



Peran Penerimaan Sosial terhadap Psikopatologi Perkembangan Sindrom Tourette Pada Anak

Ellen Prima

IAIN Purwokerto

Abstract

One of the developmental psychopathology types that often occur in childhood is Tourette's syndrome which begins with mild symptoms such as mild tic movements on the face, head or hands. Tic will often arise when the children feel under pressure (stress) and their emotion is unstable. It increases simultaneously with one's age including legs and other body parts. Tourette's syndrome may infect every one of all ethnic groups. The aim of this study was to identify and describe the role of social acceptance towards the developmental psychopathology of Tourette's syndrome in children. Therefore, this study uses a descriptive qualitative method. The results of this study indicate that the social acceptance (environment) helps a person to adapt well and be able to use his full potential, especially for the person suffering from developmental psychopathology of Tourette's syndrome.

Abstrak

Salah satu jenis psikopatologi perkembangan yang sering terjadi pada masa kanak-kanak yaitu sindrom tourette yang diawali dengan gejala ringan seperti gerakan tik ringan pada wajah, kepala atau tangan. Tik sering muncul jika anak merasa tertekan (stres) dan adanya ketidakstabilan emosi. Hal itu semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang yang mencakup beberapa bagian tubuh lain seperti kaki dan anggota tubuh yang lain. Sindrom tourette dapat terjadi pada setiap orang dari semua kelompok etnis. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menjelaskan peran penerimaan sosial terhadap psikopatologi perkembangan sindrom Tourette pada anak. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan metode kualitatif jenis deskriptif. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa penerimaan secara sosial (lingkungan) sangat membantu seseorang dalam beradaptasi dengan baik dan dapat menggunakan potensinya secara maksimal terutama bagi orang yang mengalami penyimpangan perkembangan salah satunya adalah sindrom tourette.

Keywords: Developmental Psychopathology, Social Acceptance, Tourette's Syndrome

Coressponding author

Email: ellen.psi07@gmail.com

Pendahuluan

Istilah sindrom tourette (*Tourette Syndrome*) diambil dari nama seorang dokter ahli saraf berkebangsaan Perancis bernama Georges Gilles de la Tourette (1857-1904). Sindrom tourette merupakan suatu kondisi abnormal yang ditandai dengan gerakan anggota tubuh yang tidak dapat dikontrol (Resna 2003, 12). Menurut Brown dan Sammons (2002, 135-147), sindrom tourette adalah suatu gangguan saraf dan perilaku (*neurobehavioral disorder*), yang dicirikan oleh perilaku tidak disadari, berlangsung cepat (*brief involuntary actions*), berupa tik vokal dan motor, juga disertai gangguan kejiwaan (*psychiatric disturbances*). Selain itu, menurut PPDGJ-III, sindrom tourette berada dalam kategori gangguan tik (Maslim 2003, 46). Tik adalah suatu gerakan motorik atau vokalisasi yang terjadi tiba-tiba, cepat, berulang, non-ritmik, dan stereotipik.

Sindrom tourette dapat terjadi pada setiap orang dari semua kelompok etnis. Akan tetapi, wanita lebih sering terkena 3-4 kali dari pada laki-laki. Dengan kata lain, rasio perbandingan antara laki-laki dan wanita adalah 1:3. Gangguan-gangguan yang memiliki komorbiditas dengan sindrom tourette antara lain *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), *obsessive-compulsive disorder* (OCD), kemungkinan mengalami gangguan spektrum autistik, gejala depresi, mengalami kesulitan tidur, kesulitan dalam belajar, *executive dysfunctions* (kemampuan organisasi yang buruk dan proses intelektual yang tidak efisien), perilaku melukai diri sendiri, *oppositional defiant disorder* (ODD), *conduct disorder*, dan gangguan kepribadian (Sim & Stack 2009, 11-18).

Pandangan budaya mengenai sindrom tourette bahwa gangguan tersebut dikarenakan adanya roh jahat, sehingga perilaku orang tersebut terlihat aneh dan cukup menakutkan seperti orang kemasukan setan (kesurupan). Selain itu, ada juga yang mengatakan bahwa itu adalah kutukan. Hal ini dialami oleh seorang perempuan yang berasal dari Bali, bernama inisial GA. Ia mengalami sindrom tourette sejak 12 tahun yang lalu. Keluarganya sangat berharap ia dapat sembuh seperti orang normal lainnya.

Awalnya keluarga tidak menyadari kalau GA mengalami sindrom tourette. Waktu kelas 4 SD, ia sering dihukum oleh guru karena guru tidak menyadari kalau ia sedang sakit. GA sering diejek dan dihina oleh teman-temannya, sehingga ia juga membenci dirinya sendiri mengapa mengalami hal seperti itu. Selain itu, GA juga mencaci-maki dirinya sendiri tetapi ia tidak menyadari perkataannya itu. Menurut teman-temannya, ia disangka orang gila atau sedang menari karena tiba-tiba tubuhnya muncul gerakan-gerakan yang spontan (refleks) dan aneh. Ia sering berpikir untuk mencoba bunuh diri karena merasa menyesal dan putus asa tetapi keinginan itu tidak dilakukan karena ia merasa kasihan dengan kedua orang tuanya (Robertson 2000, 425-462).

Sudah berbagai macam cara yang telah dilakukan oleh keluarga GA mulai dari berobat ke para dokter ahli saraf terbaik sampai ke orang “pintar” (dukun) dengan harapan GA dapat sembuh. Akan tetapi, tidak ada hasil yang memuaskan karena kondisi GA tetap sama. Menurut pemeriksaan dokter, GA terkena gangguan sistem saraf yang mempengaruhi perilakunya. Dokter pun melakukan tindakan atau penanganan yang lebih intensif lagi kepada GA. GA merasa memang ini kodrat dari Tuhan (hukum karma) yang harus diterima. Sejak itu GA sudah mampu menerima kenyataan yang terjadi pada dirinya. Akan tetapi, ia terus berusaha dan tetap optimis kalau ia bisa sembuh meskipun tidak bisa secara keseluruhan.

Setelah diberi obat terus menerus oleh para dokter ahli saraf, satu tahun kemudian sudah ada perubahan sebesar 66%. Keadaan GA pun mulai berangsur membaik meskipun gerakannya masih muncul. Hal itu dikarenakan, medis tidak bisa menyembuhkan secara keseluruhan hanya mengurangi intensitas gejala yang muncul saja. Ia merasa masih seperti *monster* kalau sedang bergerak-gerak. Selain itu, ia juga sudah mulai sibuk bekerja, ia merasa sudah tidak sakit atau gerakannya sudah tidak sering muncul. Oleh karena itu, GA percaya dengan dokter dan tidak mau ditangani oleh “orang pintar” karena tidak ada perubahan.

GA mulai merasa senang dan berarti bagi diri sendiri maupun keluarganya karena mampu beraktifitas dengan baik serta tidak menghiraukan perkataan orang lain tentang dirinya. Pada awalnya, keluarga GA sudah pasrah dengan keadaan dan malu karena itu adalah aib keluarga. Akan tetapi, saat ini mereka mulai menerima dan selalu berdoa untuk kesembuhan GA. Keluarga selalu memberikan dukungan dan perhatian kepada GA. Ia pun memilih untuk bekerja agar tidak tergantung dengan keluarganya (Robertson 2000, 425-462).

Sama halnya dengan GA, DA (nama inisial) juga mengalami sindrom tourette. DA sudah berkeluarga, memiliki anak dan bergelar sarjana. Ia merupakan orang yang memiliki gangguan sindrom tourette yang mampu beradaptasi dan sukses baik di perguruan tinggi maupun di tempat bekerjanya. DA juga pernah mengalami masa-masa yang sulit dalam hidupnya ketika menerima ejekan dan hinaan dari orang di sekitarnya. Akan tetapi, ia tidak mpedulikan hal tersebut karena keluarganya selalu memberikan dukungan, perhatian, kasih sayang dan motivasi untuknya.

Hal itulah yang membuat DA tetap bertahan, percaya diri dan berusaha untuk menjadi yang terbaik meskipun ia terus dikucilkan oleh teman-teman dan orang di lingkungan sekitarnya. Ia tidak menghiraukan apa yang dikatakan oleh orang lain mengenai dirinya. Ia merasa percaya diri karena tidak melakukan kesalahan kepada orang lain. Hal tersebut ia buktikan dengan terus semangat belajar dan optimis bahwa ia juga bisa seperti orang normal lainnya yang dapat berprestasi dengan baik. Dengan kerja kerasnya untuk terus belajar, ia mendapatkan gelar sarjana. Selain itu, ia juga mendapatkan pasangan hidup (suami) yang

sangat pengertian dan mau menerima segala kekurangan atau kelemahan yang dimiliki oleh DA. Sang suami sangat memahami kondisi DA. Ia selalu memberikan motivasi dan dukungan agar DA selalu merasa percaya diri, sabar, optimis dan tidak menghiraukan perkataan orang lain. Oleh karena itu, DA pun merasa sangat senang karena ada orang yang mencintai, menyayangi, mau menerima segala kekurangan yang dimilikinya dengan tulus dan memilihnya untuk dijadikan seorang istri.

Pant Bell (2009, 125) berpendapat bahwa keluarga adalah lingkungan utama yang dapat membantu orang yang mengalami sindrom tourette dalam beradaptasi. Selain itu, keluarga ikut berpartisipasi dalam proses pembuatan keputusan terhadap kesehatan orang yang mengalami sindrom tourette seperti dukungan sosial dan kebijakan yang dibuat dalam keluarga. Hal itu akan membuat orang yang mengalami sindrom tourette merasa nyaman. Ketika anggota keluarga merawat orang yang mengalami sindrom tourette, mereka pun harus dapat memahami kondisi psikologisnya. Sama halnya dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Storch dkk. (2007, 223) menunjukkan bahwa penerimaan sosial terutama dalam keluarga berpengaruh terhadap kesembuhan orang yang mengalami sindrom tourette. Apabila orang yang mengalami sindrom tourette tidak mendapatkan penerimaan sosial dengan baik maka dapat menghambat perkembangannya baik segi kesehatan fisik maupun psikis.

Berdasarkan uraian diatas maka tulisan ini menjawab pertanyaan sebenarnya tentang bagaimana peran penerimaan sosial terhadap psikopatologi perkembangan sindrom tourette pada anak?

Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan yaitu kualitatif jenis deskriptif. Menurut Moleong (2007, 6), penelitian kualitatif yaitu penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain secara holistik dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alami.

Jenis penelitian kualitatif deskriptif ini digunakan untuk memperoleh informasi mengenai peran penerimaan sosial terhadap psikopatologi perkembangan sindrom tourette pada anak secara mendalam dan komprehensif. Selain itu, pendekatan kualitatif diharapkan dapat mengungkapkan situasi dan permasalahan yang dihadapi oleh anak yang mengalami penyimpangan perkembangan sindrom tourette.

Penerimaan Sosial terhadap Psikopatologi Perkembangan

Penerimaan sosial adalah kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, tanpa menilai dan tanpa mengendalikan. Menerima adalah sikap yang dapat melihat orang lain

sebagai individu, sebagai manusia yang patut dihargai. Menerima berarti lebih menekankan dan memandang orang sebagai individu (*person*) bukan sebagai objek. Gambaran tentang manusia yang merasa diterima adalah jika seseorang merasa diperhatikan, didukung secara emosional, dan merasakan hubungan yang erat dengan orang lain (Karina & Suryanto 2012, 1-8). Menurut Hurlock (1980, 44), penerimaan sosial adalah bagaimana seseorang dipahami secara positif dalam suatu hubungan yang dekat dan hangat secara emosional di dalam suatu kelompok.

GA dan DA tidak mengalami gangguan jiwa karena mereka dapat merasakan penderitaan yang dialami. Oleh karena itu, mereka disebut sebagai orang yang mengalami penyimpangan dalam perkembangan. Psikopatologi perkembangan dapat diketahui dari beberapa aspek antara lain emosi dan perilaku, berbicara dan berbahasa, keterampilan sosial dan menolong diri sendiri, motorik kasar, dan motorik halus (Chamidah 2009, 83-93). Akan tetapi, terdapat perbedaan antara GA dan DA. Perbedaan tersebut dapat diketahui dari lokasi tempat tinggal, perlakuan dan penerimaan orang tua serta keluarga, perlakuan dari teman-teman, dan kepercayaan (*keyakinan*) yang dimiliki.

Dari lokasi tempat tinggal, GA tinggal di desa, sedangkan DA tinggal di kota. Perbedaan ini sangat mempengaruhi bagaimana orang yang mengalami sindrom tourette itu dapat beradaptasi dengan baik di lingkungannya. Menurut orang yang tinggal di desa, gangguan tersebut merupakan suatu hal yang buruk (*aib keluarga*), sehingga keluarga membatasi aktifitas GA untuk beradaptasi dengan lingkungannya. Sedangkan di kota, orang lebih terbuka dan setidaknya memiliki lebih banyak pemahaman dan pengetahuan tentang sindrom tourette dibandingkan dengan orang yang tinggal di desa sehingga DA mendapatkan kebebasan untuk beradaptasi dengan lingkungannya.

Berdasarkan dari perlakuan dan penerimaan orang tua serta keluarga antara GA dan DA itu berbeda. GA kurang mendapatkan perlakuan dan penerimaan yang baik dari orang tua serta keluarganya. Ia kurang diterima di dalam keluarganya karena itu merupakan sebuah *aib keluarga*. Hal tersebut dapat diketahui dari orang tuanya yang menginginkan GA meninggal saja agar tidak membuat *aib* di dalam keluarga. Selain itu, GA kurang mendapatkan dukungan, motivasi dan perhatian sepenuhnya dari keluarga.

Sindrom tourette yang dialami oleh GA mengganggu aktivitas anggota keluarga sehingga menambah beban keluarga seperti biaya, pikiran, dan kondisi psikis keluarga (*stres*). GA juga tidak mau sekolah lagi karena diejek dan dihina terus oleh teman-temannya, sehingga ia memilih untuk berhenti sekolah. Ketika ia terus dikucilkan oleh teman-temannya, orang tua dan keluarga GA pun tidak membantu untuk menumbuhkan kembali rasa percaya diri dan motivasi GA untuk terus melanjutkan sekolahnya.

Menurut Robertson, terdapat hal-hal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang yang mengalami gangguan sindrom tourette yaitu tingkat pendidikan, kondisi

kesehatan baik fisik maupun psikis, dan tingkat ekonomi. GA memiliki tingkat pendidikan yang rendah (bersekolah hanya sampai kelas 4 SD) dapat mempengaruhinya dalam mencari pekerjaan yang layak untuknya (sulit mencari pekerjaan), sehingga pengalaman di dunia kerja sangat terbatas (Robertson 2012, 1-10).

Kondisi kesehatan juga sangat mempengaruhi GA dalam beraktifitas dengan baik karena adanya keterbatasan. Selain itu, tingkat ekonomi keluarga yang kurang mampu memberikan pengobatan yang layak juga mempengaruhi kesembuhan GA. Tingkat keparahan penyakit juga mempengaruhi kondisi psikis orang yang berada di sekitar GA seperti mengalami stres. Depresi dan kecemasan yang terus menerus dialami oleh GA akan mempengaruhinya dalam beraktivitas. Semangat untuk sembuh merupakan hal penting dalam membantu proses penyembuhan sehingga hidup menjadi bermakna, percaya diri dan optimis.

Berbeda halnya dengan DA. Orang tua dan keluarga memperlakukannya dengan baik, selalu diberikan dukungan, motivasi dan kasih sayang sehingga ia pun merasa percaya diri dan tidak mudah putus asa dengan kondisi yang dialami. Selain itu, ia juga mendapatkan penerimaan yang positif dan tulus dari keluarganya sehingga ia terus bersemangat dan berusaha untuk menjadi yang lebih baik.

Berdasarkan dari perlakuan teman-teman, GA mendapatkan perlakuan yang kurang baik seperti diejek, dihina dan dikucilkan sehingga ia kurang diterima oleh teman-temannya. Sedangkan DA mendapatkan penerimaan dan perlakuan yang cukup baik dari teman-temannya baik di perguruan tinggi maupun di tempat bekerjanya meskipun ada beberapa orang yang belum bisa menerima kehadirannya. Akan tetapi, sejauh ini teman-teman di tempat ia bekerja mampu menerima dan mengerti kondisi DA. Selain itu, DA juga dapat menyelesaikan kuliahnya dengan lancar sampai sarjana karena orang yang berada di lingkungannya terutama keluarga selalu memberikan dukungan.

Berdasarkan kepercayaan (keyakinan) yang dimiliki, orang yang tinggal di desa dan di kota itu berbeda. Di desa masih banyak orang yang mempercayai bahwa gangguan yang diderita oleh GA disebabkan oleh roh jahat dan sebagian ada yang menganggap bahwa itu adalah kutukan, sehingga mereka lebih memilih “orang pintar” (dukun) untuk mengobatinya. Sedangkan di kota, orang mempercayai bahwa gangguan yang diderita oleh DA disebabkan karena adanya gangguan pada sistem saraf sehingga penanganan yang tepat untuk mengobatinya yaitu dilakukan oleh dokter ahli saraf.

Penyebab Sindrom Tourette

Sindrom tourette sebagian besar terjadi karena faktor genetik (minimal memiliki riwayat tik dan OCD), namun pola pewarisan gangguan ini masih belum jelas (Robertson 2000, 425-462). Akan tetapi, terdapat kemungkinan bahwa salah satu penyebab sindrom

tourette merupakan akibat dari gangguan cedera saat kelahiran bayi.

Berdasarkan faktor neurokimiawi, penyebab sindrom tourette yaitu lemahnya pengaturan dopamin di *caudate nucleus* (Dhamayanti, Riandani & Resna 2004, 31-40). Menurut Moe, Benke dan Bernard (2007, 21-23), sindrom tourette juga dipicu oleh stimulan seperti *methylphenidate* dan *dextroamphetamine*. Di samping itu, adanya ketidakseimbangan atau hipersensitivitas terhadap neurotransmitter, terutama dopamin, serotonin dan norepinephrine yang bertanggung jawab dalam komunikasi antar sel saraf. Ketidaknormalan otak di daerah tertentu seperti ganglia dan frontal lobes juga dapat menjadi penyebab dari gangguan ini.

Pada tahun 1980 dan 1990, mulai dilakukan penelitian terhadap pengaruh genetik pada anak kembar yang menunjukkan bahwa adanya kerentanan pada komponen genetik. Hal tersebut sesuai dengan yang dialami oleh GA. Ia memiliki kerentanan untuk terkena sindrom tourette karena keluarganya memiliki riwayat gangguan yang sama yaitu sindrom tourette (minimal memiliki riwayat tik dan OCD). Dengan kata lain, faktor genetik mempengaruhi GA terkena gangguan sindrom tourette.

Hipotesis terbaru juga menyebutkan bahwa sindrom tourette diakibatkan oleh PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections*), atau gangguan neuropsikiatri autoimun yang disebabkan oleh infeksi bakteri streptokokus maupun virus-virus yang diduga berperan dalam perkembangan gangguan sindrom Tourette (Sim & Stack 2009, 11-18).

Menurut Leckman (Robertson 2012, 1-10), masa prenatal dan perinatal mempengaruhi pembentukan patogenesis pada sindrom tourette. Ibu yang memiliki gangguan tik selama kehamilan akan mengalami komplikasi 1,5 kali lebih besar dari pada ibu yang tidak mengalami gangguan tik. Anak kembar dengan sindrom tourette selalu memiliki berat tubuh yang lebih rendah pada saat kelahiran dibandingkan dengan anak yang normal. Ibu yang mengalami stres selama kehamilan pada tiga bulan pertama juga memiliki faktor risiko dalam mengembangkan gangguan tik. Hormon androgen juga berperan penting dalam pembentukan patogenesis dari sindrom tourette dan gangguan yang berhubungan dengan tik. Selain itu, hormon ini juga mempengaruhi pembentukan fenotif pada bayi.

Studi yang dilakukan pada subjek dengan sindrom tourette yang berjumlah lebih dari 400 orang menunjukkan bahwa 16,7% gangguan sindrom tourette diturunkan oleh ibu, dan 13,9% diturunkan oleh ayah. Gangguan tik memiliki hubungan dengan kebiasaan ibu yang merokok yang dapat mengakibatkan berat badan bayi menjadi rendah (di bawah normal) pada saat kelahiran, stres yang dialami secara psikososial, kecemasan dan infeksi GABHS (Robertson 2000, 425-462).

Tingkat keparahan tik dengan orang yang mengalami gangguan sindrom tourette akan mulai berkurang pada masa remaja akhir, tetapi meningkat pada masa remaja awal dan kanak-kanak (Robertson 2012, 1-10).

Gejala Sindrom Tourette

Gejala dari sindrom tourette biasanya muncul pada masa kanak-kanak (usia 7 dan 10 tahun) yang diawali dengan gejala ringan seperti gerakan tik ringan pada wajah, kepala atau tangan. Kemudian, tik akan sering muncul jika anak merasa tertekan (*stress*) dan adanya ketidakstabilan emosi. Hal itu semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang yang mencakup beberapa bagian tubuh lain seperti kaki dan batang tubuh. Oleh karena itu, penderita akan merasa terganggu dengan aktivitasnya sehari-hari (Robertson 2000, 425-462).

Menurut DSM-IV, kriteria diagnostik dari sindrom tourette antara lain adalah :

1. Baik tik motorik multipel maupun satu atau lebih tik vokal ditemukan pada suatu waktu perjalanan penyakit, walaupun tidak perlu bersamaan.
2. Tik terjadi beberapa kali sehari (biasanya dalam waktu yang singkat) hampir setiap hari atau secara intermiten sepanjang suatu periode lebih dari 1 tahun, dan selama periode ini tidak pernah terdapat periode bebas dari tik lebih dari 3 bulan berturut-turut.
3. Onset sebelum berumur 18 tahun.
4. Gangguan bukan karena efek fisiologis langsung dari zat (misalnya, stimulansia) atau suatu kondisi medis umum (misalnya, penyakit Huntington atau ensefalitis pascainfeksi virus).

Selain itu, ada 2 kategori untuk sindrom tourette (*Staff Development in Special Education Tourette Syndrome, 2006*): *pertama, Simple* yakni gejala-gejala yang ditunjukkan adalah tik (seperti kedipan mata, gerak tubuh & wajah) dan vokalisasi (seperti suara serak yang berulang). *Kedua, Complex*, yakni gejala-gejalanya lebih berat, termasuk melompat, berputar-putar, kompulsi, vokalisasi pengulangan kata-kata atau suara (*echolalia*), mengikuti apa yang dilakukan oleh orang lain (*echopraxia*) dan (*coprolalia*).

Psikoterapi Untuk Sindrom Tourette

Haloperidol adalah obat yang sering digunakan untuk mengendalikan gejala pada penderita sindrom tourette, tetapi saat ini frekuensi penggunaannya telah menurun karena ada beberapa efek samping yang ditimbulkan. Farmakoterapi lainnya adalah penggunaan *pimozide*, *clonazepam*, dan *clonidine* (Brown & Sammons 2002, 135-147).

Sebuah penelitian memprediksi bahwa 70% penderita sindrom tourette akan mengalami pengurangan gejala saat penderita memasuki usia remaja akhir, dan 30% - 40% penderita akan mengalami kesembuhan saat melewati usia dewasa akhir, meskipun gejala dapat muncul kembali atau menjadi semakin parah akibat adanya *stressor* psikologis. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa mayoritas penderita sindrom tourette dapat hidup tanpa terapi obat (Dhamayanti, dkk. 2004, 31-40).

Asumsi-asumsi tersebut dapat menjadi dasar bagi penggunaan psikoterapi sebagai salah satu penunjang bagi penderita sindrom tourette untuk dapat mengoptimalkan potensi dirinya dan hidup dengan cara-cara yang adaptif. Selain itu, tujuan utama dari psikoterapi untuk penderita sindrom tourette adalah agar ia mampu mengembangkan strategi koping yang positif.

Beberapa pendekatan terapi yang memungkinkan untuk diterapkan pada penderita sindrom tourette antara lain sebagai berikut :

1. Pendekatan Kognitif Behavioral – *Habit Reversal* (Wilhelm, dkk. 2003, 1175-1177).

Komponen-komponen utama dari pendekatan ini adalah :

a. Latihan kesadaran (*awareness training*)

- 1) Kunjungan pertama, klien mencatat frekuensi tik dalam durasi tertentu setiap hari.
- 2) Prosedur deskripsi respon : mendeskripsikan detail dari setiap tik kepada terapis, dapat dengan menggunakan video.
- 3) Prosedur deteksi respon : terapis mengisyaratkan klien setiap muncul tik.
- 4) Prosedur peringatan awal : klien berlatih untuk mendeteksi tanda-tanda awal sebelum terjadi tik.
- 5) Latihan menyadari situasi : klien mengidentifikasi situasi, orang, dan tempat ketika gejala memburuk atau pun membaik.

b. Pemantauan diri (*self-monitoring*), misalnya menghitung sebelum terjadinya gejala.

c. Latihan relaksasi, misalnya relaksasi otot, pernapasan, imajinasi, dan lain-lain.

Setiap hari dilakukan selama 10 - 15 menit, dan dipraktekkan selama 1 - 2 menit setiap muncul kecemasan atau setelah muncul tik.

d. Prosedur ‘melawan’ respon

Contoh :

Untuk gerakan kepala dan otot leher dikontraksikan dengan menahan dagu ke arah bawah. Selain itu, untuk tik vokal (vokalisasi), dengan menarik napas panjang dan terus bernapas pelan-pelan dengan hidung sementara mulut tertutup. Hal tersebut dilakukan selama kurang lebih 3 menit setelah tik dan pada saat akan muncul perasaan tik.

e. Manajemen kontingensi

- 1) Terapis menginstruksikan keluarga klien untuk memberikan komentar berupa penghargaan apabila klien menunjukkan kemajuan dan terus mengingatkan jika klien lupa untuk berlatih.
- 2) Klien diikutsertakan dalam aktivitas - aktivitas menyenangkan yang sudah mulai jarang dilakukan.

f. Evaluasi, berisi tentang perasaan tidak nyaman, rasa malu, dan kesulitan-kesulitan klien yang diakibatkan oleh munculnya gejala.

2. Psikoterapi Suportif (Wilhelm, dkk. 2003, 1175-1177)

Terapi ini lebih mengarah kepada pendekatan humanistik (khususnya Gestalt) dimana terapis diharapkan untuk tidak bersikap direktif, dan penderita sindrom tourette dapat memfokuskan diri pada pengalaman-pengalamannya, merefleksikan dan mengekspresikan perasaannya terkait dengan cara hidup dan cara menyelesaikan masalah.

3. Hipnoterapi (Kohen & Botts 1987, 227-237)

Penderita sindrom tourette dilatih tentang bagaimana cara menghipnosis diri sendiri untuk dapat mengendalikan kebiasaan, gejala fisik, dan kondisi-kondisi lainnya. Hipnoterapi juga menggunakan teknik-teknik relaksasi dan imajinasi, seperti halnya meditasi. Pada saat klien dalam keadaan terhipnosis, terapis mulai memberikan sugesti positif yang mengarah pada perubahan perilaku, penurunan kecemasan, dan intensitas gejala.

4. Teknik-teknik berbasis psikoanalisis (Bruun, dkk. 1994, 14-19)

Ketidakmampuan dalam mengendalikan tubuh dan pikiran seringkali menjadi sumber kecemasan, ketakutan, rasa bersalah, rasa tidak berdaya, kemarahan, dan depresi. Sebagian penderita menarik diri, dan yang lainnya bersikap agresivitas. Reaksi sosial yang negatif pun seringkali tidak terhindarkan. Harga diri dan kepercayaan diri menjadi permasalahan yang umum pada penderita sindrom tourette. Oleh karena itu, terapi psikoanalisis ini lebih memfokuskan pada permasalahan terkait penerimaan diri.

5. Terapi keluarga (Bruun, dkk. 1994, 14-19)

Sebagai gangguan yang kronis, sindrom tourette juga berdampak pada keluarga si penderita. Orang tua seringkali harus menghadapi masa-masa yang sulit ketika anak menunjukkan gejala. Permasalahan yang biasa terjadi dalam keluarga berupa: (1) rasa bersalah orang tua atas kelainan genetik, (2) sulitnya bagi anggota keluarga untuk mengetahui gejala-gejala yang dapat dan yang tidak dapat dikendalikan (3) 'Ketidakadilan' yang dipersepsi oleh saudara baik itu adik maupun kakak dari si penderita, (4) hubungan yang memburuk antara suami dan istri.

Oleh karena itu, sebaiknya terapi keluarga difokuskan pada peran penderita sindrom tourette dalam keluarga, dimana ia sering menerima perlakuan-perlakuan seperti; Overproteksi dari orang tua atau anggota keluarga, dihukum, tidak dipahami perasaan atau pikirannya, dan dianggap sebagai sumber aib bagi keluarga.

Dalam terapi keluarga, terapis berfungsi sebagai fasilitator bagi keluarga agar dapat belajar menerima anggota keluarganya yang mengalami sindrom tourette, sehingga penderita dapat merasa aman dan mampu menghadapi lingkungannya dengan lebih adaptif. Sebagai langkah awal terapi, keluarga lebih dahulu diberikan informasi dan pemahaman tentang gangguan sindrom tourette. Tujuan akhir dari terapi ini adalah keluarga mampu membangun sebuah lingkungan yang mendukung bagi penderita sindrom tourette.

6. Intervensi akademik dan okupasional (Bruun, dkk. 1994, 14-19)

Anak dengan sindrom tourette biasanya mengalami kesulitan dalam hal konsentrasi, perhatian, dan belajar sehingga membutuhkan intervensi pendidikan khusus, misalnya pengajar, kelas, dan laboratorium khusus yang disesuaikan dengan tingkat keparahan dari gejala. Akan tetapi, pihak sekolah terlebih dahulu diberi informasi mengenai sindrom tourette, karena masih ada sekolah yang tidak memahami gangguan tersebut sehingga penderita dinilai sebagai anak yang nakal, suka mengganggu, dan bodoh.

Pada umumnya, penderita sindrom tourette tidak mampu menjalankan fungsi mental dan sosial sesuai dengan usia kronologisnya, atau mengalami keterlambatan dalam perkembangannya.

Kesimpulan

Penyebab sindrom tourette adanya pengaruh genetik dan lingkungan, infeksi (kerusakan) pada otak, efek dari neuroimmunologikal, gangguan yang dialami pada masa sebelum kelahiran dan saat kelahiran, stres secara psikososial, dan pengaruh hormon androgen. Penerimaan secara sosial (lingkungan) sangat membantu seseorang dalam beradaptasi dengan baik dan dapat menggunakan potensinya secara maksimal terutama bagi orang yang mengalami gangguan salah satunya adalah sindrom tourette. Dukungan dari keluarga pun sangat penting agar orang tetap merasa percaya diri dan bersikap positif ketika berada di luar rumah. Selain itu, penerimaan sosial sangat berperan dalam mendukung kesembuhan perkembangan sindrom Tourette. Dengan adanya penerimaan sosial dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri pada seseorang yang mengalami sindrom tourette. Sindrom tourette dapat terjadi pada setiap orang dari semua kelompok etnis. Akan tetapi, wanita lebih sering terkena 3 - 4 kali dari pada laki-laki. Dengan kata lain, rasio perbandingan antara laki-laki dan wanita adalah 1:3.

Referensi

- Bell, J. 2009. Family system nursing: Reexamined. *Journal of family nursing*, 15(2), 123-129.
- Brown, R. T. & Sammons, M. T. 2002. Pediatric psychopharmacology : A review of new developments and recent research. *Professional Psychology : Research and Practice*, 33(2), 135-147.
- Bruun, R. D., Cohen, D. J. & Leckman, J. F. 1994. Tourette disorder : Guide to the diagnosis and treatment of tourette's syndrome. *Tourette Syndrome Association*, 102(1), 14-19.
- Chamidah, A.N. 2009. Deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. *Jurnal Pendidikan Khusus*, 5(2), 83-93.
- Dhamayanti, M., Riandani, I. & Resna, L. 2004. Tourette syndrome. *Paediatrica Indonesiana*, 42, 31-40.
- Hurlock, E.B. 1980. *Psikologi perkembangan : Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan (terjemahan)*. Jakarta : Erlangga.
- Karina, S.M. & Suryanto. 2012. Pengaruh keterbukaan diri terhadap penerimaan sosial pada anggota komunitas *backpacker* Indonesia regional surabaya dengan kepercayaan terhadap dunia maya sebagai intervening variabel. *Jurnal Psikologi Kepribadian dan Sosial*, 1(2), 1-8.
- Kohen, D. P. & Botts, P. 1987. Relaxation-imagery (self-hypnosis) in tourette syndrome : Experience with four children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(4), 227-237.
- Maslim, R. 2003. *Buku saku diagnosis gangguan jiwa : Rujukan ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta : Nuh Jaya
- Moe, P.G., Benke, T.A. & Bernard, T.J. 2007. *Neurologic and muscular disorders in current diagnosis and treatment in pediatrics 18th edition*. USA : Lange Medical Books-McGraw-Hill.
- Moleong, L.J. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Piacentini, J. 2004. Behavioral therapy : Habit reversal. *4th International Scientific Symposium on Tourette Syndrome, Cleveland, Ohio, June 25th - 27th, 2004*.
- Resna, L., Wiguna, T. & Jan, P. 2003. *Gilles de la tourette syndrome indonesian psychiatric quarterly*. Jakarta : Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.
- Robertson, M. M. 2000. Invited review: Tourette's syndrome, associated conditions, and the complexities of treatment. *Brain*, 123, 425-462.
- Robertson, M.M. 2012. The gilles de la tourette syndrome : The current status. *Arch Disorder Child Education Practice*. doi:10.1136/archdischild-2011-300585.
- Sims, A. & Stack, B. 2009. Tourette's syndrome : A pilot study for the discontinuance of a movement disorder. *The Journal of Craniomandibular Practice*, 27(1), 11-18.
- Staff Development in Special Education Tourette Syndrome. 2006. American academy of special education professionals (AASEP). Diakses pada tanggal 8 Desember 2012. http://www.naset.org/fileadmin/user_upload/Pro_Development/Tourette_Syndrome.pdf.
- Storch, E.A., Merlo, L.J., Lack, C., Milsom, V.A., Geffken, G.R., Goodman, W.K. & Murphy, T.K. 2007. Quality of life in youth with tourette's syndrome and chronic tic disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 217-227.

Wilhelm, S., Deckersbach, T., Coffey, B. J., Bohné, A., Peterson, A. L. & Baer, L. 2003. Habit reversal versus supportive psychotherapy for tourette's disorder : A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1175-1177.

