survey yang dilakukan Departemen Kesehatan RI menyatakan prevalensi PJK di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa penyakit jantung koroner menjadi penyebab kematian yang cukup besar di Indonesia, yaitu 5,1% dari seluruh kematian pada semua golongan usia. Presentase tersebut meningkat menjadi 8,7% pada rentang usia 45-54 tahun (Oley, 2014).

**Terdapat beberapa gejala penyakit jantung koroner:**

1. Nyeri di dada: Seseorang dengan penyakit jantung koroner sering mengalami rasa nyeri di dada setelah melakukan olahraga berat atau berada dalam tekanan emosional. Mereka akan merasa sesak di dada, seakan-akan sedang tertekan oleh sebuah batu besar. Rasa sakit bisa menjalar ke lengan, bahu, leher, dan rahang bagian bawah, serta akan reda setelah pasien beristirahat selama beberapa menit.
2. Sesak napas: Karena otot jantung tidak bisa mendapatkan pasokan darah dalam jumlah yang cukup, pasien bisa merasa sesak napas dan kelelahan setelah melakukan aktivitas fisik.
3. Infark miokard (serangan jantung): Ketika seseorang mengalami serangan jantung, nyeri dada akan terasa lebih parah dan dengan intensitas yang lebih lama. Nyeri dada bisa terus berlanjut, walaupun pasien telah beristirahat atau mengonsumsi obat-obatan. Kemungkinan gejala lainnya termasuk jantung berdebar, pusing, berkeringat, mual, dan kelelahan yang ekstrim. Perawatan darurat segera diperlukan dalam kasus ini.

**Cara untuk mencegah penyakit jantung koroner:**

1. Gaya hidup sehat:

-Tidak merokok

-Hindari stress

-Rajin berolahraga

1. Kontrol kesehatan:

Berbagai penelitian medis telah membuktikan bahwa obesitas meningkatkan risiko penyakit jantung koroner. Indeks massa tubuh  (IMT/BMI-*Body Mass Index*) merupakan standar yang diakui secara internasional dan obyektif untuk mengukur obesitas. Secara umum, kisaran normal IMT untuk orang Asia dewasa adalah 18,5 –22,9. Kita harus menjaga berat badan yang sehat dengan cara menjaga pola makan dan olahraga secara teratur.

1. Pola makan seimbang:

Rendah garam

Rendah gula

Rendah lemak

Mengkonsumsi lebih banyak sayuran dan makanan kaya serat

**Signifikasinya bagi Psikologi Kesehatan**

Psikologi kesehatan memiliki sejumlah besar pertimbangan yang bisa ditawarkan untuk memahami dan memodifikasi perilaku yang meningkatkan resiko CHD. Contohnya, sampai seperempat jumlah total kematian yang disebabkan CHD, berkaitan erat dengan merokok, sedangkan pola makan tidak sehat adalah faktor resiko utama lain yang bisa dimodifikasi. Keduanya memverifikasi intervensi perilaku yang diberikan oleh psikolog kesehatan.

Ada juga faktor resiko yang terkait dengan kepribadian, dan yang paling banyak diteliti terkait hal-hal ini adalah kepribaidian Tipe A, digambarkan pertama kali oleh Fredman dan Rosenman di tahun 1959. Kepribadin Tipe A dicirikan oleh kadar tinggi pendesakan dan ketidaksabaran, rasa persaingan, permusuhan dan sangat aktif. Hal tersebut yang paling sering ditemukan dari antara kasus-kasus CHD. Namun, masih terdapat perdebatan tentang apakah keterkaitan kepribadian Tipe A dan CHD.

Stress adalah faktor resiko lain CHD yang relevan dengan psikologi kesehatan, khususnya berdasarkan peran sentral psikoneuroimunologi dalam memahami pengalaman subjektif tentang stres dan pengaruhnya bagi kesehatan. Oleh karena itu, psikologi kesehatan memiliki peran terbaik dalam memahami etiologi CHD dan pencegahannya. Modifikasi perilaku terhadap serangkaian faktor gaya hidup seperti merokok, pola makan, dan latihan olahrga sudah terbukti menghasilkan penurunan penting resiko CHD. Intervensi-intervensi ini kadangkala berpadu dengan konseling motivasional, dukungan kelompok dan penindaklanjutan pengawasan.

**b. Stroke**

troke merupakan penyakit yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Sehingga akibat penyumbatan maupun pecahnya pembuluh darah tersebut, bagian otak tertentu berkurang bahkan terhenti suplai oksigennya sehingga menjadi rusak bahkan mati. Akibatnya timbullah berbagai macam gejala sesuai dengan daerah otak yang terlibat, seperti [wajah lumpuh sebelah](https://mediskus.com/penyakit/bells-plasy-wajah-lumpuh-sebelah), bicara pelo (cedal), lumpuh anggota gerak, bahkan sampai koma dan dapat mengancam jiwa.

**Jenis-Jenis Stroke**  
[Stroke Iskemik](https://mediskus.com/stroke-non-hemoragik)  
Jenis Stroke yang paling banyak, yakni sekitar 85%  adalah stroke iskemik, di mana aliran darah ke otak tersumbat oleh gumpalan darah atau timbunan lemak yang disebut plak di lapisan pembuluh darah.

Stroke Hemorrhagic.   
Stroke hemorrhagic terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Karena pecah maka darah akan menumpuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya.

Ada dua jenis [stroke hemoragik](https://mediskus.com/stroke-hemoragik)

* Perdarahan intraserebral adalah jenis yang paling umum dari stroke hemoragik. Ini terjadi ketika arteri di otak pecah, membanjiri jaringan sekitarnya dengan darah.
* Perdarahan subarachnoid adalah pendarahan di daerah antara otak dan jaringan tipis yang menutupinya.

Transient ischemic attack (TIA) adalah “peringatan stroke” atau “mini-stroke” atau stroke ringan yang mengakibatkan tidak ada kerusakan permanen. Mengenali dan mengobati TIA segera mungkin dapat mengurangi risiko stroke berat.

**Tanda dan Gejala stroke**  
Stroke dapat mempengaruhi organ indra, ucapan, perilaku, pikiran, memori, dan emosi. Salah satu sisi tubuh  mungkin menjadi lumpuh atau lemah akibat stroke.

Tanda-tanda dan gejala stroke yang paling sering, antara lain:

* Tiba-tiba mati rasa atau lumpuh atau kelemahan pada lengan, wajah, atau kaki.
* Kebingungan mendadak
* Kesulitan berbicara, bicara pelo, cedal atau sulit memahami kata-kata orang lain.
* Gangguan penglihatan secara tiba-tiba pada satu atau kedua mata.
* [Pusing](https://mediskus.com/pusing) mendadak, kesulitan berjalan, atau kehilangan keseimbangan atau koordinasi.
* Mendadak sakit kepala parah dengan tidak diketahui penyebabnya.

Tanda-tanda dan gejala stroke selalu datang tiba-tiba. Jika gejala hilang setelah beberapa menit, Anda mungkin mengalami “mini-stroke” atau stroke ringan disebut juga transient ischemic attack (TIA). TIA tidak menimbulkan kerusakan permanen tetapi dapat menjadi tanda peringatan dari stroke yang sesungguhnya akan dan harus mendapatkan pertolongan segera.

**c. Kanker**

Kanker merupakan salah satu penyakit berbahaya yang ada. Diantara beberapa jenis kanker, kanker payudara adalah jenis kanker yang paling berbahaya dan paling sering terjadi. Kanker payudara sangat berbahaya dikarenakan kanker jenis ini menyerang organ reproduksi luar yaitu payudara dan dapat menyebar ke bagian tubuh lain.Kanker payudara juga dapat menyebabkan kematian. Kanker payudara yang dapat menyebabkan kematian adalah kanker payudara stadium IV. Pada kanker payudara stadium IV seseorang sudah menderita kanker payudara yang sangat parah atau bahkan tidak memiliki harapan hidup (terminal). Kondisi terminal pada penderita kanker payudara stadium IV tidak dapat dihindari dan ini pasti akan dialami oleh setiap penderita yang akan menjelang ajal.Pada kondisi terminal perubahan utama yang terjadi adalah perubahan psikologis yang menyertai pasien. Perubahan psikologis tersebut biasanya mengarah ke arah yang lebih buruk dan membuat pasien menjadi tidak koperatif. Disini peran perawat sangat dibutuhkan dan menjadi hal yang penting, dan untuk membuat klien merasa lebih nyaman dan mampu membuat klien menjadi tenang pada saat menjelang ajal.

Kanker merupakan penyakit atau ganguan yang memiliki banyak tingkatan dimana karakteristik utama adalah pembelahan sel-sel tak terkontrol. Penyebaran kanker  terjadi lewat pertumbuhan langsung ke jaringan tubuh yang tidak stabil atau rusak, atau lewat transfer dan imlantasi ke wilayah tubuh yang lebih jauh. Proses terakhir atau metastasis, melibatkan pengangkutan sel-sel kanker lewat aliran darah sistem limpan.

**Asal-usul**

Tumor biasa diklasifikasikan menjadi dua jenis: lunak (tidak menyebar) dan ganas (mudah menyebar, contohnya lewat metastasis). Hipokrates menyebut lunak sebagai onkos (bahasa Yunani yang berarti pembengkakan). Tumor ganas digambarkan Hipokrates sebagai karsinos( bahasa yunani yang berarti capit). Pada abad 18 dengan menyebarnya atau berkembangnya mikroskop dan ditemukannya metode radiasi di abad 19 membuat perawatan tanpa-bedah pada kanker lebih efektif. Pada abat 20 terdapat perbedaan mencolok dalam insidensi kanker yang beragam di seluruh negeri mengindikasi peran yang mungkin bagi faktor lingkungan dan gaya hidup di dalam etiologi kanker.

**Penggunaan Saat Ini**

Pada umumnya kanker utama yang di derita oleh wanita lebih beragam ketimbang kanker yang diderita pada pria. Paada pria, kanker utamanya dikaitkan dengan mortalitas kanker paru dan kanker prostat, sedangkan pada wanita ,kanker utamanya dikaitkan dengan mortalitas kanker payudara, kanker serviks, kanker ovarian dan kanker paru-paru.

Secara umum, ada empat jenis subdivisi atau tipe kanker yang di kenali, yaitu:

# Karsinoma

# Limfoma

# Sarkoma

# Leukimia

Faktor utama yang mempengaruhi prognosis bagi kanker adalah dimana wilayah kanker berada dan seberapa awal ia terdeteksi. Diagnosa meliputi:

* Tes darah atau urin(untuk menunjukan abnormalitas hormonal yang bisa mencerminkan kanker)
* Teknik pemindaian seperti sinar-X (untuk mendeteksitumordi organ internal)
* Sampling jaringan atau biosi wilayah kangker yang potensional (untuk analisa hadirtidaknya sel-sel kanker)

Sedangkan penanganan terhadap kanker meliputi

* Pembedahan (menghilangkan kelompok-kelompok besar sel kanker),
* Penanganan radiologis (menghancurkan atau menonaktifkan sel-sel kangkerdengan menggunakan pradiasian intensif),
* Kemotrapi (membunuh sel-sel yang membelah dengan cepat seperti sel-sel kanker dengan menggunakan obat-obat dosis kuat).

Semua jenis terapi ini bisa digunakan sendiri-sendiri atau secara kombinasi, namun perlu dipertimbangkan keputusan tentang penanganan terbaik dengan melihat kepada wilayah kanker berada dan seberapa awal ia terdeteksi. Terapin radiasi mengandung resiko efek samping berat dan berefeksampik seperti kelelahan, pusing, muntah, rambut rontok dan sterilitas hormon reproduksi.

**Signifikasi Bagi Psikologi Kesehatan**

Psikologi kesehatan dapat memberitahu kita pemahaman dan penanganan kanker dengan dua cara, yaitu:

* Meyoroti taraf faktor-faktor psikososial terlibat didalam etiologi kanker dan prognosis selanjutnya.
* Melihat konsekuensi kanker (seperti stres) yang dialami dan diatur lewat kerangka kerja psikososial.

Faktorperilaku jelas berperan penting dala peningkatan dan penurunan resiko kangker. Contoh paling mengejutkan adalah hubungan antara merokok dan kanker paru-paru dimana 90% kasus kanker paru-paru disebabkan oleh aktivitas merokok. Konsumsi alkohon dan aktivitas seksual juga penting meski tidak terlalu tinggi dibandinngkan dengan konsumsi alkohol danpola makan. Faktor lingkungan seperti pristiwa hidup yang menekan juga dilaporkan miningkatnya resiko kanker, meski demikian bukti untuk hal ini juga tidak kunjung menjadi jelas. Tampaknya ini berkaitan dengan variasi didalam, bagaimana pristiwa hidup dirasakan diantara individu-individu, dan tekanan subjektif bisa lebih kuat berkaitan dengan kanker.

Faktor psikologis dan kognitif, seperti kepribadian dan gaya pengatasan masalah, juga memainkan peranan penting, entah dalam resiko kanker maupun progresivitasnya.kepribadian tipe C (dilihat juga penyakit jantung koroner), dicirikan oleh kepasifan  dan rasa tak berdaya yang terus dirasakan, telah dilaporkan banyak berkaitan dengan kanker lantaran kurangnya kontrol yang dirasakan terhadap stresor. Strategi pengatasan-masalah bisa juga berkaitan dengan prilaku yang meningkatkan resiko kanker atau memengaruhi prognosis-contohnya, strategi pengatasan masalah yang melibatkan aktivitas merokok atau meminum alkohol dalam stres.

Penyembuhan kanker seperti kemotrapi dengan efek samping seperti kelelahan, pusing dan muntah dapat menekan dan memicu stres pasien. Efek samping lain seperti rontok rambut, dapat mengarah kepada rasa malu dan berpotensi terstigma dan terisolasikarena orangtakut untuk berinteraksi dengan penderita kanker. Bahkan meskidemikiankanker bukan penyakit menular, pasien seringkali ‘divonis’ sama dengan penderita HIV atau AIDS.

Salah satu proporsi yang substansi dari pasien kanker memperlihatkan simton-simton depresi, kecemasan, amarah dan kesedihan, meskipun dari simton-simtonini beragam di sepanjang waktu, dan beberapa individu tidak memperlihatkan respon emoosi yang kuat. Gaya pengatasan masalah aktif dan perasaan kontrol sudah dilaporkan berkaitan erat dengan taraf rendah tekanan emosi, sedangkan kepasifan,ketakberdayaan dan perenungan berkaitan dengan taraf stres lebih tinggi. Terdapat juga sejumlah bukti pada gaya pengatasan masalah yang aktif berkaitan dengan prognosis yang lebih baik dan lingkungan juga memainkan satu peranan penting.

Satu peran unik dan spesifik bagi psikologi di dalam kanker berkaitan dengan rasa pusing dan muntah berkepanjangan karena kemotrapi, yang kadang sudah terjadi bahkan sebelum terapi diberikan dan semakin buruk setelah menjalani terapi. Salah satu pengantisipasi situasi ini adalah lewat proses pengondisian klasik , dimana kemotrapi menjadi berkaitan dengan petunjuk lain ruang perawatan, atau stafklinis yang memberikan terapi. Di sejumlah kasus, makanan yang dikonsumsi sebelum kemoterapi dilakukan bisa memicu rasa pusing dan mual ini, sebagai pembalikan cita rasa yang dipelajari.

Salah satu pendekatan yang cukup menjanjikan untuk menghadapi kondisi ini adalah menyantap makan yang baru dan kuat rasa antara makanan terakhir dan penanganan kemo trapi, sehingga inilah yang akan menjaditidak disukai, bukannya makanan yang normal. Penanganan psikososial lain yang digunakan bagi pasien kanker meliputi teknik manajemen rasa sakit, konseling gambaran tubuh, dan pelatihan dalam strategi aktif dan adaptif pengatasan masalah.

**d. AIDS :Acquired Immune Deficiency Syndrome**

Virus imunodefisiensi manusia/HIV (human immunodeficiency virus) adalah netrovirus yang menyebabkan sindrom imunodefisiensi bentukan/AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), sebuah kondisi manusia yang didalamnya sistem kekebalan mulai menurun dalam jangka waktu tertentu, untuk kemudian mengarah kepada infeksi yang mengancam hidup.HIV kebanyakan dapat disebabkan dari perilaku manusia (seperti hubungan seksual ataupun drug injecting). Infeksi HIV juga muncul lewat transfer cairan tubuh. Ada tiga rute utama yaitu hubungan seksual tanpa pelindung, jarum yang terkontaminasi dan penurunan ibu ke anak saat lahir atau lewat ASI.

AIDS dikenali pertama kali sebagai sindrom baru ditahun 1981, dan karena kasus-kasus pertama dibatasi kepada populasi homoseksual saja. Namun, kemunculan AIDS berikutnya tahun 1983, diketahui bahwa HIV adalah retrovirus (yaitu virus yang mengandung RNA), khususnya jenis lentivirus (yang berarti memiliki efek yang berkembang lambat selama periode waktu yang cukup lama).

AIDS sekarang sudah mencapai status pandemi untuk manusia, dengan lebih dari 30 juta orang diseluruh dunia hidup bersama HIV/AIDS didalam tubuhnya, 1 juta diataranya anak-anak. Penanganan medis bagsi HIV/AIDS mencakup penanganan penyakit opurtunistik yang mencirikan terpaparnya AIDS, dan penanganan anti-virus untuk menghambat reproduksi HIV dan penundaan serangan AIDS.  AIDS sangat fatal dan kebanyakan individu dengan sindrom ini meninggal dalam beberapa tahun setelah diagnosa. Masih tidak jelas faktor apa saja yang mempengaruhi kelangsungan hidup setelah terpapar AIDS, namun terdapat sejumlah besar variasi diantara individu-individu. Beberapa variabilitas ini bisa berkaitan dengan faktor-faktor genetik, namun terdapat juga bukti bahwa faktor-faktor psikobiologis seperti tingginya tingkatan reaktivitas stres, bisa berkaitan dengan prognosis yang minim.

**Signifikansi Bagi Psikologi Kesehatan**

Dalam menghadapi stigma sosial, orang yang terinfeksi HIV harus mengelola berbagai tuntutan dari penyakit yang mengancam jiwa serta kesulitan keuangan, berkabung dan kerugian pribadi lainnya. Mungkin karena tingkat prevalensi ini memiliki tingkat stress yang tinggi, individu yang terinfeksi HIV mengalami peningkatan risiko dalam pengembangan afektif atau penyesuaian gangguan di seluruh spektrum penyakit (Bing, 2001). Bahkan, hasil dari meta-analisis dari 10 studi menunjukkan bahwa risiko pengembangan penyakit depresi adalah dua kali lebih tinggi pada individu yang terinfeksi HIV jika dibandingkan dengan individu yang negatif (Ciesla & Roberts, 2001). Sementara tingkat distress yang meningkat dapat diamati di seluruh spektrum penyakit HIV, beban penyakit pasien dapatdiidentifikasi sebagai prediktor kuat dari penyesuaian psikososial sebagaimana AIDS berkembang (Lyketsos, 1996) dan berproses (Siegel, 1997).

Sifat kronis penyakit dan khususnya konsekuensi emosi dan sosial yang sangat kuat dari diagnosis menunjukkan kalau intervensi psikososial bisa bernilai besar untuk mengatur konsekuensi-konsekuensi, contohnya dengan mereduksi tekanan. Intervensi perilaku sudah terbukti efektif dalam mereduksi tekanan, meningkatkan tidur dan mengatur rasa sakit. Ada juga sejumlah cara lain yang didalamnya psikologi kesehatan bisa memberitahukan pemahaman dan penanganan terhadap HIV/AIDS. Contohnya, karena terpapar HIV biasanya merupakan konsekuensi dari perilaku tertentu seperti berbagi jarum suntik, hubungan seksual tanpa pelindung, dll. Intervensi pendidikan kesehatan dan konseling motivasi bisa berfungsi untuk memodifikasi perilaku sehat kunci yang mengurangi resiko infeksi. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa faktor-faktor psikologis seperti keyakinan tentang lokus kontrol dan kecukupan diri, berpengaruh besar bagi progresi penyakit dan kelangsungan hidup, lewat efek-efek imunosupresi.

**Penelitian Mengenai Efikasi Diri dengan Perilaku Mencari Pengobatan**

Dalam sebuah jurnal mengatakan bahwa reaksi seseorang ketika telah terdiagnosa menderita kanker payudara adalah denial, marah, putus asa, dan cemas. Hal-hal tersebut lumrah terjadi karena kondisi psikologis seseorang masih belum mampu menerima kenyataan yang ada (Kubler-Ross, 1969). Begitupun dalam kondisi fisik yang mengakibatkan mulai dari estetika sampai pada rasa nyeri yang di derita. Kondisi psikologis dan fisik dapat memunculkan berbagai anggapan, mind set, hingga menimbulkan tindakan, salah satunya adalah perilaku mencari pengobatan adalah salah satu tindakan untuk mencari kesembuhan masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Penderita yang akan melakukan pengobatan, menurut Kubler-Ross termasuk  dalam tahapan bargaining, hal ini dikarenakan pada tahapan tersebut penderita sudah tenang dan mampu melampui fase-fase sebelumnya, seperti denial dan marah terhadap penyakit yang di deritanya. Tahapan bargaining ini pula, biasanya penderita melakukan tawar-menawar dengan Tuhan mengenai penyakit yang di deritanya, agar memperoleh kesembuhan. Perilaku mencari pengobatan tersebut meliputi pengobatan sendiri, pengobatan tradisional, dan pengobatan modern. Timbulnya seseorang berperilaku mencari pengobatan tersebut didasarkan pada kedua faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Salah satu faktor internal ialah efikasi diri (Notoatmodjo, 2010). Adanya suatu efikasi diri itu sendiri berguna untuk mencapai tujuan (goal) yang akan dihadapi oleh penderita, misalnya kesembuhan terhadap kanker payudara tersebut, karena dapat meningkatkan motivasi seseorang.

### ****PENYAKIT YANG DITULARKAN LEWAT PENYAKIT SEKSUAL****

Penyakit yang ditularkan secara seksual/STD (sexually transmitted diseases) disebabkan oleh infeksi yang ditularkan secara seksual yang memiliki probalitas substansial penularan antar manusia lewat hubungan seksual. Beberapa jenis penyakit ini bisa juga ditularkan lewat cara lain seperti penularan dari ibu ke anak ( contohnya saat lahir atau lewat ASI ), atau lewat penggunaan bersama jarum suntik di antara para pemakai narkoba. Para klinisi semakin sering menggunakan istilah infeksi yang ditularkan secara seksual/STI (sexually transmitted infection) ketimbang istilah lama STD di atas, karena istilah infeksi tidak selalu mengharuskan simtomnya hadir sehingga dapat menjangkau juga penyakit seperti HIV/AIDS.

**Asal – usul**

Sejarah kedokteran dunia umumnya gagal menyembuhkan STD hingga tuntas, dan penanganan hanya terbatas kepada manajemen simtom. Namun setelah antibiotik ditemukan, STD baru saja disembuhkan. Selain itu, kampanye kesehatan publik di tahun 1960-an meningkatkan kesadaran publik terhadap STD. Dua faktor ini sudah mampu menghasilkan sebuah penurunan menyolok pada kasus-kasus STD di dunia maju.

Di tahun 1980-an, herpes genital dan khususnya HIV/AIDS muncul di ranah kesadaran publik sebagai STD yang tak tersembuhkan. Khususnya HIV/AIDS memiliki periode asimtomatik yang panjang, sehingga selama ini infeksi terus ditularkan ke orang lain tanpa diketahui.

Sekarang HIV/AIDS sudah mencapai status pandemik bagi dunia, namun kendali kampanyenya tidak sekuat infeksi ini, STD yang lain tetap bisa mengancam siapapun. Khususnya setelah banyak riset menemukan kalau gaya hidup seks bebas sidah mengcengkram negeri mereka masing-masing hampir tanpa sisa sejak akhir milenium lalu.

**Penggunaan Saat Ini**

Penyakit yang secara seksual bisa diklasifikasikan menjadi empat kelompok besar infeksi: virus (seperti Chlamydia dan gonorhea), bakteri (seperti heptitis B, herpes simpleks, HIV), parasit (seperti kutu kelamin), dan protozoa (seperti trikhomoniasis). Metode paling efektif untuk mencengah penularan infeksi kelamin ini (STI) adalah menghindari kontak seksual dengan individu yang terinfeksi. Namun karena sifat tersembunyi dan asimtromatik STD menjadikan penularan ini menjadi sulit dicegah tanpa terlebih dahulu mengetes secara medis status infeksinya.

Apalagi jika penularan terjadi lewat hubungan seksual antar kekasih atau pasangan kencan, akan jadi lebih sulit untuk memastikan kekasihnya tetap setia atau memintanya memberikan hasil pemeriksaan dokter kelamin tentang status kesehatannya di wilayah itu.

Selain penyebaran luas penggunaan kondom dan mudahnya ia dibeli sekarang harus menunjukkan surat keterangan menikah , STD bisa juga dideteksi lewat penggunaan alat tes rumahan ( yang nampak menyolok seperti di inggris, menimpa 10 persen anak-anak muda di bawah usia 25 tahun ).

**Signifikansinya bagi Psikologi Kesehatan**

Masyarakat modern semakin menitikberatkan hubungan seksual sebagai sebuah aktivitas, sebagai lawan bagi cara-cara bereproduksi, meskipun penerimaan atas hal ini beragam antar negara. Aktivitas seksual sangat umum dan terdapat minat reset yang mendalam tentang perilaku seksual, khususnya penggunaan kontrasepsi dan praktik seksman (yaitu kontrasepsi penghalang), di antara anak-anak muda.

Sejumlah faktor sepertinya memengaruhi pengambilan keputusan terkait penggunaan alat kontrasepsi seperti usia individu (anak muda cenderung enggan atau mengabaikannya), jenis kelamin (wanita jauh lebih menuntut pasangan untuk menggunakannya), status sosial ekonomi (meskipun masin kontroversial, apakah individu kelas menengah bawah atau menengah atas yang lebih antisipatif), dan taraf pendidikan (individu yang semakin tinggi jenjang pendidikannya semakin sadar akan manfaat dari penggunaannya).

Yang lebih relevan bagi para psikologi kesehatan adalah sejumlah faktor antar pribadi yang sudah terbukti memengaruhi penggunaan alat kontrasepsi, serangkaian faktor yang jauh lebih tunduk kepada intervensi.

Sikap aktual penggunaan kontrasepsi tampaknya berkaitan lebih kuat dengan perilakum dan kampanye kesehatan publik terbaru sudah berupaya menyoroti sikap, contohnya dengan menitikberatkan tanggung jawab pribadi dan kedewasaan yang diasosiasikan dengan penggunaan alat kontrasepsi.

Berdasarkan pengaruh kuat faktor antar pribadi (seperti pengaruh rekan sebaya, sikap orang tua) dan situasi (seperti aksebilitas kontrasepsi dan spontanitas), mungkin bukan hal yang mengejutkan kalau faktor antar pribadi seperti sikap hanya berkaitan lunak dengan pribadi aktual.

Sikap aktual penggunaan kontrasepsi tampaknya berkaitan lebih kuat dengan perilaku, dan kampanye kesehatan publik terbaru sudah berupaya menyoroti sikap, contohnya dengan menitikberatkan tanggung jawab pribadi dan kedewasaan yang diasosiasikan dengan penggunaan alat kontrasepsi.

Berdasarkan pengaruh kuat faktor antar pribadi (seperti pengaruh rekan sebaya, sikap orang tua) dan situasi (seperti aksebilitas kontrasepsi dan spontanitas), mungkin bukan hal yang mengejutkan kalau faktor antar pribadi seperti sikap hanya berkaitan lunak dengan perilaku aktual.

Secara umum, model keyakinan sehat tidak hanya begitu sukses memprediksikan penggunaan kondom, untuk sejumlah alasan yang memungkinkan, seperti ciri emosi aktivitas seksual, sifat interaktif pertukaran ( yaitu, dua orang dibutuhkan untuk membuat keputusan) dan , khususnya, kegagalan anka muda mengakui kerapuhan pribadi mereka. Teori perilaku terencana jauh lebih sukses memprediksi penggunaan kondom, meskipun kesuksesannya masih sangat halus, dengan prediktor terpentingnya ( dalam konteks model-model ini ) berkaitan dengan keyakinan normatif tentang penggunaan kondom di antara rekan-rekan sebaya, teman-teman, pasangan seksuak sebelumnya, dll.

### ****PERUMAHSAKITAN DAN PEMBEDAHAN****

Istilah “ perumahsakitan “ mengacu kepada saran medis agar pasien di rawat inap sebentar di rumah sakit untuk sejumlah waktu, minimal 24 jam (menginap semalam), di sebut pasien rawat inap. Tidak setiap pasien yang datang ke rumah sakit bisa di sebut “ dirumahsakitkan “ karena bisa saja ia datang hanya untuk memeriksakan diri (disebut outpatient atau pasien rawat jalan), atau ia harus di rawat intensif terus menerus untuk beberapa minggu bahkan sampai beberapa bulan (disebut inpatient, atau pasien rawat intensif).

Rumah sakit biasanya di bedakan dari beberapa jenis fasilitas medis yang lain lantaran kemampuan mereka menangani/merawat dan mendiangnosa secara intensif pasien rawat inap. Namun perumahsakitan adalah pengalaman yang berpotensi stress karena pasien merasa “ dikurung “ hanya untuk mendapatkan hasil tes atau diagnosa yang lebih akurat setelah pengsisolasian/pengawasan ketat terhadap aktovitas dan diet makanannya.

Khususnya pasien yang hendak menjalani prosedur operasi, perumahsakitan sangat membikin stress dan menakutkan, membayangkan bahwa kesadarannya akan hilang dalam anastesia saat operasi dan takut tidak bisa bangun lagi, dan membayangkan kalau bagian tubuhnya mungkin akan terasa berubah tau mungkin hilang.

**Asal – usul**

Rumah sakit dengan berbagai bentuknya sudah hadir dibeberapa abad, dan bisa dilacak kembali bahkan ke jaman antik. Selama periode ini, fungsi ini disediakan oleh rumah sakit dan ekuivalensi mereka sudah beragam secara substansial di abad pertenghan, contoh, mereka melayani lebih banyak fungsi seperti rumah perlindungan bagi orang-orang miskin. Kata ini sendiri diambil dari bahasa latin “haspes” artinya induk semang. Rumah sakit di dunia maju, dalam peran yang mirip dengan yang kita kenali dewasa ini, mulai menjadi umum di abad 18.

**Penggunaan Saat Ini**

Kecenderungan di tahun belakangan bagi pasien rawat inap semakin menurun namun tidak bisa dihapuskan sepenuhnya. Alasannya, banyak prosedur minor bisa dilakukan sekarang berbasis prosedur medis rawat jalan untuk mengurangi lebih jauh waktu yang harus dihabiskan pasien di rumah sakit (dan biaya rawat inapnya).

Dalam kasus pasien yang terserang virus MRSA contohnya, perumahsakitan harus dijalankan bukan karena penyakitnya terlalu berbahaya dan beresiko mengancam nyawa, melainkan obat yang digunakan memiliki taraf kepekaan berbeda untuk setiap pasien. Selain itu virusnya sendiri cukup kebal antibiotik sehingga staf medis harus mengukur beberapa kali kadar yang tepat sembari mengamati ambang kepekaan tubuh pasien untuk berekasi terhadap obat tersebut. Karena beberapa faktor seperti inilah, nasihat madis untuk perumahsakitan tidak boleh diabaikan.

Dengan latar belakang inilah perumahsakitan dan pembedahan terus menjadi ciri utama perawatan medis di negara-negara berkembang. Meskipun terhadap perdebatan terkait panjang optimal durasi perumahsakitan, prosedur tertentu mau tak mau bisa dilakukan hanya di lingkungan rumah sakit, utamanya karena resiko yang mereka kandung ( seperti anastesia selama pembedahan ), dan waktu pemulihan yang di dalamnya taraf tinggi perawatan dibutuhkan.

**Signifikansinya bagi Psikologi Kesehatan**

Ada dua elemen luas perumahsakitan yang relevan dengan psikologi kesehatan. Salah satunya adalah taraf yang padanya perumahsakitan itu sendiri membentuk sebuah stresor sehingga berpotensi memengaruhi respon bagi penanganan, meskipun yang lain terkait dengan taraf dengan intervensi psikologis bisa membantu pasien mempersiapkan diri menghadapi ciri-ciri menekan perumahsakitan dan meningkatkan respon terhadap penanganan serta pemulihan selanjutnya. Meskipun ini berlaku untuk kasus perumahsakitan secara umum, namun operasi perbedahan dianggap paling memberi tekanan besar dan pembangkit kecemasan terbesar.

Ada sejumla ciri yang sangat jelas tentang perumahsakitan yang berpotensi besar memberikan ancaman, termasuk prosedur-prosedur itu sendiri, anastesia dan hilangnya kesadaran , rasa sakit, dan waktu yang dihabiskan di sebuah lingkungan yang tidak dikenal. Selain itu, pola tidur dan kebiasaan makan bisa terganggu saat berada di rumah sakit. Sedangkan stresor potensial lainnya dari perumahsakitan adalah ketakterprediksikan dan kurangnya kemampuan mengontrol diri , dan dua faktor ini dirasakan sangat menekan semua pasien yang dirumahsakitkan. Penting juga kita memilah antara ancaman yang terkait dengan prosedur itu sendiri dan aspek-aspek langsung lainnya dari perumahsakitan dan perbedahan, versus ancaman yang terkait dengan kondisi seperti hasil-hasil perawatan.

Respon-respon fisologis cenderung berkaitan dengan kemunculan stresor (lihat Psikoneuroimunologi). Ada sejumlah bukti kalau tingginya tingkat tekanan emosi (dan korelasi fisiologisnya) sebelum operasi bedah cenderung menghasilkan kesuksesan minim, bahkan menimbulkan masalah. Tapi mungkin hubungan ini tidak langsung sifatnya kadar kecemasan moderat masih dianggap normal dan dalam beberapa kasus mengoptimalkan hasil operasi, namun kadar kecemasan yang terlalu tinggi mengarah kepada maladaptif. Temuan ini diuraikan janis di tahun 1958 dalam “riset kekuaturan” dan mengusulkan diri untuk mengijinkan pasien sedikit kuatir agar bisa mempersiapkan diri seoptimal mungkin sebelum operasi dilakukan.

### ****CACAT****

Cacat adalah gangguan signifikan fungsi terkait sejumlah standar lazim, yang meliputi gangguan fisik, indera, kognitif atau intelektual, dan di sejumlah kasus, bisa dikategorikan dalam isu kesehatan mental (seperti ketidakmampuan belajar). Kerusakan fungsi ini bisa terjadi karena penyakit, kecelakaan atau bisa juga muncul sejak lahir.

**Asal-usul**

Di masa lalu cacat dikaitkan dengan degenerasi moral atau praktik persihiran. Cacat ini sering melibatkan komponen religious. Dengan berkembangnya biomedia modern, cacat semakin dipahami dalam konteks rusaknya fungsi di sistem tubuh tertentu yang mengarah kepada gangguan perilaku dengan konsekuensi pribadi dan sosial yang lebih jauh.

**Penggunaan Saat Ini**

Ada dua model umum tentang cacat di penggunaan saat ini, yaitu model biomedis dan model sosial. Model biomedia membahas cacat sebagai hilang atau rusaknya fungsi yang disebabkan oleh penyakit, luka atau kondisi biomedia lainnya. Penanganan dilihat dalam konteks perawatan media yang disediakan oleh kaum professional perawatan kesehatan yang tepat, dengan fokus kepada penyembuhan. Atau jika tidak memungkinkan, manajemen simtom dan modifikasi perilaku untuk meminimalkan kerusakan dan memaksimalkan penyesuaian diri.

Sedangkan model sosial mengartikan cacat sebagai ciri individu, yang berasal dari respon masyarakat dan lingkungan terhadap individu (seperti persepsi tentang ketidakmampuan individu yang cacat dalam mengerjakan tugas-tugas yang pada faktanya sanggup mereka kerjakan). Akibatnya tindakan dan perubahan sosial diperlukan untuk mengatur cacat, untuk memampukan individu yang cacat berpartisipasi penuh di masyarakat. Model sosial tentang cacat menitikberatkan pada hak-hak manusia sebagai individu.

**Signifikansinya Bagi Psikologi Kesehatan**

Ketika populasi cacat terus meningkat akan mengakibatkan peningkatan indikator penting mengenai kesehatan di masyarakat sehingga studi tentang pengaruh cacat juga ikut meningkat. Terkait dengan cacat, para psikolog kesehatan lebih berfokus kepada tingkat pemfungsian dalam diri individu. Fungsi bisa didefinisikan dengan berbagai cara, dari definisi fisik sederhana yang menitikberatkan kemampuan individu menyelesaikan tugas-tugas tertentu (seperti berjalan dengan jarak tertentu), hingga definisi dan pengukuran yang menitikberatkan konteks pribadi dan sosial yang didalamnya perilaku tersebut berlangsung (contohnya kemampuan menyelesaikan tugas yang terkait aktivitas keseharian seperti mandi). Pengukuran terhadap fungsi fisik ini sudah dilengkapi dengan ukuran yang lebih subjektif terhadap status kesehatan, yang berfokus pada penilaian individu mengenai dirinya sehat atau tidak.

Berbagai ukuran objektif dan subjektif ini dipadukan bersama untuk mencerminkan kualitas hidup yang idealnya dianggap berkaitan dengan kuantitas hidup ketika mempertimbangkan keuntungan sebuah intervensi. WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai “konsep berjangkauan luas yang dipengaruhi dengan suatu cara kompleks oleh kesehatan fisik individu, kondisi psikologis, tingkat independensi, hubungan sosial dan hubungan mereka dengan ciri-ciri menyolok di lingkungan”.

DAFTAR PUSTAKA

Brannon, L &Feist, Jess (2000). *Health psychology: An Introduction to behavior and health* (4th ed.). United State: Wadsworth Thomson Learning.

Sarafino, P.E., & Smith, T. (20). Health Psychology(8th). Clinical Health Psychology

Heryana, Ade. (2016). Pengantar Psikologi Kesehatan. Retrieved from <http://adeheryana.weblog.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/5665/2016/10/Ade-Heryana_PENGANTAR-PSIKOLOGI.pdf>

Rustika, I.M., Astiti, P.D., Lestari, D.M., et.al. (2016). Bahan Ajar Psikologi Kesehatan Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran: Universitas Udayana. Retrieved form <https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_pendidikan_1_dir/305b3d834afe1217b78bae725163108.pdf&ved-2ahUKEwjbmtDUhcLdAhUIRo8KHaV-DhkQFjAFe>

Widodo, Edo. (2009). Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Dalam Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) Dan HIV & AIDS di Lokalisasi Koplak, Kabupaten Grobogan. Retrieved from <https://ejournal.undip.ac.id/indx.php/jpki/article/view/2345>