

Keefektifan Psikoterapi Untuk Menurunkan Skor Kecemasan Pasien Gangguan Anxietas

Aris Sudiyanto

Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran UNS/
RSUD Dr. Moewardi SURAKARTA

Abstract. This study was aimed to prove psychotherapy's effectiveness and to compare the therapeutic's effectiveness between psychotherapy and combination of psychotherapy-pharmacotherapy, both in decreasing the anxiety score. The subject of this study was 70 patients of anxiety disorder with inclusion criteria of anxiety score Taylor Manifest Anxiety Scale (T MAS) 22 or more, and exclusion criteria pshysical defect, drugs abuser, personality disorder, and psychosis. The subject of this study was devided into psychotherapy group and combination of psychotherapy-pharmacotherapy group, consisted 35 patients of each. The research design was randomized two groups pre and post tes design, while the instrumen used was T MAS and Lie Scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory, (L Scale of MMPI). It lead to the conclusion that psychotherapy significantly decreased the anxiety score started from the fourth week and combination of psychotherapy-pharmacotherapy significantly decreased the anxiety score started from the first week of therapy.

Key words: *psychotherapy, pharmacotherapy, anxiety*

Abstrak. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan keefektifan psikoterapi mengurangi (menurunkan skor) kecemasan dan membandingkan keefektifan terapeutik antara psikoterapi dan kombinasi psikoterapi-farmakoterapi dalam penurunan skor kecemasan. Subjek penelitiannya 70 pasien gangguan anxietas dengan kriteria inklusi skor kecemasan T-MAS 22 atau lebih dan kriteria eksklusi menderita penyakit fisik atau cacat tubuh, penyalahgunaan NAPZA, gangguan kepribadian, dan psikosis, dibagi menjadi 2 kelompok penelitian, yaitu kelompok psikoterapi dan kelompok kombinasi psikoterapi-farmakoterapi dengan jumlah kelompok masing-masing 35 pasien. Rancangan penelitiannya adalah randomized two groups pre and post test design. Instrumen penelitian yang digunakan adalah Taylor Manifest Anxiety Scale (T MAS) dan Lie Scale Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Skala L-MMPI). Kesimpulannya adalah psikoterapi dapat menurunkan skor kecemasan secara bermakna mulai minggu IV. Kombinasi psiko-terapi dan psikofarmaka secara bermakna dapat menurunkan skor kecemasan mulai minggu I pengobatan.

Kata kunci: *psikoterapi – farmakoterapi – kecemasan*

Dalam pengertian luas anxietas dapat diartikan sebagai keadaan cemas. Ditinjau dari aspek klinik, anxietas ini dapat merupakan keadaan yang normal, gejala penyakit lain, sebagai sindrom, atau gangguan yang dapat berdiri sendiri. Setiap orang pernah mengalami kecemasan yang normal oleh karena suatu sebab, misalnya menghadapi ujian, sidang di pengadilan, promosi, atau penurunan jabatan. Di sini cemas dirasakan sebagai akibat dari sesuatu yang jelas penyebabnya dan akan kembali normal setelah objek yang menjadi kecemasan berlalu. Sebagai gejala dari gangguan atau penyakit lain, anxietas dapat merupakan salah satu gejala akut dari psikosis atau serangan jantung (miokard infark). Dalam hal ini cemas merupakan salah satu tanda atau gejala penyakit tertentu. Sebagai sindrom klinik, anxietas dapat merupakan manifestasi gangguan kepribadian menghindar atau gangguan fobik. Di sini cemas dirasakan mengganggu apabila berdekatan dengan objek atau situasi yang ditakuti tetapi sebenarnya tidak berbahaya. Sebagai gangguan yang berdiri sendiri, anxietas dapat berupa gangguan cemas umum (menyeluruh), di sini cemas dirasakan mengambang (*free floating*), tidak menentu, dan tidak jelas penyebabnya (Kaplan & Sadock, 1989; Kaplan & Sadock, 1993).

Anxietas dapat bersifat positif dan negatif. Anxietas yang bersifat positif terjadi apabila disalurkan secara sehat

melalui mekanisme koping (*coping mechanism*), yaitu usaha untuk mengatasi perasaan cemas yang tidak menyenangkan tersebut dengan melakukan secara sadar hal-hal yang konstruktif, misalnya giat belajar agar lulus ujian, latihan intensif agar menang dalam pertandingan, dsb. Anxietas yang bersifat negatif terjadi apabila perasaan cemas yang ada sampai mengganggu keseimbangan emosi, konsentrasi, dan aktivitas harian yang bersangkutan. Dalam hal ini anxietas dapat berderajat ringan, sedang, sampai berat yang selanjutnya disebut gangguan anxietas (Setyonegoro & Iskandar, 1980; Achte *et al.*, 1989).

Ditinjau dari aspek klinik, dikenal 5 jenis gangguan anxietas, yaitu 1) gangguan panik, dengan kecemasan yang masif, muncul mendadak tanpa faktor pencetus, 2) gangguan cemas umum, yaitu kecemasan yang diderita bersifat mengambang-bebas, dan berlangsung menahun (khronik), 3) gangguan fobik, yaitu kecemasan atau ketakutan terhadap situasi atau objek tertentu (spesifik), 4) gangguan obsesif-kompulsif, yaitu kecemasan yang mendorong penderita secara menetap untuk mengulangi pikiran atau perilaku tertentu, dan 5) gangguan stres pasca-trauma, yaitu kecemasan yang timbul setelah penderita mengalami peristiwa yang sangat menegangkan (Kaplan & Sadock, 1993; Frances, 1998). Di samping itu, keluhan cemas sering dialami oleh penderita penyakit lain, misalnya penyalah-

gunaan obat dan alkohol, depresi berat, psikosis, dan gangguan kepribadian (misalnya gangguan kepribadian menghindar, obsesif-kompulsif, pasif-agresif, dan *borderline*). Sindrom kecemasan yang menyertai pe-nyakit lain tersebut akan menyulitkan pengobatannya bila penyakit primernya tidak diobati terlebih dahulu (Aris Sudiyanto, 1998; Ebert, 2000).

Perjalanan klinik gangguan anxietas dapat terjadi secara akut atau kronik. Pada anxietas akut, serangan datang mendadak dan cepat pula menghilang. Serangan tersebut dapat terjadi sekali atau berulang kali. Pada umumnya penderita tidak dapat mengenali faktor pencetus serangan cemas akut yang dialami, walaupun sudah terjadi berulang kali. Pada anxietas kronik, serangan tidak sedramatis anxietas akut. Walaupun dalam intensitas yang tidak sekuat anxietas akut, perasaan cemas pada anxietas kronik sedemikian mengganggu sehingga penderita tidak dapat melakukan aktivitas hariannya dengan baik (Prawirohusudo, 1988; Aris Sudiyanto, 1999; Ebert, 2000). Dengan beragamnya penampilan klinik gangguan anxietas, sering menyulitkan para klinisi untuk dapat menegakkan diagnosis yang berakibat rancunya proses pengobatan sehingga gangguan anxietas ini cenderung menjadi menahun dan sulit disembuhkan. Hal tersebut seringkali menjadi sumber frustrasi baik penderita maupun para dokter yang mengobatinya (Kaplan & Sadock, 1996).

Dikenal beberapa pendekatan untuk terapi gangguan anxietas, yaitu psiko-educatif, psikofarmaka, dan kombinasi keduanya.

Terapi Psikoedukatif Gangguan Anxietas

Sebagian gangguan cemas, seperti gangguan stres pasca trauma dapat diterapi terutama dengan psikoterapi, misalnya dengan psikoterapi berorientasi insight, terapi perilaku, terapi kognitif, terapi kelompok, atau psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek (Kaplan & Sadock, 1993). Gangguan anxietas lainnya, seperti fobia, gangguan cemas umum, gangguan panik, dan gangguan obsesif-kompulsif diterapi dengan kombinasi psikoterapi dan terapi psikofarmaka (Kaplan & Sadock, 1996).

Tujuan psikoterapi yang berorientasi insight adalah untuk mengembangkan tilikan pasien ke dalam konflik psikologiknya sehingga dapat mencegah atau mengurangi tanda dan gejala anxietas yang disebabkan oleh konflik psikologik yang tidak disadari oleh pasien. Dalam hal ini indikasi psikoterapi berorientasi insight jika 1) gejala cemas dilatarbelakangi atau sebagai akibat konflik neurotik, 2) gejala cemas terus berlangsung walaupun telah diberikan anxiolitik atau terapi perilaku, 3) gejala cemas sebagai substitusi gejala, yaitu muncul setelah gejala awalnya sembuh, dan 4) apabila gejala cemas lebih menyebar, tidak spesifik, dan

tidak terbatas tegas (Kaplan & Sadock, 1996; Elvira, 1998).

Terapi perilaku terhadap penderita gangguan anxietas bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan tanda dan gejala anxietas dengan cara penguatan positif dan negatif, desensitisasi sistematis, pembanjiran (*flooding*), atau pemaparan bertahap. Dalam hal ini indikasi untuk terapi perilaku jika gangguan cemasnya disertai perilaku maladaptif terbatas jelas dan nyata, seperti fobia, kompulsi, dan obsesi. Penelitian terkini melaporkan bahwa perilaku kompulsif lebih responsif terhadap terapi perilaku dari pada obsesif (Kaplan & Sadock, 1996).

Psikoterapi kognitif yang diberikan kepada pasien gangguan anxietas bertujuan untuk mengurangi tanda dan gejala anxietas dengan cara koreksi asumsi dan distorsi kognisi yang diderita pasien. Terapi kognitif ini berdasarkan konsep bahwa kecemasan atau perilaku maladaptif disebabkan oleh distorsi pasien dalam memandang dirinya sendiri dan bagaimana orang lain memandang dirinya. Terapi kognitif ini bersifat jangka pendek dan sangat interaktif dengan pemberian tugas untuk dikerjakan di rumah di antara dua sesi terapi yang dipusatkan pada koreksi asumsi dan kognisi yang mengalami distorsi (Kaplan & Sadock, 1996; Ebert, 2000).

Terapi kelompok untuk gangguan cemas ditujukan untuk memberi dukung-

an dan ketrampilan sosial agar dapat meredakan gejala cemas pasien baik yang bersifat kecemasan umum maupun spesifik, termasuk yang berorientasi *insight*. Masing-masing anggota kelompok pada umumnya mempunyai diagnosis atau problem kecemasan sejenis untuk memudahkan pelaksanaan pendidikan dan praktek pemaparan ketrampilan sosial secara berkelompok (Kaplan & Sadock, 1996).

Terapi provokasi kecemasan jangka pendek akhir-akhir ini sering digunakan untuk pengobatan gangguan anxietas dengan berbagai pertimbangan. Sekarang ini ada kecenderungan untuk lebih memilih psikoterapi jangka pendek dari pada jangka panjang dengan pertimbangan kemudahan pelaksanaan, kesibukan, dan terbatasnya waktu pasien dan terapis. Dikenal beberapa jenis psikoterapi jangka pendek, antara lain psikoterapi fokal singkat (Tavistock-Malan), psikoterapi dengan pembatasan waktu (Boston University-Mann), psikoterapi dinamik jangka pendek (McGill University-Davanloo), dan psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek (Harvard University-Sifneos). Psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek pertama kali dikembangkan di Massachusetts General Hospital oleh Peter Sifneos sekitar tahun 1950-an (Kaplan & Sadock, 1996). Psikoterapi ini biasanya berkisar antara 4-25 pertemuan dengan masing-masing sesi berlangsung antara 30-60 menit. Pada garis besarnya terapi ini dibagi menjadi 4

fase, yaitu (1) tahap pengikatan (pertemuan pasien dan terapis), (2) terapi awal, (3) perluasan terapi, dan (4) penyampaian bukti perubahan dan pengakhiran (terminasi). Pada tahap pengikatan, dilakukan pertemuan antara pasien dan terapis. Pada tahap ini terapis menegaskan ikatan kerja dengan menggunakan *rapport* yang cepat, dan diharapkan pasien mempunyai perasaan yang positif terhadap terapis. Pemakaian secara bijaksana pertanyaan terbuka dan pertanyaan dengan pilihan (*forced choice question*) memungkinkan terapis mendapat gambaran dan memusatkan perhatian terhadap fokus terapeutik. Pada akhir tahap ini terapis harus dapat menentukan harapan minimal yang dapat dicapai sebagai hasil akhir terapi. Pada tahap terapi awal, perasaan pasien terhadap terapis dijelaskan secepat mungkin (dalam transferensi). Dengan demikian dapat ditegaskan hubungan terapeutik yang sesungguhnya. Pada tahap perluasan terapi, ditekankan pemusatan perhatian aktif pada konflik (oedipal) yang telah dipilih sebagai fokus terapeutik untuk terapi; pemakaian berulang pertanyaan dan konfrontasi penyebab kecemasan; menunjukkan secara berulang pola perilaku maladaptif atau tanda-tanda kecemasan (neurotik) pasien; pemusatan perhatian terhadap material penyebab kecemasan (walaupun mekanisme pembelaan ego belum diketahui); menunjukkan secara berulang hubungan orangtua-pasien dan

transferensi dengan menggunakan interpretasi pada waktu yang tepat; menegakkan pengalaman emosional korektif; mendorong pemahaman pasien terhadap material konflik penyebab kecemasan; pelajaran dan pengembangan pola pemecahan masalah baru; dan presentasi berulang dan rekapitulasi psikodinamika pasien sampai mekanisme pertahanan (pembelaan ego) yang digunakan pasien dalam menghadapi konflik oedipal dimengerti sepenuhnya oleh pasien. Pada tahap akhir, bukti-bukti perubahan perilaku pasien di luar sesi psikoterapi dilaporkan dan ditekankan. Penyesuaian baru pasien yang lebih positif dalam menghadapi konflik-konfliknya dikuatkan, selanjutnya dilakukan terminasi (Kaplan & Sadock, 1996).

Pendekatan Farmakoterapeutik Gangguan Ansietas

Pengobatan gangguan ansietas dengan cara ini menggunakan obat-obat yang dapat mengurangi atau menghilangkan kecemasan penderita, yaitu obat anxiolitik. Dikenal beragam obat yang mempunyai sifat anxiolitik, di antaranya adalah 1) barbiturat, 2) propanediol, 3) neuroleptik, 4) antidepresan, 5) antihistamin, 6) beta bloker, dan 7) golongan benzodiazepin (Setyonegoro dkk., 1984; Rusdi Maslim, 2001). Sekarang banyak obat-obat tersebut tidak digunakan lagi sebagai anxiolitik dengan alasan toksisitas, depresi sumsum tulang, dan habituasi, misalnya golongan barbiturat

dan propanediol. Obat tersering yang digunakan sebagai anxiolitik adalah golongan benzodiazepin, misalnya 1) alprazolam, 2) chlordiazepoxide, 3) Chlorazepate, 4) diazepam, dan 5) lorazepam (Pedersen, 2002). Obat yang bukan golongan benzodiazepin yang juga sering digunakan sebagai anxiolitik adalah 1) trisiklik anti depresan (imipramine dan amitriptylline), buspirone, dan 3) beta bloker (propranolol).

Benzodiazepine ternyata merupakan obat yang paling efektif sebagai anxiolitik, mempunyai efek yang relatif tetap (konstan), efek samping minimal, dan interaksi dengan obat lain relatif aman. Pada umumnya benzodiazepine dapat menghilangkan gejala klinis ansietas dalam beberapa hari, dan akan optimal dalam waktu 4-6 minggu pengobatan. Selain sebagai anxiolitik, benzodiazepine juga bersifat sebagai obat sedatif-hipnotikum, antikonvulsan, relaksan otot, dan mengurangi amnesia (Setyonegoro & Yul Iskandar, 1980). Oleh karena reseptor GABA/Benzodiazepine kompleks dengan pengobatan jangka panjang akan beradaptasi, maka penghentian obat benzodiazepine harus dengan prosedur *taperring of*. Salah satu kerugian golongan obat ini adalah sifat adiktifnya cukup kuat. Oleh karena itu dianjurkan penggunaan obat golongan benzodiazepine setelah mencapai efek optimal (2 minggu) untuk selanjutnya dilakukan prosedur *taperring of* sampai mencapai

lama pengobatan 4 minggu (Ebert *et al.*, 2000; Rusdi Maslim, 2001; Pedersen, 2002).

Pengobatan Kombinasi Psikoterapi Dan Farmakoterapi

Pengobatan kombinasi yang diberikan pada gangguan ansietas dilakukan dengan pertimbangan bahwa psikoterapi mempunyai keunggulan tidak adiktif tetapi kerugiannya lambat dalam efek terapeutiknya. Sebaliknya, obat anxiolitik mempunyai keunggulan efek terapeutik yang cepat dalam menurunkan tanda dan gejala ansietas tetapi mempunyai kerugian risiko adiksi. Dalam terapi kombinasi, di samping psikoterapi diberikan obat anxiolitik dari dosis rendah dinaikkan bertahap setiap 3-5 hari sampai tercapai dosis optimal (secara klinik keluhan ansietasnya menghilang atau mereda secara bermakna) kemudian dipertahankan selama 2-4 minggu, selanjutnya dilakukan penurunan dosis setiap 2-4 minggu sampai mencapai dosis minimal yang masih efektif (dosis pen jagaan/ *maintenance*). Dosis pen jagaan ini dipertahankan 4-8 minggu, selanjutnya dilakukan *taperring off* (Setyonegoro dkk., 1980; Rusdi Maslim, 2001).

Untuk mengetahui keefektifan psikoterapi dalam pengobatan ansietas perlu dilakukan penelitian secara prospektif dengan mengukur derajat kecemasan pasien pada awal (sebelum) terapi, selama terapi, dan pada akhir terapi.

Penurunan atau perbedaan derajat kecemasan yang terjadi menggambarkan keefektifan psikoterapi dalam pengobatan gangguan anxietas. Keefektifan psikoterapi tersebut perlu dibandingkan dengan terapi psikofarmaka agar dapat diketahui kecepatan kasiat terapeutik masing-masing. Untuk mengetahui perbandingan keefektifan terapeutik antara psikoterapi dan farmakoterapi dalam pengobatan gangguan anxietas dapat dilakukan penelitian *cohort*, yaitu dengan membandingkan kedua modalitas terapi tersebut dalam hal kasiatnya untuk menurunkan derajat anxietas pada awal, selama, dan akhir terapi. Untuk mengetahui apakah psikoterapi dan farmakoterapi mempunyai interaksi terapeutik dalam pengobatan gangguan anxietas diperlukan penelitian secara *cohort* yang membandingkan keefektifan dalam penurunan derajat kecemasan pada awal, selama, dan akhir terapi antara psikoterapi dan kombinasi psiko-farmakoterapi (Aris Sudiyanto, 1999).

Sebagian penderita gangguan anxietas ada yang takut minum obat "penenang" karena khawatir menjadi kecanduan terhadap obat tersebut. Sebagian lagi justru sebaliknya, ingin cepat-cepat terbebas dari keluhan kecemasan, karena hampir sebagian besar aktivitas hariannya terganggu sehingga bersedia menjalani pengobatan dalam bentuk apapun, termasuk harus minum obat dalam kurun waktu tertentu. Per-

bedaan tersebut mendorong minat peneliti untuk membandingkan keefektifan kedua pendekatan dalam pengobatan gangguan anxietas. Untuk pendekatan psikososio-educatif dipilih cara psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek, yaitu salah satu jenis psikoterapi singkat. Pemilihan jenis psikoterapi ini didasarkan pada kemudahan dalam prakteknya dan dapat dilakukan oleh dokter umum yang terlatih, di samping tidak menyita waktu yang lama seperti halnya jenis psikoterapi lainnya (Kaplan & Sadock, 1996). Untuk pendekatan farmakologis dipilih obat alprazolam, yaitu obat anxiolitik golongan benzodiazepine yang yang akhir-akhir ini digunakan secara luas untuk pengobatan anxietas (Rusdi Maslim, 2001).

Berdasarkan uraian tersebut di depan, permasalahan penelitian dirumuskan secara operasional, sebagai berikut.

- a. Apakah psikoterapi singkat (psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek) yang diberikan kepada penderita gangguan anxietas seminggu sekali, masing-masing dalam waktu antara 30-45 menit dapat menurunkan skor kecemasan penderita pada pengobatan minggu ke I, II, III, dan IV?
- b. Apakah kombinasi psikoterapi singkat dan alprazolam dengan dosis 0,25-0,5 mg tiga kali sehari terhadap penderita gangguan anxietas dapat menurunkan skor kecemasan penderita pada pengobatan minggu ke I, II, III, dan IV?

METODE

Subjek penelitian. Subjek penelitian ini adalah penderita gangguan anxietas yang mempunyai skor kecemasan dengan instrumen T MAS 22 atau lebih, tidak menderita penyakit fisik atau cacat tubuh, psikosis, penyalahgunaan obat dan alkohol, dan gangguan kepribadian. Di samping itu ada syarat lain, yaitu subjek penelitian harus cukup jujur (skor skala kebohongannya tidak melebihi 8).

Rancangan penelitian. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *randomized two groups pre and post test design*.

Instrumen penelitian. Dalam penelitian ini digunakan 2 instrumen penelitian, yaitu skala L-MMPI (Skala *Lie-Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) untuk mengungkapkan kecenderungan kebohongan subjek penelitian (nilai batasnya 8), dan T MAS untuk mengukur skor derajat beratnya kecemasan dengan nilai batas 22.

Identifikasi variabel penelitian. Sebagai variabel bebas dalam penelitian ini adalah cara pengobatan penderita gangguan anxietas yang dibedakan menjadi 2, yaitu (1) psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek dan (2) pemberian pengobatan kombinasi psikoterapi dan alprazolam dengan dosis 0,25-0,5 mg 3 kali sehari. Dalam penelitian ini sebagai variabel terganggunya adalah skor kecemasan yang diukur dengan instrumen T MAS pada awal pengobatan dan akhir

- c. Apabila dibandingkan, manakah yang lebih efektif dalam penurunan skor kecemasan penderita gangguan anxietas pada pengobatan minggu ke I, II, III, dan IV antara psikoterapi singkat dan terapi kombinasi psikoterapi singkat dan terapi farmakologis menggunakan alprazolam?

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan efektivitas terapeutik dalam penurunan derajat (skor) kecemasan penderita gangguan anxietas, antara pengobatan dengan psikoterapi singkat dan terapi farmakologis menggunakan obat alprazolam dalam waktu 4 minggu pengobatan. Hipotesis penelitian yang diajukan adalah hipotesis alternatif, yang secara operasional dirumuskan sebagai berikut.

1. Psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek dapat menurunkan skor kecemasan penderita gangguan anxietas secara bermakna baik klinik maupun statistik mulai akhir minggu ke IV.
2. Pengobatan kombinasi psikoterapi dan alprazolam secara bermakna baik klinik maupun statistik dapat menurunkan skor kecemasan mulai minggu ke dua pengobatan.
3. Dibandingkan dengan pengobatan psikoterapi saja, pengobatan kombinasi psikoterapi dan alprazolam secara bermakna baik klinik maupun statistik lebih efektif dalam menurunkan skor kecemasan penderita gangguan anxietas.

inggu ke I, II, III, dan IV. Sebagai variabel luar yang mempengaruhi hasil penelitian ini adalah (1) umur, (2) jenis kelamin, (3) jenis penyakit (diagnosis), (4) pendidikan, (5) agama, (6) pekerjaan, dan (7) lama sakit.

Cara pengambilan data. Subjek penelitian adalah penderita gangguan kecemasan yang berobat jalan di praktek dokter. Selama menunggu giliran untuk diperiksa, pasien diminta untuk mengisi instrumen L-MMPI dan T MAS, selanjutnya dilakukan skoring oleh pembantu peneliti. Pasien yang memenuhi kriteria, dijadikan subjek penelitian yang secaraacak dikelompokkan ke dalam 2 kelompok penelitian, sampai masing-masing kelompok mencapai jumlah 35. Seminggu sekali subjek penelitian diminta untuk kontrol ulang untuk diukur derajat beratnya kecemasan dengan menggunakan T MAS. Penurunan atau perbedaan skor kecemasan subjek penelitian saat sebelum diobati, akhir minggu I, II, III, dan IV pengobatan dibandingkan antara kedua kelompok untuk menentukan keefektifan terapi yang dilakukan.

Analisis data. Data yang terkumpul diolah dan dianalisis dengan menggunakan komputer program *microstat 3.11*, dengan demikian dapat diketahui kemaknaan efektivitas pengobatan masing-masing kelompok dan prediktor variabel luar penelitian yang berperan dalam penurunan skor kecemasan penderita.

HASIL DAN BAHASAN

Subjek penelitian. Dari 35 subjek penelitian kelompok psikoterapi, 3 diantaranya terpaksa dikeluarkan dari penelitian karena yang 1 tidak melanjutkan terapi pada akhir minggu ke 3, yang 1 ternyata termasuk penyalahguna obat, dan yang 1 lagi minta diberi obat anxiolitik. Dari 35 subjek penelitian kelompok kombinasi, 4 subjek di antaranya dikeluarkan dari penelitian karena 2 subjek tidak melanjutkan terapi (tanpa alasan), dan 2 yang lainnya ada tanda dan gejala penderita psikosis. Dengan demikian subjek penelitian yang dikeluarkan dari penelitian ada 7 (10,00%), sisanya ada 63 (90,00%) dapat menjalani terapi sampai penelitian selesai. Dari 63 subjek penelitian yang ada, 32 (50,79%) masuk ke dalam kelompok psikoterapi, 31 (49,21%) kelompok kombinasi. Umur subjek penelitian berkisar dari 14 - 45 tahun, dengan rata-rata umur 30 tahun. Jenis kelamin subjek penelitian 23 (36,51%) orang laki-laki, dan 40 (63,49%) perempuan, dengan demikian perbandingan laki-laki dan perempuan 1 : 2. Sebagian besar pendidikan subjek penelitian mencapai SLTA, yaitu ada 37 (58,73%), sisanya SLTP ada 18 (28,58%) dan yang mencapai perguruan tinggi ada 8 (12,69%). Sebagian besar subjek penelitian tidak atau belum bekerja, yaitu ada 33 (52,39%), yang lain bekerja sebagai buruh ada 14 (22,22%), wiraswasta ada 6 (9,52%), dan sisanya 10 (15,87%) bekerja sebagai

pegawai negeri sipil. Sebagian besar subjek penelitian beragama Islam, yaitu ada 53 (84,13%), dan sisanya beragama Kristen atau Katolik ada 10 (15,87%).

Diagnosis dan lama sakit. Diagnosis subjek penelitian sebagian besar menderita gangguan fobik, yaitu ada 31 (49,21%), selanjutnya gangguan panik ada 19 (30,16%), dan sisanya gangguan cemas umum ada 13 (20,63%). Lama sakit penderita berkisar antara 1-48 minggu, dengan rata-rata menderita sakit 26 minggu, dengan catatan bahwa lama sakit yang dilaporkan subjek penelitian disini adalah lama waktu penderita merasa mengalami adanya gangguan baik fisik, mental dan sosialnya, jadi bukan lama sakit yang sebenarnya (biasanya sudah tidak ingat betul kapan mulai cemas).

Kebohongan dan kecemasan. Pada umumnya skor kebohongan subjek penelitian termasuk rendah, berkisar antara 3-6 (skala L-MMPI), dengan rata-rata skor 5,2. Sebelum menjalani terapi, skor kecemasan subjek penelitian termasuk tinggi (skor T-MAS-0), berkisar antara 23-42, dengan rata-rata 27,67. Untuk kelompok psikoterapi rata-rata skor kecemasan awal 28,25 dan kelompok kombinasi 26,74. Rata-rata skor kecemasan kedua kelompok penelitian tersebut ternyata tidak berbeda secara bermakna ($t_1 = 0,21$; $t_2 = 1,37$ $p > 0,05$).

Perbandingan keefektifan terapi. Pada evaluasi terhadap keefektifan terapi (perlakuan) pada minggu pertama, yaitu

dengan membandingkan rata-rata skor kecemasan pada kedua kelompok penelitian (T-MAS-1), didapatkan skor kelompok kombinasi (19,81) dan kelompok psikoterapi (26,59). Perbedaan rata-rata skor kecemasan pada pengobatan 1 minggu pertama antara kelompok psikoterapi dan kombinasi ($t_1 = 9,77$ $p < 0,01$). Rata-rata skor kecemasan kelompok kombinasi ternyata telah mencapai dibawah nilai batas untuk skor kecemasan (22). Hasil ini membuktikan bahwa pengobatan kombinasi psikoterapi dan alprazolam sudah mulai efektif dalam menurunkan skor kecemasan secara bermakna mulai minggu pertama pengobatan. Hasil tersebut berbeda dengan penelitian sebelumnya yang melaporkan penurunan skor kecemasan dengan pengobatan alprazolam secara bermakna terjadi dalam minggu kedua. Dengan cara serupa, dapat dibandingkan skor rata-rata kecemasan kedua kelompok penelitian pada minggu kedua (T-MAS-2), ternyata skor kelompok kombinasi (16,09) dan kelompok psikoterapi (25,53). Kedua rata-rata skor tersebut ternyata berbeda secara sangat bermakna ($t_2 = 14,65$ $p < 0,01$). Ini berarti kedua jenis perlakuan tersebut mempunyai perbedaan efektivitas secara sangat bermakna dalam menurunkan skor kecemasan pada 2 minggu pengobatan. Evaluasi terhadap skor kecemasan subjek penelitian pada 3 minggu pengobatan (T-MAS-3), didapatkan hasil serupa, yaitu skor rata-rata pada kelompok kombinasi (12,29) dan ke-

kelompok psikoterapi (23,25), dan keduanya ternyata berbeda secara sangat bermakna ($t_3 = 23,85$ $p < 0,01$). Ini berarti sampai pengobatan minggu ketiga masih ada perbedaan efektivitas yang sangat bermakna dalam menurunkan skor kecemasan dari kedua kelompok pengobatan. Evaluasi terhadap skor kecemasan subjek penelitian pada 4 minggu pengobatan (T-MAS-4) menunjukkan bahwa skor rata-rata kecemasan pada kelompok kombinasi (8,77) dan pada kelompok psikoterapi (17,78). Keduanya ternyata mempunyai perbedaan yang sangat bermakna ($t_4 = 19,68$ $p < 0,01$). Ini berarti dalam 4 minggu pengobatan masih terdapat perbedaan efektivitas dalam menurunkan skor kecemasan dari kedua kelompok pengobatan. Walaupun demikian terlihat skor rata-rata kecemasan kelompok psikoterapi sudah mencapai di bawah nilai batas skor kecemasan (22). Ini berarti psikoterapi secara sangat bermakna

efektif dalam menurunkan skor kecemasan terjadi setelah 4 minggu pengobatan.

SIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian dan bahasan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek secara klinik dan statistik dapat menurunkan skor kecemasan pada minggu ke empat pengobatan. Terapi kombinasi psikoterapi dan terapi psikofarmaka (alpra-zolam) secara klinik dan statistik dapat menurunkan skor kecemasan pada minggu pertama pengobatan.

Dari hasil penelitian ini disarankan untuk mengurangi risiko ketergantungan obat anxiolitikum maka pengobatan gangguan anxietas diutamakan menggunakan pendekatan psiko-edukatif dan menghindari pemberian anxiolitikum tunggal. Apabila diperlukan anxiolitikum, maka pemberiannya dikombinasikan dengan psikoterapi.

DAFTAR RUJUKAN

Achte, K., Tamminen, T., & Laaksonen, R. (1989). *Many Faces of Panic Disorder, Clinical Psychopathology Symposium*. Finland: World Psychiatric Association

Aris Sudiyanto (1998). *Gangguan Seksual dan Perilaku Remaja akibat Narkoba*. Surakarta: Bagian Psikiatri FK UNS/RS.Dr.Moewardi

_____. (1999). *Perbandingan Efektivitas Terapeutik Psikoterapi dan Farmakoterapi Untuk Menurunkan Skor Kecemasan*, Surakarta: Bagian Psikiatri FK UNS/RS.Dr. Moewardi

Ebert, M. H., Loosen, P. T., & Nurcombe, B. (2000). *Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry*. New York: Lange Medical Books

- Elvira, S.D. (1998). Transferensi dan Kontratransferensi, *Jiwa* 2: 95-7.
- Frances, A. (1998). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV*, Washington: American Psychiatric Association
- Greenblatt, D.J., Moltke, L.L., Harmatz, J.S., Ciraulo, D.A., & Shader, R. I. (1993).
- Alprazolam Pharmacokinetics, Metabolism, and Plasma Levels: Clinical Implications, *J Clin Psychiatry*. 54: 10 Suppl. 4-11.
- Gunarso, S.D. (1996). *Konseling dan Psikoterapi*, PT. BPK. Jakarta: Gunung Mulia
- Hardiman, A. (1988). Stres dan Upaya Penanggulangannya, *Jiwa*, 1:1-10.
- Irawan, E. (1988). Induksi Panik dengan Natrium Laktat. *Jiwa*, 2: 59-64.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins
- _____. (1993). *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins
- _____. (1996). *Synopsis of Psychiatry VII*, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Mangoendiwirjo, D. (1982). Kecemasan dalam Hubungannya dengan Kehidupan Seksual dan Orang tua. *Jiwa* 4: 55-68.
- Muljohardjo, H. (1982). Kecemasan dalam Praktek Sehari-hari, *Jiwa*, 4: 43-54.
- Pedersen, V. (2002). *Psychotropics 2002/2003*, Allerod: Lunbeck Institute
- Prawirohusudo, S. (1988). Mianserin dan Kecemasan, *Symposium Neurotransmitter*, Ujung Pandang: Kongres Nasional I IDAJI
- Rimcus, J. H. & Jucker, G. (2003). *Behavioral Neurology*, 4th Ed., New York: Oxford University Press
- Rusdi Maslim (2001). *Penggunaan Klinis Obat Psikotropik*, Jakarta.
- Sapri, T.A. (1988). Kaitan antara Stresor Psikososial pada Penderita Neurosis Cemas Suku Sunda Cisalengka dengan Adat Istiadat Sunda. *Jiwa*, 1:11- 16.
- Setyonegoro, K. & Iskandar, Y. (1980). *Anxietas: Pendekatan Klinik, Biokimia, dan Farmakologi*. Jakarta: Yayasan Dharma Graha
- Setyonegoro, K., Yul Iskandar, Salan, R., & Musadik, K. (1984). *Obat-obat yang Dipakai Dibidang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Yayasan Dharma Graha.

Wicaksono, I. (1992). *Anxietas pada Wartawan Anggota PWI Cabang Yogyakarta*, Yogyakarta: Fakultas Kedokteran UGM

Pegangan Dokter. Jakarta: Yayasan Dharma Graha

McDonald, H. (1982). *Kepercayaan dalam Perilaku Sosial dan Organisasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Petersen, J. (2002). *Psychological Health and Well-being*. London: Harlow.

Lawton, L. V. (1988). *Menstrual Health and Well-being*. London: Harlow.

Komari, H. & Jucker, G. (2003). *Psychological Health and Well-being*. London: Harlow.

Radi, M. (2004). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Saputra, A. (1988). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

rosas Cemas dan Kesehatan Mental. *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Senonegoro, K. & Iskandar, Y. (1980). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Muskar, K. (1984). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Senonegoro, K. & Iskandar, Y. (1980). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Muskar, K. (1984). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Frances, A. (1992). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV*. Washington: American Psychiatric Association.

O'Connor, D. & Moller, H. (1998). *Psychological Health and Well-being*. London: Harlow.

Lawton, L. V. (1988). *Menstrual Health and Well-being*. London: Harlow.

Gunawan, D. (1998). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Radman, A. (1988). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Lawton, L. V. (1988). *Menstrual Health and Well-being*. London: Harlow.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Senonegoro, K. & Iskandar, Y. (1980). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Muskar, K. (1984). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Senonegoro, K. & Iskandar, Y. (1980). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Muskar, K. (1984). *Kepercayaan dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.