

## **Laporan Kasus: Gangguan Disosiasi (Konversi)**

Dwi Karlina

Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia

### **Abstrak**

Seorang pasien laki-laki, berusia 27 tahun, sarjana hukum, dan bekerja sebagai polisi. Sejak 5 bulan terakhir setiap kali memakai seragam, kaki kirinya menjadi sekaku kayu sehingga sulit digerakkan. Pasien juga merasa bingung kalau akan bekerja karena tak tahu jalan menuju kantor, walau sudah dihafalkan. Ia juga mengalami kesurupan. Pasien didiagnosis menderita amnesia disosiatif, gangguan motorik disosiatif dan trans. Psikoterapi memulihkan pasien.

**Kata kunci:** amnesia disosiatif, gangguan motorik disosiatif, trans, psikoterapi.

### **Case Report: Dissociative Disorders**

#### **Abstract**

A male patient, 27 years old, held a bachelor degree in law, and worked as a policeman. In the past 5 months his left leg was spastic when he wore his uniform. He confused if he wanted to go to his office, because he didn't know the way to his office. He also had trance. The patient was diagnosed as having amnesia dissociative, motoric dissociative disorder and trance. The condition was improved after receiving psychotherapy.

**Key words:** amnesia dissociative, motoric dissociative disorder, trance, psychotherapy.

\*DK: Penulis koresponden; E-mail: dwikarlina02@gmail.com

## Pendahuluan

Gangguan disosiatif (konversi) adalah kondisi yang ditandai oleh kehilangan sebagian atau seluruh integrasi normal ingatan masa lalu, kesadaran akan identitas dan penghayatan, dan kendali terhadap gerakan tubuh.<sup>1-4</sup> Secara fisiologis ada kendali volunter (sadar) terhadap ketiga hal itu.

Gangguan disosiatif diperkirakan terjadi dalam masyarakat yang sistem sosialnya kaku yang mencegah individu mengekspresikan perasaannya.<sup>5,6</sup> Kelainan somatik dianggap mewakili konflik yang tidak dapat diekspresikan, masalah yang tidak ada solusinya, dan afek yang tidak menyenangkan.<sup>1,3,5,7</sup> Kelainan motorik dan sensorik yang terjadi tak sesuai dengan jaras anatomi (tidak dapat diterangkan).<sup>4,6-8</sup> Pada gangguan ini ada faktor keuntungan primer dan sekunder. Keuntungan primer karena afek yang tidak menyenangkan diubah menjadi gejala-gejala fisik, sehingga kecemasan berkurang. Keuntungan sekunder dengan peran sebagai pasien, individu mendapat perhatian yang tidak diperoleh bila sehat, dibebaskan dari berbagai kewajiban karena sakit, mendapat dukungan, bimbingan, dan dengan kondisinya dapat mengendalikan orang lain.<sup>6,8</sup> Individu dengan gangguan disosiatif biasanya menyangkal memiliki masalah.<sup>1,3</sup>

Gangguan ini dapat berlangsung dalam hitungan jam, hari, bahkan tahun.<sup>1-4</sup> Awitan dan berakhirnya kondisi ini biasanya mendadak. Bila berkaitan dengan peristiwa traumatik dalam hidup, biasanya berakhir dalam beberapa minggu atau bulan. Kalau berkaitan dengan problem berkepanjangan, masalah yang tidak dapat ditolerir atau kesulitan pergaulan, bentuk kelainan dapat berupa paralisis atau anestesi, dan bisa berlangsung selama 1–2 tahun.<sup>1,3,5,7</sup>

Tulisan ini melaporkan seorang pasien yang mengalami gangguan disosiasi setelah

mengalami stresor bertubi-tubi dalam pekerjaannya.

## Kasus

Seorang laki-laki, berusia 27 tahun, menikah dan memiliki seorang anak, berpendidikan sarjana hukum, dan bekerja sebagai polisi. Pasien adalah anak sulung dari dua bersaudara, dibesarkan dalam keluarga yang toleran, taat beribadah dan sejak kecil ibu menanamkan nilai-nilai agar menjadi orang yang baik, rajin, serta jujur dalam hidup.

Menjadi polisi adalah cita-cita hidupnya. Ia amat mencintai pekerjaannya dan ada rasa bangga bila dapat menolong kerabat dan kenalannya untuk menyelesaikan pelanggaran lalu lintas ringan. Dalam menjalankan tugas di divisi lalu lintas, kalau terjadi pelanggaran pengendara cukup ditegur, pasien tidak menilang (bukti pelanggaran). Senior tidak suka cara kerja pasien, senior ingin gerak cepat (tidak ditilang, tetapi pelanggar lalu lintas bayar di tempat). Kondisi kerja ini membuat pasien tidak nyaman. Ia merasa sebagai abdi negara tidak melakukan tugasnya sesuai hati nurani. "Kita ini polisi atau perampok?"

Pada bulan September 2011, setiap subuh pasien merasa berat membuka mata, badan tidak nyaman, dan ada perasaan enggan bekerja. Suatu sore sepulang dari kantor badan terasa kaku sehingga ia terjatuh dari motor. Seminggu kemudian, tiba-tiba ia terjatuh selagi mengatur lalu lintas di jalan raya. Dalam kedua kejadian ini pasien tidak cedera dan neurolog tidak menemukan kelainan yang dapat menjelaskan kondisi pasien.

Pada bulan Oktober 2011 ada berita miring, pasien dituduh sebagai bandar narkoba. Atasan memanggil pasien dan berkata: "Kasus lu berat, agar beres beri saya tiga bulan gaji". Pasien hanya terbangong dan menjawab, "Anak istri saya makan apa?"

Berita ini kemudian terbukti tidak benar.

Pada bulan Desember 2011 setiap pagi saat akan memakai seragam, pasien merasa kaki kiri sekaku kayu, badan terasa berat sehingga sulit digerakkan. Pasien juga merasa bingung karena tidak tahu jalan ke kantor, padahal sebelumnya tidak ada kesulitan. Seminggu yang lalu tiba-tiba ia berbicara Bahasa Jawa, padahal ia tidak mengerti bahasa itu, dengan suara berbeda dan ia tidak menyadarinya: "Sopo wani, tak pateni" Pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan, sehingga pasien dirujuk ke bagian psikiatri.

Pasien didiagnosis menderita amnesia disosiatif, gangguan motorik disosiatif dan trans. Ia diberi psikoterapi ventilatif dan suportif dengan psikoterapi utama yang berorientasi psikodinamik, dua kali seminggu. Pasien pulih setelah mendapatkan enam kali psikoterapi yang dijalani dua kali seminggu.

## Diskusi

Gangguan disosiatif (konversi) biasanya diderita individu dengan gangguan kepribadian antisosial, histrionik, dependen, dan pasif agresif.<sup>6,9</sup> Gangguan ini relatif banyak terjadi di negara berkembang, dengan prevalensi 25–33%, lebih sering ditemukan pada perempuan muda, yang tinggal di desa, dengan tingkat pendidikan rendah, dari kelas sosial ekonomi lemah, dan kelompok minoritas.<sup>5,8,9</sup> Pasien dengan gangguan ini sering berkomorbiditas dengan depresi (12 - 100%), ansietas (11-80%), somatoform (42-83%), gangguan kepribadian (33–66%), dan skizofrenia.<sup>4,6</sup> Sebagian besar penderita mempunyai riwayat perundungan secara fisik, pelecehan seksual atau inses.<sup>6</sup>

Kasus ini seorang laki-laki, sarjana hukum, dari tingkat sosial ekonomi menengah, bukan kelompok minoritas, tinggal di kota besar, tidak ada riwayat perundungan fisik atau seksual. Hal ini

dimungkinkan bila individu itu menggunakan mekanisme defensif neurotik.<sup>3,5,10</sup>

Gangguan disosiatif (konversi) meliputi amnesia disosiatif, fugue disosiatif, stupor disosiatif, gangguan trans dan kesurupan, gangguan motorik disosiatif, konvulsi disosiatif, anestesia dan kehilangan sensorik disosiatif, sindrom Ganser, serta gangguan kepribadian ganda.<sup>1-4,9</sup>

Amnesia disosiatif dicirikan dengan hilangnya daya ingat tentang peristiwa traumatis yang mengancam kehidupan yang baru terjadi, seperti kecelakaan, kedukaan yang tiba-tiba, peperangan. Sifat amnesianya parsial dan selektif. Gejala yang menyertainya dapat berupa bingung, tegang dan beraneka taraf perilaku untuk mencari perhatian. Biasanya amnesia ini berlangsung 1–2 hari.<sup>1-4,9</sup>

Gangguan trans dan kesurupan menunjukkan kehilangan sementara penghayatan akan identitas diri dan kesadaran terhadap lingkungan. Individu seakan-akan dikuasai oleh pribadi lain, kekuatan gaib atau malaikat.<sup>1-4,9</sup>

Gangguan motorik disosiatif ditandai oleh hilangnya kemampuan bergerak atau penginderaan. Biasanya individu mengeluhkan penyakit fisik, walau tidak dijumpai kelainan fisik untuk menjelaskan gejala-gejala itu. Ketidakmampuan akibat kehilangan fungsinya membantu individu dalam usaha untuk menghindari konflik, menunjukkan ketergantungan atau penolakan secara tidak langsung.<sup>1-4,9</sup> Individu menyangkal ada masalah, walau orang lain dapat melihatnya atau mengetahuinya, biasanya ada masalah sosial atau hubungan interpersonal.<sup>1,3,5,8,9</sup> Ciri khas gejala ini adalah sikap penerimaan yang tenang terhadap disabilitas berat sangat mencolok (*la belle indifferance* = *calm acceptance*), misal lumpuh tetapi pasien santai saja. Bentuk yang ringan banyak dijumpai pada remaja. Kelainan dapat berupa paralisis, disfasia, ataksia, tremor, afonia; atau astasia – abasia

yaitu gerak tubuh terhuyung-huyung, kasar, tidak beraturan, tersentak-sentak, lengan seperti membanting dan melambai, sehingga cara berjalan tampak aneh, tidak mampu berdiri tanpa bantuan.<sup>3,5,6,8</sup>

Pasien didiagnosis menderita amnesia disosiatif, gangguan motorik disosiatif dan trans. Ia bingung bila akan ke kantor karena tidak tahu jalan yang harus dilalui, walau sudah dihafalkan. Ia terjatuh dari motor dan ketika tengah mengatur lalu lintas karena badannya kaku. Kedua kejadian ini tidak meninggalkan cedera. Setiap pagi ketika akan memakai seragam, kaki kirinya sekaku kayu, sehingga terasa berat dan sukar digerakkan. Selain itu, pasien tiba-tiba berbicara dengan Bahasa Jawa yang tidak dipahaminya, dengan suara yang berbeda, seakan-akan itu bukan suaranya. Tidak dijumpai kelainan fisik.

Menurut teori psikoanalisis, hal diatas merupakan gangguan konversi yang melambangkan dorongan alam bawah sadar (seksual, agresif, dependen) yang tidak diizinkan untuk diekspresikan dan konversi (perubahan) dari kecemasan ke dalam gejala fisik. Jadi pada akhirnya dorongan ini muncul dalam bentuk yang disamarkan. Ini terjadi karena mekanisme defensif yang neurotik.<sup>3,5,8</sup>

Dari sudut pandang perilaku, individu mengembangkan gangguan konversi ini karena perhatian dan keuntungan yang diperoleh dalam peran sebagai pasien.<sup>5,6</sup>

Menurut hipotesis sosial budaya, individu menggunakan gejala konversi untuk mengekspresikan emosi yang dilarang untuk tampil karena masalah jender, kepercayaan, dan faktor budaya. Gangguan konversi melambangkan komunikasi non verbal dari impuls yang tersembunyi yang dapat diterima masyarakat.<sup>1,3,5,8,9</sup>

Dari sudut pandang neurofisiologi terjadi gangguan komunikasi sirkuit saraf yang menghubungkan kemauan, gerakan, dan persepsi karena terjadi hipometabolisme di

hemisfer dominan dan hipermetabolisme di hemisfer non dominan.<sup>5,6,8</sup> Sirkuit frontal dan subkortikal berfungsi pada berbagai aspek perilaku manusia.<sup>6</sup> Fungsi striato-thalamo-kortikal mengendalikan sensori motor dan gerak yang disadari, sedang ganglia basalis teristimewa nukleus kaudatus berkaitan dengan gerak motorik yang dipengaruhi emosi.<sup>5,6</sup> Korteks singulat anterior berhubungan dengan kesadaran dan aliran darah ke area ini dipengaruhi emosi.<sup>5</sup> Korteks orbitofrontal dan korteks singulat anterior (area kortikal) menjadi aktif dan terangsang berlebihan ketika individu menekan respons terutama yang berkaitan dengan peran inhibisi. Akibatnya timbul umpan balik negatif antara korteks serebral dan formasi retikuler batang otak.<sup>6,8</sup> Pada gangguan konversi, persepsi primer tetap baik tetapi fungsi sensorimotor memburuk karena gangguan pada korteks singulat anterior, korteks orbitofrontal dan sistem limbik.<sup>6</sup> *Output* kortikofugal yang meningkat akan menghambat kesadaran pasien akan sensasi tubuh, sehingga terjadi pengurangan aktivitas somatosensori. Ini menjelaskan tentang anestesia dan kehilangan sensorik disosiatif.<sup>6,8</sup> Pengurangan serupa terjadi pada kebutaan konversi karena penurunan aktivitas korteks visual. Pengurangan aktivitas frontal dan subkortikal yang mengendalikan gerakan terjadi selama paralisis konversi.<sup>6</sup>

Stresor yang dialami pasien berupa suasana kerja yang korup yang tidak sesuai dengan nilai-nilai yang diacu pasien sejak usia dini, yang ditanamkan ibunya agar hidup baik, rajin, dan jujur. Stresor makin berat ketika ia dituduh sebagai bandar narkoba dan tekanan dari atasan yang meminta pasien menyerahkan tiga bulan gajinya untuk menutup masalah itu. Stresor yang berat ini ditengarai pasien dengan mekanisme defensif neurotik berupa disosiasi yang mengalihkan keceemasannya menjadi gejala amnesia disosiatif, trans, dan gangguan motorik disosiatif. Ini sesuai

dengan gangguan disosiasi (konversi)<sup>1-4, 5, 8, 9</sup>

Dalam terapi perlu dihindari menstigma individu manipulatif, dependen, atau membesar-besarkan kesulitannya. Terapi dapat berupa *cognitive behaviour therapy*, fisioterapi, farmakoterapi. Peran keluarga sangat besar manfaatnya. Farmakoterapi diberikan untuk gejala penyerta seperti depresi dan ansietas.

Psikoterapi yang diberikan pada pasien berorientasi psikodinamik, dan memberikan hasil yang memuaskan, pasien pulih seperti sediakala setelah memahami bahwa stresor yang begitu berat yang tak bertanggung jawab olehnya, di alam bawah sadarnya berubah (berkonversi) menjadi lupa jalan menuju kantor atau kaki yang kaku yang sulit digerakkan yang pada dasarnya hanya untuk menghindari kantor yang bersifat traumatik. Trans merupakan puncak stresornya.

Pasien pulih setelah mendapat psikoterapi. Ternyata 50–90% pasien membaik dengan psikoterapi. Sebanyak 25% relaps dengan gejala baru. Lamanya gangguan dan ada kelainan penyerta memperburuk prognosis. Hanya separuh pasien dengan *nonepileptic seizures* yang sembuh, sisanya tetap depresi dengan ide-ide dan percobaan bunuh diri. Pendekatan psikodinamik difokuskan pada peran trauma terhadap gangguan konversi, mekanisme defensif terhadap masalah dan kekhawatiran pasien, serta meningkatkan harga diri dan kualitas hidup. Pendekatan psikodinamik ini adalah cara untuk memahami kondisi yang terjadi secara fungsional pada jiwa seseorang.<sup>10</sup> Abreaksi (katarsis) yaitu pasien diingatkan kembali akan trauma yang direpresi disertai pengulangan emosi yang menyertai. Abreaksi dapat dilakukan melalui psikoterapi atau hipnosis.<sup>9</sup>

## Penutup

Gangguan konversi dapat diderita oleh individu baik perempuan maupun laki-laki yang menggunakan mekanisme defensif neurotik. Psikoterapi yang berorientasi psikodinamik memberi hasil yang memuaskan.

## Daftar Pustaka

1. Pedoman penggolongan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III, Jakarta: Departemen Kesehatan, 1993
2. International classification of diagnosis 10, classification of mental and behavioural disorders, Geneva; WHO, 1992
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis psikiatri jilid 2, Wiguna IM, editor. Gangguan disosiatif. Tangerang: Binarupa Aksara, 2010 ; 116 – 38
4. Tomb DA. Buku saku psikiatri. Kondisi-kondisi yang menyerupai penyakit fisik. Mahatmi T, editor. Jakarta ; Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2000: 126 – 30
5. Owens C, Dein S. Conversion disorders: a modern hysteria. *Advanced in psychiatric treatment*, 2006: 152 – 7.
6. Stannington CM, Barry JJ, Fisher RS. Conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 2006: 1510 – 7
7. Kanaan RA, Carson A, Wessely SC, Nicholson TR, Aybek S, David AS. What's so special about conversion disorder? a problem and a proposal for diagnostic classification. *BJ Psych*, 2010: 427 – 8
8. Noorhana SW. *Gangguan disosiatif*. Buku ajar psikiatri, Elvira SD, Hadisukanto G, editor. Jakarta: Badan Penerbit FKUI, 2013: 304 – 9
9. Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH. Buku ajar psikiatri, Muttaqin H, Dany F, editor. Gangguan disosiasi (konversi) dan somatoform. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2012: 219 – 24
10. Eivira SD. Psikodinamik. Buku ajar psikiatri, Elvira SD, Hadisukanto G, editor. Jakarta: Badan Penerbit FKUI, 2013: 36 -46