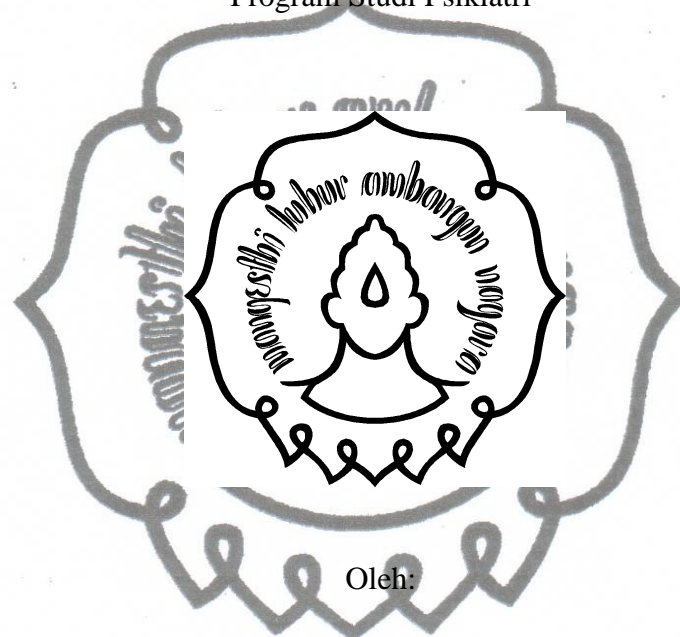


Keefektifan Hipnoterapi Terhadap Penurunan Derajat Kecemasan dan
Gatal Pasien Liken Simpleks Kronik Di Poliklinik Penyakit Kulit Dan
Kelamin RSDM Surakarta

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Gelar Dokter Spesialis

Program Studi Psikiatri



Oleh:

Romy Novrizal

S.5707004

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I PSIKIATRI

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SEBELAS

MARET SURAKARTA

2010

commit to user

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan hasil penelitian ini dapat terlaksana.

Penelitian dengan judul “Keefektifan Hipnoterapi Terhadap Penurunan Derajat Kecemasan dan Gatal Pasien Liken Simpleks Kronik Di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSDM Surakarta” dilakukan karena banyak penelitian yang memperlihatkan bahwa hubungan antara kecemasan dan gatal adalah kompleks dan multifaktorial. Penyakit kulit Liken simpleks kronik dapat menimbulkan masalah yang luas dan kompleks, baik dari sudut medik, maupun psikososial. Perlu penatalaksanaan yang holistik dalam terapi penyakit kulit yang berkaitan dengan masalah psikologis. Banyak literatur yang menyatakan bahwa penyakit kulit berhubungan dengan masalah psikologis salah satu diantaranya adalah Liken Simpleks Kronik. Intervensi psikiatri telah banyak dilakukan terutama masalah hipnoterapi dengan dermatologi, hal ini telah banyak dilakukan uji klinis baik di Indonesia maupun di Negara Barat. Hipnoterapi merupakan suatu pengobatan komplementer yang dapat memperbaiki atau menyembuhkan suatu gangguan pada kulit. Beberapa kasus Liken Simpleks Kronik dengan Hipnoterapi sebagai suatu terapi alternatif dengan lamanya *follow up* sampai empat tahun. Hipnosis bisa bermanfaat sebagai suatu ilmu pengobatan komplementer atau bahkan alternatif untuk Liken Simpleks Kronik.

Penelitian ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar dokter spesialis Program Studi Psikiatri dalam kurikulum Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Pada kesempatan ini penyusun mengucapkan penghargaan yang tulus dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang kami hormati :

1. Prof. Dr. H. M. Syamsulhadi, dr. SpKJ (K) selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta, yang telah membimbing dan memberikan pengarahan dalam penyusunan tugas

commit to user

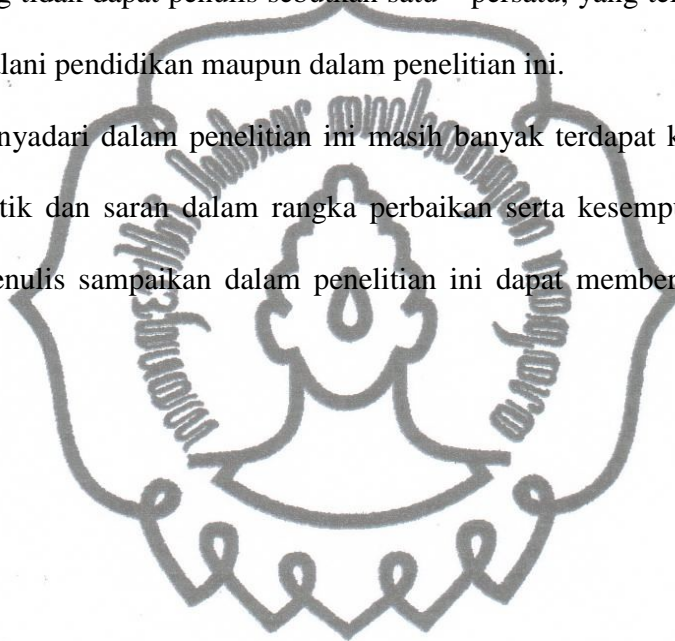
penelitian ini, serta memberikan kemudahan kepada penulis dalam melaksanakan pendidikan PPDS 1 Psikiatri FK Universitas Sebelas Maret Surakarta.

2. Prof. Dr. H. A. A. Subiyanto, dr, MS, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta atas kritik dan masukannya dalam penelitian ini, serta memberikan kemudahan dan dukungan selama penulis menjalani PPDS 1 FK Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. Prof. Em. H. Ibrahim Nuhriawangsa, dr. SpS., SpKJ (K), selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan mengarahkan penulis dalam menyusun hasil penelitian ini, dan terutama sekali sebagai inspirator sehingga penulis mengajukan penelitian bertema psikoterapi
4. Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr. SpKJ (K) selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan mengarahkan penulis dalam menyusun hasil penelitian ini, dan terutama sekali sebagai inspirator sehingga penulis mengajukan penelitian bertema psikoterapi.
5. Prasetyadi Mawardi, dr. SpKK selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan mengarahkan penulis dalam menyusun hasil penelitian ini, dan terutama sekali sebagai inspirator sehingga penulis mengajukan penelitian Psikiatri di bidang Ilmu Penyakit kulit dan kelamin.
6. Basoeki Sutarjo, drg, selaku Direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang telah memberikan ijin dalam pelaksanaan penelitian ini.
7. Prof. Dr. JB. Suparyatmo, dr, SpPK(K) selaku Ketua Panitia Kelaikan Etik Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Sebelas Maret, RSUD Moewardi Surakarta yang telah memberikan kelaikan etik pada penelitian ini.

8. Prof. Dr. H. M. Fanani, dr. SpKJ (K) selaku Guru Besar dan Ketua Program Studi Psikiatri FK UNS Surakarta yang telah membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyusun hasil penelitian ini.
9. Hj. Mardiatmi Susilohati, dr. SpKJ (K), selaku Kepala Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang telah memfasilitasi dan memberikan izin, bimbingan dan dukungan dalam penelitian ini.
10. Seluruh Staf Pengajar Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD Dr. Moewardi Surakarta, yang telah memberi dorongan, membimbing, dan memberikan bantuan dalam segala bentuk pada penelitian ini :
 - a. H. Yusvick M. Hadin, dr. SpKJ
 - b. Hj. Machmuroh, Dra. Msi
 - c. H. Joko Suwito, dr. SpKJ
 - d. Gst. Ayu Maharatih, dr. SpKJ, M.Kes
 - e. IGB. Indro Nugroho, dr. SpKJ.
11. Terimakasih yang sebesar-besarnya kepada H.Akbar Zulkifli Ozman, dr. SpKJ, M.Kes, Jalaluddin Yusuf, dr. SpKJ, M.Kes, CH,CHt, Anis Sukandar, dr. SpKJ, Mayor (CKM) Bagus Sulistiyo Budi, dr. SpKJ, M.Kes, Celestinus Eigya Munthe, dr. SpKJ, M.Kes, atas segala bimbingan dan dorongannya selama ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
12. Seluruh rekan residen PPDS I Psikiatri Residen Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil kepada penulis baik dalam penelitian ini maupun selama menjalani pendidikan.

13. Kepada yang tercinta ayahanda Almarhum dr. H Sudiby H.P., Sp.An.K.IC dan ibunda dr Hj Netty B. Sudiby, isteriku Devi Suryaningrum dan puteri-puteraku terkasih: Rovita Nuurramadhani dan Rozaqy Athallah Meirizal yang memberikan semangat, dorongan, pengertian serta doa pada penulis baik dalam menjalani pendidikan maupun dalam penelitian ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu – persatu, yang telah membantu penulis baik dalam menjalani pendidikan maupun dalam penelitian ini.

Penyusun menyadari dalam penelitian ini masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu penyusun mohon kritik dan saran dalam rangka perbaikan serta kesempurnaan penelitian ini. Semoga apa yang penulis sampaikan dalam penelitian ini dapat memberikan manfaat banyak pihak, amin.



Surakarta, Juli 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
PERNYATAAN	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR, SKEMA, TABEL DAN GRAFIK	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN KATA	xv
ABSTRAK	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II LANDASAN TEORI	5
A. Tinjauan Pustaka	5
1. Liken Simpleks Kronik	5
1.1. Penyebab	6
1.2. Gejala Klinis	7
1.3. Kriteria Diagnosis	7
1.4. Penemuan Klinis	7
1.5. Pengobatan	8
2. Gatal dan Skor Gatal(<i>Pruritic Score</i>)	9
2.1. Klasifikasi Klinis Gatal	9
2.2. Patofisiologi Gatal	10
2.3. Skor Gatal	10
3. Kecemasan	12
3.1. Pengertian Kecemasan	12

3.2. Sejarah Kecemasan	14
3.3. Epidemiologi.....	15
3.4. Gejala dan Diagnosis	16
3.5. Patologi Kecemasan	16
3.6. Instrumen Kecemasan	23
4. Hipnoterapi	24
4.1. Teori Hipnosis	25
4.2. Tehnik Hipnosis.....	28
4.3. Indikasi Hipnosis	39
4.4. Kontraindikasi Hipnosis	41
5. Hubungan Liken Simpleks Kronik dengan Kecemasan	41
6. Hubungan Hipnoterapi dengan Liken Simpleks Kronik ...	44
7. Hubungan Hipnoterapi dengan Kecemasan	45
B. Kerangka pikir	47
C. Hipotesis	50
BAB III METODE PENELITIAN	51
A. Jenis Penelitian	51
B. Tempat dan Waktu Penelitian	51
C. Populasi dan Sampel	51
D. Kriteria Inklusi	52
E. Kriteria Eksklusi	52
F. Variabel-variabel Penelitian.....	52
G. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	53
H. Teknik Pengumpulan Data	55
I. Jadwal Penelitian	56
J. Teknik Analisis Data	58
K. Alur Prosedur Penelitian	58
BAB IV HASIL PENELITIAN	59
BAB V PEMBAHASAN	64
BAB VI KESIMPULAN	68

commit to user

KEPUSTAKAAN 70

LAMPIRAN



commit to user

**KEEFEKTIFAN HIPNOTERAPI TERHADAP PENURUNAN DERAJAT
KECEMASAN DAN GATAL PASIEN LIKEN SIMPLEKS KRONIK DI
POLIKLINIK PENYAKIT KULIT DAN KELAMIN RSDM SURAKARTA**

By : ROMY NOVRIZAL

ABSTRACT

Background: Many studies found that anxiety is very common in patient with *chronic lichen simplex*. In *chronic lichen simplex* treatment, multidisciplinary approach is very important. *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) and Reality Therapy are effective for mean while there is a few another psychosocial intervention researches, for example; hypnotherapy.

Objective: This study is aimed to know about the efficacy of hypnotherapy for anxiety and pruritic intensity in patients with *chronic lichen simplex*.

Methods: This study used randomized experimental pretest-post-test control group design. The subjects of study are patients with *chronic lichen simplex* who have underwent therapy in the Dermato Venerology of Dr. Moewardi Hospital, and meet inclusion and exclusion criteria of study. Taking samples with purposive sampling technique. The instruments of study used are Lie-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (L-MMPI), *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS), and *Pruritic Score*. Statistical Analysis was conducted using SPSS version 17.0 program. Statistic analyses used were t-test, Chi Square and Pearson Correlation test, with the significance limit of 5%.

Results: The result of data analysis showed that there are statistically significant in difference efficacy for decreasing of TMAS (t test = 2.251, $p= 0.031$) and Pruritic Score (t test = 4.870, $p= 0.000$) between hypnotherapy and control group.

Conclusion: This study conclude that hypnotherapy are effective for decreasing both anxiety and pruritic intensity in patients with *Chronic lichen simplex*.

Keywords : *Chronic Lichen simplex* – Hypnotherapy – Anxiety - Itch

Tugas akhir PPDS-1 Psikiatri Fakultas Kedokteran UNS Surakarta

Peserta PPDS-1 Psikiatri Fakultas Kedokteran UNS Surakarta.

commit to user

KEEFEKTIFAN HIPNOTERAPI TERHADAP PENURUNAN DERAJAT KECEMASAN DAN GATAL PASIEN LIKEN SIMPLEKS KRONIK DI POLIKLINIK PENYAKIT KULIT DAN KELAMIN RSDM SURAKARTA

Oleh : ROMY NOVRIZAL

ABSTRAK

Latar Belakang: Banyak penelitian mendapatkan bahwa kecemasan umumnya terjadi pada pasien dengan liken simpleks kronik. Pada pengobatan liken simpleks kronik, pendekatan multi disiplin sangat penting. Kognitif behavioral terapi dan terapi realitas efektif disamping itu masih ada beberapa intervensi psikososial lain yang diteliti contohnya hipnoterapi.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan hipnoterapi untuk kecemasan dan intensitas gatal pada pasien dengan liken simpleks kronik.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain eksperimental *randomized pretest-post-test control group design*. Subjek penelitian adalah pasien liken simpleks kronik yang menjalani pengobatan di poliklinik kulit dan kelamin RS Dr Moewardi, dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Pengambilan sampel dengan tehnik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Lie-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (L-MMPI)*, *The Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)* dan Skor gatal. Analisis statistik menggunakan program SPSS versi 17.0. Analisis statistik yang digunakan adalah uji t, chi kuadrat dan korelasi pearson dengan batas kemaknaan 5%.

Hasil: Hasil analisis data menunjukkan bahwa ada kemaknaan statistik pada perbedaan keefektifan dalam menurunkan TMAS (uji t = 2,251, $p= 0,031$) dan skor gatal (uji t =8,70, $p= 0,000$) antara kelompok hipnoterapi dan kontrol.

Kesimpulan: Kesimpulan penelitian ini adalah hipnoterapi efektif untuk menurunkan derajat kecemasan dan gatal pada pasien dengan liken simpleks kronik

Kata kunci : Liken simpleks kronik – Hipnoterapi- Kecemasan- gatal

*Tugas akhir PPDS-1 Psikiatri Fakultas Kedokteran UNS Surakarta

**Peserta PPDS-1 Psikiatri Fakultas Kedokteran UNS Surakarta.

commit to user

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit kulit Liken Simpleks Kronik dapat menimbulkan masalah yang luas dan kompleks, baik dari sudut medik, maupun psikososial. Perlu penatalaksanaan yang holistik dalam terapi penyakit kulit yang berkaitan dengan masalah psikologis. Banyak literatur yang menyatakan bahwa penyakit kulit berhubungan dengan masalah psikologis salah satu diantaranya adalah Liken Simpleks Kronik (Misery *et al.*, 2008).

Liken Simpleks Kronik merupakan penebalan kulit dengan berbagai ukuran yang timbul sekunder akibat garukan atau gesekan, sehingga seseorang merasakan gatal pada daerah kulit tertentu (dengan atau tanpa patologi yang mendasari) dan mengakibatkan trauma mekanis pada titik likenifikasi (Lynch, 2004).

Prevalensi Liken Simpleks Kronik secara pasti belum diketahui, tetapi diperkirakan 0,5% dari populasi umum di Negara Barat (Lynch, 2004).

Faktor psikologis yang berperan dalam kekambuhan Liken Simpleks Kronik salah satunya adalah kecemasan. Liken Simpleks Kronik adalah suatu istilah yang biasanya digunakan bergantian dengan neurodermatitis, hal tersebut menunjukkan adanya peran kecemasan atau obsesi sebagai bagian dari proses patologi berkembangnya lesi (Woodruff *et al.*, 1997).

Kecemasan sering terjadi pada berbagai kelainan kulit, sehingga pasien penyakit kulit dengan gangguan psikologis yang bermakna perlu kerjasama dengan psikiater. Adanya penyakit kulit yang tidak sesuai proporsi penyakit kulit menandakan adanya kemungkinan latar belakang masalah psikologis (Woodruff *et al.*,1997).

Selain masalah psikologis yang berperan didalam penanganan Liken Simpleks Kronik, tentunya penatalaksanaan Liken Simpleks Kronik menekankan menggunakan terapi obat kulit, yang pada dasarnya pengobatan utama Liken Simpleks Kronik adalah berhenti menggaruk kulit. Hal ini dapat meliputi konseling pentingnya untuk tidak menggaruk, menangani stres, dan modifikasi perilaku. Gatal-gatal dan inflamasi dapat diobati dengan losion atau krim steroid yang dioleskan pada kulit yang terkena. Salep pengelupas, seperti yang mengandung asam salisilat, dapat digunakan pada lesi menebal. Sabun atau losion yang mengandung tar batu bara dapat digunakan untuk melindungi daerah lesi dengan atau tanpa krem medikasi. Untuk perbaikan dibutuhkan waktu seminggu atau lebih. Antihistamin, sedatif, atau obat penenang mungkin diperlukan untuk mengurangi gatal dan stres. Steroid dapat disuntikkan langsung ke dalam lesi untuk mengurangi gatal dan peradangan. Pasien yang mempunyai komponen emosional pada Liken Simpleks Kronik membutuhkan anti depresan dan obat penenang. Selain penggunaan atau penatalaksanaan psikologis dan terapi obat kulit, perlu dipikirkan terapi lainnya untuk menunjang perbaikan klinis pasien-pasien Liken Simpleks Kronik (Brannon, 2009).

Bidang psikiatri dapat membantu penatalaksanaan penyakit kulit dengan karakteristik sebagai berikut: (Woodruff *et al.*,1997).

- 1) Pada kekambuhan penyakit kulit kronis sebelumnya.
- 2) Gejala lesi yang berlebihan
- 3) Dermatologi bukan penyakit.
- 4) Garukan tanpa tanda fisik, yang paling umum pada dermatologi dan kekambuhan pada penyakit kulit kronik.

Intervensi psikiatri telah banyak dilakukan terutama masalah hipnoterapi dengan dermatologi, hal ini telah banyak dilakukan uji klinis baik di Indonesia maupun di Negara Barat (Wylor-Herperet *al.*,1994; Kaplan&Sadock, 2004).

Hipnoterapi merupakan suatu pengobatan komplementer yang dapat memperbaiki atau menyembuhkan suatu gangguan pada kulit (Shenefelt, 2000). Beberapa kasus Liken Simpleks Kronik dengan Hipnoterapi sebagai suatu terapi alternatif dengan lamanya *follow up* sampai empat tahun. Hipnosis bisa bermanfaat sebagai suatu ilmu pengobatan komplementer atau bahkan alternatif untuk Liken Simpleks Kronik(Peterfy, 1973;Lehman, 1978; Wylor-Herperet *al.*, 1994).

B. Rumusan Masalah

Berdasar latar belakang permasalahan tersebut di atas, maka masalah dari penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut : Apakah hipnoterapi efektif untuk penurunan derajat kecemasan dan gatal pasien Liken Simpleks Kronik di Poliklinik Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSDM Surakarta ?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk membuktikan keefektifan hipnoterapi terhadap penurunan derajat kecemasan pasien Liken Simpleks Kronik
2. Untuk membuktikan keefektifan hipnoterapi terhadap penurunan derajat gatal pasien Liken Simpleks Kronik.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis :
 - a. Memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang Hipnoterapi dan kecemasan pasien Liken Simpleks Kronik.
 - b. Dapat menjadi landasan penelitian lanjutan tentang Hipnoterapi dan kecemasan pasien Liken Simpleks Kronik.
2. Manfaat praktis :
 - a. Sebagai terapi tambahan di bidang *Liaison Psychiatry* dalam penanganan Liken Simpleks Kronik.
 - b. Implikasi hasil penelitian dapat digunakan sebagai prosedur baku (*Standart Operational Procedure/SOP*) dalam penatalaksanaan pasien Liken Simpleks Kronik dengan kecemasan secara holistik.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. LIKEN SIMPLEKS KRONIK

Liken Simpleks Kronik (Dermatitis Garukan Terlokalisir, Neurodermatitis) adalah suatu peradangan menahun pada lapisan kulit paling atas yang menimbulkan rasa gatal. Penyakit ini menyebabkan bercak-bercak penebalan kulit yang kering, bersisik dan berwarna lebih gelap, dengan bentuk lonjong atau tidak beraturan. Biasanya terdapat pada orang dewasa, dan biasa mengakibatkan satu atau berbagai macam lesi kulit. Rangsangan menggaruk dapat tidak diketahui, bisa juga karena stres atau gangguan cemas (Wallengen, 2004). Dapat terjadi rasa gatal yang sangat hebat pada kulit, sering terletak pada tengkuk, lipatan leher, kulit kepala, bahu, pergelangan kaki dan tangan atau sendi engsel kaki, bagian tertentu daerah kelamin (Lynch, 2004; Wallengen, 2004). Dapat berefek timbulnya penipisan pada kulit, sering muncul sebagai kumpulan papul-papul kecil yang jelas (*bumps*). Tanda di kulit semakin terlihat dan rambut sering patah. Warna lebih gelap atau terkadang pucat dibandingkan kulit sekitarnya. Liken Simpleks Kronik cenderung sering menetap, dan kembali kambuh walaupun awalnya dapat diobati dengan efektif. Wanita lebih sering menderita Liken Simpleks Kronik dibanding laki-laki, dan kondisi ini sering terjadi pada

commit to user

orang usia 20-60(Lynch, 2004;Wallengen, 2004;Pleimes, 2009). Stres dapat membuat kambuh gejala Liken Simpleks Kronik (Woodruff *et al.*, 1997).

1.1 PENYEBAB

Liken Simpleks Kronik bisa terjadi sebagai akibat sesuatu (misalnya baju) yang bersentuhan dengan kulit atau mengiritasi kulit sehingga seseorang menggaruk-garuk daerah tersebut. Sebagai akibat dari iritasi menahun akan terjadi penebalan kulit. Kulit yang menebal ini menimbulkan rasa gatal sehingga merangsang penggarukan yang akan semakin mempertebal kulit. Penyakit ini menimbulkan warna kecoklatan pada daerah yang terkena. Penyakit ini biasanya berhubungan dengan:

- a) Dermatitis atopik
- b) Psoriasis
- c) Kecemasan, depresi ataupun gangguan psikis lainnya (Woodruff *et al.*, 1997;Lynch, 2004; Wallengen, 2004).

Hubungan antara Liken Simpleks Kronik dan dermatitis atopik telah dilaporkan, berkisar antara sekitar 26 persen sampai 75 persen (Fehr, 2000,Lynch, 2004, Wallengen, 2004). Faktor lingkungan memberi dampak dalam menyebabkan gatal, seperti panas, keringat, dan iritasi yang berhubungan dengan Liken Simpleks Kronik anogenital (Lynch, 2004). Adanya faktor emosional atau psikologis pada pasien dengan Liken Simpleks Kronik telah disinggung dalam literatur. Apakah faktor emosional ini akibat dari penyakit dermatologis utamanya, atau apakah mereka penyebab utama atau kausatif (mengubah persepsi tentang gatal) masih tidak jelas. Telah didalilkan bahwa neurotransmitter yang

mempengaruhi mood, seperti dopamin, serotonin, atau peptida opioid, mengatur persepsi gatal melalui jalur spinal menurun (Wallengen, 2004).

1.2 GEJALA KLINIS

Pada stadium awal, kulit tampak normal tetapi terasa gatal. Selanjutnya timbul bercak-bercak bersisik, kering dan berwarna lebih gelap sebagai akibat dari penggarukan dan penggosokan (Yospipovitchet *al.*,2003., Lynch, 2004).

1.3.KRITERIA DIAGNOSIS

Yang penting untuk menegakkan diagnosis adalah: (Lyell,1991).

- a) Likenifikasi, tidak berbatas tegas, mengelupas, sering plak pruritik berwarna ungu muda.
- b) Bagian tubuh yang selalu dapat dicapai oleh jari pasien.
- c) Sering terdapat bekas gosokan atau garukan dalam jangka waktu lama.
- d) Kepribadian obsesi.

1.4.PENEMUAN KLINIS

Patch atau *patches* yang terlokalisir dan sering berwarna merah jambu atau ungu, hiperpigmentasi, kulit yang terkelupas tercampur dengan dengan kulit normal disekitarnya. Likenifikasi(eksagerasi dari kulit normal yang ditandai kulit yang hampir pucat dan permukaan halus) ini paling baik dilihat pada lesi awal atau pada batas lesi yang lebih lama dan menetap.Tanda garukan biasanya minimal karena pasien belajar untuk menghindari dengan menggosok daripada menggaruk kulit. Lesi dapat tunggal atau multipel dan tersebar, tetapi mereka selalu masih dalam jangkauan jari: tidak ada daerah kulit yang dapat dicapai oleh pasien yang

terbebas dari garukan. Area yang umum adalah belakang leher, permukaan ekstensor dari siku, permukaan fleksor pergelangan tangan, tungkai kaki, region anogenital, lubang telinga luar, telapak tangan dan kaki dimana diagnosis yang benar sering terlewati (Lyell, 1991). Riwayat gatal yang parah adalah ciri dari Liken Simpleks Kronik. Gatalnya dapat berkala, terus-menerus, atau tak tentu. Menggosok dan menggaruk mungkin disadari dan langsung untuk menggantikan sensasi gatal dengan nyeri, atau mungkin tidak disadari, terjadi saat tidur. Parahnya gatal diperburuk dengan keringat, panas, atau iritasi dari pakaian. Gatal juga diperburuk pada saat penderitaan psikologis (Lynch, 2004).

1.5.PENGOBATAN

Penatalaksanaan ditujukan untuk mengganggu siklus gatal-garuk. Penyebab sistemik gatal harus diketahui dan ditentukan. Dalam kedua kondisi, penatalaksanaan lini pertama untuk mengendalikan gatal termasuk steroid topikal poten, sebaiknya dibebat tertutup, seperti juga dengan preparat anti inflamasi non-steroid seperti mentol, fenol, atau pramoksin. Emolien (pelembab) adalah tambahan yang penting. Steroid intra lesi bermanfaat, seperti triamsinolon asetonid, diberikan dalam berbagai konsentrasi menurut ketebalan lempengan atau nodul. Antihistamin sedatif, seperti hidoksizin, atau antidepresan trisiklik, seperti doksepin, dapat digunakan untuk meniadakan gatal waktu malam. *Selective serotonin reuptake inhibitor* (penghambat ambilan kembali selektif serotonin) telah direkomendasikan untuk bebas dari pruritus di siang hari atau pada pasien dengan gangguan obsesif-kompulsif (Lynch, 2004).

2.GATAL DAN SKOR GATAL

2.1. Klasifikasi Klinis Gatal

Berdasarkan pengertian sumber gatal perifer dan sentral, Twycross dkk mengajukan klasifikasi klinis terdiri dari empat kategori gatal (Yospipovitch *et al.*, 2003).

2.1.1 Gatal pruritoseptif

Rasa gatal yang dimulai dari kulit, berkaitan dengan inflamasi, kekeringan atau kerusakan kulit disebut pruritoseptif dan ditransmisi oleh serabut saraf C.

2.1.2 Gatal neuropati

Rasa gatal timbul karena penyakit berlokasi di sepanjang alur aferen serabut saraf, disebut dengan gatal neuropati. Neuropati paska herpes zoster dan gatal yang berkaitan dengan multipel sklerosis serta tumor otak termasuk dalam kategori gatal neuropati.

2.1.3 Gatal neurogenik

Gatal neurogenik adalah gatal yang berasal dari sentral tanpa bukti adanya kelainan saraf, misalnya gatal pada kolestasis, gatal-gatal berkaitan dengan kerja neuropeptida opioid pada reseptor i-opioid.

2.1.4 Gatal psikogenik

Tipe keempat adalah gatal psikogenik, misal fase delusi pada parasitofobia. Klasifikasi ini secara klinis relevan dan informatif untuk membahas patomekanisme dari pruritus, juga menjelaskan peran susunan saraf pusat dalam mengatur sinyal rasa gatal dan penyebab rasa gatal.

2.2. Patofisiologi Gatal

Gatal dipicu oleh berbagai rangsang, yaitu goresan ringan, getaran dan pakaian sintetis, hal ini merangsang pelepasan substansi P. Substansi P mengaktifkan sel mast yang ada di kulit. Sel mast melepaskan histamin yang menyebabkan gatal dan zat lain seperti tumor nekrosis faktor α (TNF α) dan triptase (Greaves, 2003). Pruritogen adalah stimulus mekanis atau kimia yang menimbulkan serangkaian peristiwa yang menimbulkan rasa gatal. Faktor eksogen dan endogen yang dilepaskan oleh sel imun, sel epitel dan sel endotel menginduksi aktivasi jalur sinyal dari perifer melalui akar ganglia dorsal dan medula spinalis ke sistem saraf pusat. Aktivasi area spesifik di SSP (*Nukleus thalamus ventro medial*) menghasilkan persepsi gatal dan memunculkan respon menggaruk dengan mekanisme reflek aksion langsung, ujung saraf sensorik melepaskan neuro peptid yang akan memperberat respon gatal dengan menstimulasi pelepasan mediator pruritogen dari sel mast, sel endotel, dan sel epitel (Stenhoff *et al.*, 2006; Toomey&Biddle, 2007). Di sini kortisol berlebihan selama waktu yang lama akibat stres menahun dapat mengacaukan regulasi sistem-imun yang sangat ruwet. Misalnya, rasio jumlah sel T-helper dan T-supresor bisa berubah sehingga dapat mencetuskan suatu penyakit auto-imun. Bila masalah tidak terpecahkan akhirnya akan terjadi kerusakan pada jaringan otot, saraf dan penurunan fungsi sistem-imun (Dahroji, 2009).

2.3. Skor Gatal

Beratnya gatal/pruritus dapat diukur menggunakan satu metode yang diutarakan oleh Duo dan dimodifikasi oleh Mettang dkk dan dilanjutkan oleh

Balaskas dkk. Metode ini berdasarkan pada kriteria seperti menggaruk, beratnya, frekuensi dan distribusi pruritus, jumlah jam tidur, dan frekuensi terbangun di malam hari karena gatal. Pruritus diklasifikasikan menurut poin total tiap pasien dengan kelas ringan 1-16, sedang 17-32, dan berat 33-48 (Balaskas, 1998*cit.*, Nurrachmat dan Sunardi, 2004).

Penilaian pengobatan berdasarkan perubahan rasa gatal dengan menggunakan skor gatal (*pruritic score*) dengan maksimal skor 48, meliputi:

1. Periode gatal yang masing-masing mempunyai skor 1 yang terjadi waktu pagi, siang dan malam, maksimal skor adalah 3.
2. Intensitas gatal pada pagi dan siang (masing-masing maksimal 5) meliputi:
 - a) Gatal tanpa keinginan menggaruk (skor 1).
 - b) Dengan beberapa kali menggaruk baru hilang (skor 2)
 - c) Sering menggaruk gatal baru hilang (skor 3)
 - d) Terasa tidak gatal jika digaruk terus menerus (skor 4)
 - e) Gatal tidak hilang dengan garukan (Skor 5).
3. Distribusi gatal saat pagi dan siang, masing-masing lokasi (lengan, tungkai, badan dengan skor 1) dan generalisata dengan skor 5.
4. Frekuensi gatal, jika berlangsung dari 10 menit skor 1, dan apabila lebih 10 menit skor 5.
5. Lamanya waktu tidur skor 0 untuk tidur 7 jam atau lebih, skor 2 untuk tidur 6 jam, skor 4 untuk tidur 5 jam, skor 6 untuk tidur 4 jam, skor 7 untuk tidur 3 jam, skor 8 untuk tidur 2 jam, skor 9 untuk tidur 1 jam, skor 10 untuk tidur 0 jam (tidak bisa tidur)

6. Penilaian terhadap bangun malam hari karena gatal dengan skor setiap bangun 1 dan apabila bangun 5 kali atau lebih skor 5.

3. KECEMASAN

3.1. Pengertian kecemasan

Kecemasan (*ansietas/anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan takut atau khawatir yang mendalam dan berkelanjutan, tetapi kemampuan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability / RTA*) tidak terganggu, begitupun kepribadiannya juga masih utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*), sedangkan perilaku dapat terganggu walaupun masih dalam batas- batas normal (Hawari, 2001).

Ditinjau dari aspek klinis, kecemasan bisa merupakan suatu keadaan yang abnormal, suatu gejala dari suatu penyakit lain, suatu sindrom, atau suatu gangguan yang berdiri sendiri. Sebagai kecemasan yang normal, setiap orang pernah mengalaminya misalnya waktu menghadapi ujian, promosi atau penurunan jabatan. Dalam hal ini, kecemasan dirasakan sebagai akibat dari suatu penyebab yang jelas dan akan kembali normal setelah obyek yang menjadi penyebab kecemasan itu berlalu. Kecemasan juga bisa merupakan gejala dari gangguan atau penyakit lain misalnya psikosis atau serangan miokard infark. Dalam hal ini cemas merupakan salah satu tanda atau gejala dari suatu penyakit. Kecemasan sebagai sindroma klinik, misalnya sebagai manifestasi gangguan kepribadian menghindar atau fobik. Di sini, cemas dirasakan mengganggu apabila berdekatan dengan obyek atau situasi yang ditakuti tetapi sebenarnya tidak berbahaya. Sedangkan

kecemasan yang berdiri sendiri adalah berpagangguan cemas umum (menyeluruh). Di sini kecemasan dirasakan mengambang (*free floating*), tidak menentu dan tidak jelas penyebabnya (Sudiyanto, 2003).

Ditinjau dari psikodinamika, kecemasan merupakan salah satu reaksi terhadap stresor psikososial selain depresi. Stresor psikososial didefinisikan sebagai keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam diri seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya. Apabila seseorang tidak mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stresor tersebut maka timbullah keluhan-keluhan antara lain berupa cemas dan depresi. Perbedaan dari reaksi tersebut adalah pada kecemasan yang dikeluhkan pasien terutama adalah keluhan psikis berupa adanya rasa takut atau khawatir sedangkan pada depresi yang dikeluhkan pasien terutama keluhan psikis berupa kemurungan dan kesedihan (Hawari, 2001).

Ansietas atau cemas adalah salah satu dari empat kelompok besar perasaan emosional, di samping sedih, gembira dan marah. Ansietas bisa normal dan bisa patologis. Ansietas normal apabila mendapatkan ketegangan hidup kemudian dapat segera menyesuaikan diri dalam waktu yang lebih singkat, apabila terus menerus terjadi ansietas dimana fungsi homeostasis gagal mengadaptasi maka menjadi ansietas yang patologis (Maramis, 2001).

Ansietas yang patologis menurut PPDGJ III, DSM-IV dan ICD 10 yang saat ini kita gunakan maka akan dapat kita pahami sebagai: gangguan ansietas, gangguan ansietas akibat gangguan mental lain atau penyakit medis, atau gangguan ansietas yang berkomorbiditas dengan penyakit lain.

3.2. Sejarah Kecemasan

Pertengahan abad ke sembilan belas, pada perang saudara di Amerika Serikat terdapat suatu gangguan stres oleh karena perang yang gejalanya seperti penyakit jantung, yang oleh Jacob Da Costa (1871) menulis suatu kasus yang diberi judul *On Irritable Hearth* yang menggambarkan keadaan serdadu Amerika yang mengalami stres akibat situasi perang (Kaplan&Sadock, 1998). Kemudian pada perang dunia pertama, muncul beberapa istilah seperti *soldier's hearth*, *syndroma shell shock*, akibat besarnya pengaruh pikiran seseorang menghadapi perang. Pada perang dunia kedua juga muncul apa yang disebut *combat neurosis* (Kaplan&Sadock, 2004).

Awal abad dua puluh, seorang peneliti yang bernama Walter B. Cannon (1939) menulis tentang hubungan emosi dan perubahan biologi tubuh dimana penelitian tersebut ditujukan kepada binatang terutama kucing yang dihadapkan dengan anjing, maka perubahan sistem syaraf otonom pada kucing akan menimbulkan reaksi siaga, reaksi darurat, atau *emergency response* yang berpengaruh terhadap sistem kardiovaskuler seperti meningkatnya detak jantung, darah akan mengalir ke otot-otot lebih cepat untuk mempersiapkan gerak tubuh, sistem pernafasan meningkat, sistem metabolisme dan hormon- hormon juga meningkat, tubuh menyiapkan diri untuk melawan atau melarikan diri yang kemudian dikenal dengan istilah *fight or flight* (Soen, 1994) dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Kaplan&Sadock, 1998).

Han Selye (*cit. Soen, 1994*) pakar kimia organik Universitas McGill Montreal Kanada, setelah menyuntikkan suatu zat yang dimurnikan dari indung
commit to user

telur pada tikus- tikus percobaannya menghasilkan tiga peristiwa 1) kelenjar anak ginjal membesar, 2) kelenjar timus mengecil dan daya tahan tubuh menurun, 3) dinding pencernaan terjadi perdarahan, beliau menduga bahwa ada sesuatu yang berperan adalah stres dan apakah ada infeksi, perubahan hormonal, infeksi, trauma, panas dingin, dan sebagainya akan menimbulkan stres pada tubuh, kemudian beliau mengembangkan konsep tentang *general adaption syndrome* (gejala penyesuaian umum), yang dibedakan dalam tiga tahap, pertama reaksi peringatan, kedua perlawanan, dan ketiga kelelahan (Nuhriawangsa, 1998).

3.3. Epidemiologi

Menurut studi pelayanan primer WHO yang dilakukan oleh Weller dan kawan- kawan bahwa prevalensi ansietas di kawasan benua Eropa adalah sebesar 11,5%, dengan perincian bahwa gangguan ansietas menyeluruh (GAD) sekitar 8,5%, kemudian gangguan panik 2,2%, khusus gangguan agorafobia 1,5% (Nuhriawangsa, 2001).

Survei yang dilakukan di Amerika pada tahun 1996, bahwa gangguan mental yang berobat kepada dokter selain dokter psikiater sekitar 15- 35%, dimana sepertiganya (5-12%) adalah gangguan ansietas (Sudiyanto, 1998).

Kejadian ansietas untuk seumur hidup sekitar 24,9%, fobia sosial 13,3%, fobia simpleks 9,8%, gangguan ansietas menyeluruh 5,1% (Howland&Thase, 2002), khusus untuk anak dan remaja umur 9-13 tahun $5 \pm 10\%$ (Castellanos&Hanter, 1999).

3.4. Gejala dan Diagnosis

Gejala dan tanda ansietas antara lain sikap tegang dan ketakutan, ketegangan otot-otot, kesulitan untuk relaksasi, tremor, bicara cepat, nyeri otot, dilatasi pupil, mulut kering, keringat dingin terutama telapak tangan, palpitasi, tekanan darah naik. Menurut Brikmayer dan Winker (1951), ada tanda-tanda hipertonik simpatik dan parasimpatik, dan hipotonik simpatik dan parasimpatik, serta ataksia vegetatif. Gejala yang mencolok seperti berkeringat, muka kemerahan, gemeteran, dan lain-lain. Ada keluhan somatis seperti mual, pusing, diare, gangguan lambung, konsentrasi, perasaan eksitasi, atau tidak bisa istirahat, menurunnya kepercayaan diri, sensitifitas ekstra terhadap orang lain, perasaan akan berbahaya, dan perasaan tidak berguna (Wiyono, 2001).

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis yang luas, pemeriksaan klinis yang teliti dan kalau perlu dengan pemeriksaan penunjang yang mendukung untuk menegakkan diagnosis tertentu atau menyingkirkan diagnosis tertentu. Sindroma ansietas sebagaimana yang sering disinggung-singgung baik di PPDGJ III, DDSM IV dan ICD 10 yakni; gangguan panik (PD), gangguan fobik (Pb.D), gangguan obsesif kompulsif (OCD), gangguan ansietas menyeluruh (GAD), gangguan stres paska trauma (PTSD).

3.5. Patologi Kecemasan

Faktor-faktor terjadinya kecemasan dipengaruhi oleh biopsikososial; biologik seperti konstitusi perkembangan somatik dan neurofisiologik; psikologik melibatkan afektif, kognitif dan perilaku; sosial akibat stimulus-stimulus lingkungan yang tidak nyaman termasuk adanya penyakit (Fanani, 1999).

a) Psikopatologi

Konsep psikodinamik dijelaskan adanya id, ego, dan super ego. Konsep psikososial adanya stresor (konflik, frustrasi, tekanan, dan krisis). Konsep perilaku merupakan respon belajar rangsangan spesifik. Konsep eksistensial menjelaskan adanya stimulus yang dapat dikaitkan dengan ansietas menahun, spesifik untuk kondisi cemas menyeluruh. Sumber stres pada kehidupan sehari-hari bisa datang dari luar (lingkungan) dan dari dalam individu sendiri, bentuknya bisa berupa frustrasi akibat rintangan terhadap tujuan individu, atau konflik seperti ekstra dan intra psikik, konflik penghindaran atau pendekatan, konflik pendekatan ganda, dan yang lain berupa krisis yaitu suatu respon terhadap tuntutan yang tidak disangka-sangka yang membuat ancaman terhadap fisik atau kehidupan seseorang atau perubahan status dan susunan keluarga (Nuhriawangsa, 2001).

Secara singkat, prinsip terjadinya stres ada tiga teori yang penting yaitu : teori Selye, teori psikoanalitik, dan teori kognitif. Ketiganya hampir mirip dalam menjawab berbagai stimulus stres, semuanya menggunakan tiga langkah untuk terjadinya *disstress*, Selye dari *alarm reaction and mobilitation* diolah pada tahap kedua yaitu *stage of resistance (adaptation)*, apabila berhasil akan kembali normal (*eustress*), apabila gagal maka masuk ke tahap ketiga yaitu *stage of exhaustion*, yang akhirnya terjadi *disstress*. Sedang pada teori psikoanalitik tahapan tersebut berupa panik- sublimasi- regresi, bila sublimasi berhasil maka menjadi normal, dan jika tidak berhasil menjadi regresi yang akhirnya *disstress*. Terakhir, teori kognitif, keputusasaan (*desperation*) akan diolah pada kontrol koping atau *commit to user*

penguasaan (*mastery*), bila berhasil akan kembali normal dan bila tidak, masuk tahap ketiga yaitu kebodohan (*stupidity*) yang akhirnya terjadi *distress* (Nuhriawangsa, 1998).

b) Neurobiologi

Tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan kecemasan berdasarkan penelitian pada binatang dan respon terhadap terapi obat adalah norepinefrin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA). (Howland *et al.*, 2002). Kecemasan atau Ansietas akan merangsang respon hormonal dari hipotalamus yang akan mengsekresi CRF (*Corticotropin Releasing Factor*) yang menyebabkan sekresi hormon-hormon hipofise. Salah satu dari hormon tersebut adalah ACTH (*Adreno Corticotropin Hormon*). Hormon tersebut akan merangsang korteks adrenal untuk mengsekresi kortisol kedalam sirkulasi darah (Hukom, 1986; Siverstone & Turner, 1993). Peningkatan kadar kortisol dalam darah akan mengakibatkan peningkatan renin plasma, angiotensin II dan peningkatan kepekaan pembuluh darah terhadap katekolamin (Sidabutar, 1993) sehingga terjadi peningkatan tekanan darah. Selain itu hipotalamus juga berfungsi sebagai pusat dari sistem saraf otonomik (Siverstone & Turner, 1993, Adams, 1993). Sistem ini terbagi atas sistem simpatis dan sistem parasimpatis (Guyton, 1982; Ganong, 1991). Menurut Salan (Sidabutar, 1993) pada ansietas sedang terjadi sekresi adrenalin berlebihan yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, sedangkan pada ansietas yang sangat berat dapat terjadi reaksi yang dipengaruhi oleh komponen parasimpatis sehingga akan mengakibatkan penurunan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung. Pada kecemasan yang

kronis kadar adrenalin terus meninggi, sehingga kepekaan terhadap rangsangan yang lain berkurang dan akan terlihat tekanan darah meninggi. Dari berbagai penelitian klinik yang pernah dilakukan mengenai pengaruh stres atau ansietas terhadap tekanan darah didapatkan hasil yang berbeda-beda. Sebagian besar peneliti menemukan adanya peningkatan tekanan sistolik sebagai akibat dari peningkatan curah jantung dan denyut jantung (Falkner *et al.*, 1978; Knardahlet *al.*, 1988), sedangkan yang lainnya menemukan peningkatan tekanan diastolik (Steproeet *al.*, 1982) dan ada juga yang tidak menemukan hubungan antara keduanya (Masterton *et al.*, 1981). Pada penelitian yang membandingkan tekanan darah dari orang-orang yang menderita stres atau ansietas dengan orang-orang yang tidak menderita stres atau Ansietas didapatkan hasil tekanan darah yang lebih tinggi pada kelompok penderita stres (Anwar & Setyonegoro, 1980; Timio *et al.*, 1985). Peranan serotonin didukung kemajuan penggunaan *Selective Serotonine Reuptake Inhibitors* (SSRIs) pada gangguan panik dan *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD), peran serotonin presinaptik sebagai ansiolitik sedang postsinaptik sebagai ansiogenik (Castellanos and Hunter, 1999). Sebagian besar informasi neurologi dasar tentang kecemasan berasal dari percobaan hewan yang melibatkan paradigma perilaku dan obat psikoaktif. Satu model kecemasan pada hewan tersebut adalah tes konflik, dimana binatang secara bersama-sama diberikan stimulasi yang positif (sebagai contoh, makanan) dan negatif (sebagai contoh, kejutan listrik). Obat ansiolitik (sebagai contoh, benzodiazepin) cenderung mempermudah adaptasi hewan terhadap situasi tersebut, sedangkan obat lain (sebagai contoh, amfetamin) lebih mengganggu respon perilaku hewan.

Benzodiazepin bekerja dengan memperkuat efek GABA, dan merupakan pilihan utama sampai saat ini, meski tidak dianjurkan setelah 4- 6 minggu.

c) Norepinefrin

Teori umum tentang peranan norepinefrin terhadap kecemasan adalah mempengaruhi sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk. Badan sel pada sistem noradrenergik terutama berlokasi di lokus seroleus di pons rostral, dan mereka mengeluarkan aksonnya ke korteks serebral, sistem limbik, batang otak dan medula spinalis. Percobaan pada primata telah menunjukkan bahwa stimulasi lokus seroleus menghasilkan suatu respon ketakutan pada hewan dan bahwa daerah yang sama merintang atau sama sekali menghambat kemampuan hewan untuk membentuk suatu respon ketakutan. Penelitian pada manusia menunjukkan bahwa, pada pasien dengan gangguan panik, agonis adrenergik beta sebagai contohnya, isoprotorenol (Isuprei) dan antagonis adrenergik alfa2 sebagai contohnya, Yohimbin (Yocon) dapat meletuskan serangan panik yang parah. Sebaliknya, pemberian Klonidin (Catapres), suatu agonis adenerjik alfa2, dapat menurunkan kecemasan. Temuan lain bahwa pasien dengan gangguan kecemasan, khususnya gangguan panik, memiliki kadar metabolit noradrenergik yaitu 3-*methoxy- 4- hydroxyphenylglycol* (MHPG) dalam cairan serebrospinal dan urin yang meninggi (Kaplan *and* Sadock, 2004).

d) Serotonin (5-HT)

Dikenalnya bentuk tipe reseptor serotonin telah merangsang pencarian akan peranan serotonin di dalam patogenesis gangguan kecemasan. Perhatian dalam hubungan tersebut pertama kali dimotivasi oleh pengamatan bahwa

antidepresan serotonergik memiliki efek terapeutik pada beberapa gangguan panik dan OCD, sebagai contoh penggunaan Clomipramin (Anafranil) pada gangguan obsesif kompulsif, begitu juga Buspirone (Buspar) sebagai agonis reseptor serotonergik tipe IA (5-HT_{1A}), ini menyatakan kemungkinan adanya suatu hubungan antara serotonin dan kecemasan. Badan sel pada sebagian besar neuron serotonergik berlokasi di nukleus raphe di batang otak rostral dan berjalan ke korteks serebral, sistem limbik (khususnya amigdala dan hipokampus), dan hipotalamus. Walaupun pemberian obat serotonergik pada hewan menyebabkan perilaku yang mengarah pada kecemasan, efek yang serupa pada manusia adalah kurang kuat. Beberapa laporan menyatakan bahwa *m-chlorophenylpiperazine* (mCPP), suatu obat dengan efek serotonergik dan nonserotonergik yang multipel, dan fenfluramin (Pondimin), yang menyebabkan pelepasan serotonin, memang menyebabkan peningkatan kecemasan dan banyak laporan anekdotal menyatakan bahwa halusinogen dan stimulan serotonergik seperti *lysergic acid diethylamine* (LSD) dan *3,4-methylenedioxymethamphetamine* (MDMA) adalah berhubungan dengan perkembangan gangguan kecemasan akut maupun kronis pada orang yang menggunakan obat- obat tersebut. Menurut Iskandar pada Gangguan Cemas Menyeluruh yang terutama berperan adalah neurotransmitter serotonin. Pada saat ini telah diidentifikasi tiga reseptor serotonin, yaitu : 5-HT₁, 5-HT₂ dan 5-HT₃ (Ganong, 1991., Gothert & Schlicker, 1987). Menurut Kabo reseptor 5-HT₁ bersifat sebagai inhibitor, sedangkan reseptor 5-HT₂ dan reseptor 5-HT₃ bersifat sebagai eksitator. Menurut Gothert aktivasi reseptor 5-HT₁ akan mengurangi kecemasan sedangkan aktivasi reseptor 5-HT₂ akan meningkatkan tekanan darah.

e) GABA

Neurotransmitter ini berperan dalam gangguan kecemasan didukung paling kuat oleh manfaat benzodizepin, yang meningkatkan aktivitas GABA pada reseptor GABA_A. Walaupun benzodiazepin potensi rendah adalah paling efektif untuk gejala gangguan kecemasan umum (*generalized Anxiety disorder*), benzodiazepin potensi tinggi seperti Alprazolam (Xanax), adalah untuk gangguan panik. Penelitian pada primata telah menemukan bahwa gejala sistem syaraf otonomik dari gangguan kecemasan adalah timbul jika diberikan agonis kebalikan benzodiazepin, seperti *betacarboline-3-carboxylic acid (BCCA)*. BCCA juga menyebabkan kecemasan pada sukarelawan kontrol yang normal. Suatu antagonis benzodiazepin (Flumazenil), menyebabkan serangan panik yang parah dan berulang. Data tersebut telah menyebabkan peneliti menghipotesiskan bahwa beberapa pasien dengan gangguan ansietas memiliki fungsi reseptor GABA yang abnormal, walaupun hubungan tersebut belum terbukti secara langsung (Kaplan&Sadock,2004).

f) Penelitian Genetika

Penelitian genetika telah menghasilkan data yang kuat bahwa sekurangnya suatu komponen genetika berperan terhadap perkembangan gangguan kecemasan, baik pada penelitian pasangan kembar dan genetika molekuler penanda DNA sebagai contoh pada kromosom 20p12 yang masih perlu analisis lebih lanjut (Marazziti&Rotondo, 1999).

Hampir separuh dari semua pasien dengan gangguan panik memiliki sekurangnya satu sanak saudara yang menderita gangguan yang sama. Walaupun

penelitian adopsi pada gangguan kecemasan belum dilaporkan, data dari registrasi anak kembar juga mendukung hipotesis bahwa gangguan kecemasan sekurangnya separuhnya ditentukan secara genetik (Kaplan&Sadock, 1998).

3.6. Instrumen Penilaian Kecemasan

Instrumen-instrumen untuk mengukur skala kecemasan yang digunakan di Indonesia banyak sekali salah satunya adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dan *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS). Yaitu untuk mengukur aspek kognitif dan afektif (Hawari, 2001). Instrumen sebagai alat bantu diagnosis kecemasan yang digunakan untuk penelitian ini adalah *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS). Skala ini disusun oleh Taylor untuk menyeleksi subjek penelitian dengan tingkat kecemasan tinggi dan rendah, guna mempelajari berbagai situasi eksperimental (Wicaksono, 1992).

TMAS merupakan kuesioner yang terdiri dari 50 butir pertanyaan yang kesemuanya menunjukkan skor kecemasan yang muncul. Banyak dari butir-butir ini yang menunjukkan gejala kecemasan yang mencolok seperti berkeringat, muka kemerahan, keguncangan, gemeteran, dan lain-lain. Sebagian mengandung keluhan-keluhan somatik seperti mual, pusing, diare, gangguan lambung, dan lain-lain. Butir-butir lainnya menunjukkan konsentrasi, perasaan eksitasi atau tidak bisa istirahat, menurunnya kepercayaan diri, sensitivitas ekstra terhadap orang lain, perasaan akan bahaya dan tidak berguna (Wicaksono, 1992).

ManifesAnsietas dari Taylor(*T-MAS*) yang telah divalidasi penggunaannya di Indonesia dengan hasil baik. Dengan nilai batas pemisah skor 22/23, sensitivitas T-MAS cukup tinggi yaitu 90%, spesivitasnya 95%, nilai ramal positif

94,7%, nilai ramal negatif 90,4% dan efektifitas diagnosis 92,5%. Reliabilitas instrumen dengan KR 20 reliabilitasnya $r : 0,86$. Butir-butir pernyataan yang sesuai untuk kecemasan/*favourable* yaitu nomor 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49 (**35 butir**). Sedangkan butir-butir pernyataan yang tidak sesuai untuk kecemasan/*unfavourable* yaitu nomor 1, 3, 4, 9, 12, 15, 18, 20, 25, 29, 35, 38, 43, 44, 50 (**15 Butir**). Sangat praktis dan pasien dapat mengerjakan sendiri dalam waktu relatif singkat (Sudiyanto, 2003)

4. HIPNOTERAPI

Hipnosis berasal dari kata Yunani "*hypnos*" yang berarti "tidur". Hipnosis merupakan suatu keadaan setengah sadar yang jika dilihat penampakannya mirip dengan tidur, disebabkan oleh suatu sugesti relaksasi dan perhatian yang terkonsentrasi pada sebuah objek tunggal. Individu tersebut menjadi tersugesti dan responsif terhadap pengaruh orang yang menghipnosis dan dapat mengingat kembali kejadian-kejadian yang telah dilupakan serta dapat meredakan gejala psikologis (WHO, 1994).

Definisi lain hipnosis adalah perubahan kesadaran buatan, dengan ciri khas sugestibilitas yang meningkat dari seseorang. Sedangkan sugesti adalah suatu respon yang patuh dan tidak bersifat mengkritik terhadap gagasan atau suatu pengaruh (Nuhriawangsa, 2004). Hipnoterapi dapat juga dikatakan sebagai suatu teknik terapi pikiran dan penyembuhan yang menggunakan metode hipnotis untuk memberi sugesti atau perintah positif kepada pikiran bawah sadar untuk

penyembuhan suatu gangguan psikologis atau untuk mengubah pikiran, perasaan, dan perilaku menjadi lebih baik. Orang yang ahli dalam menggunakan hipnotis untuk terapi disebut *hypnotherapist*. Hipnoterapi menggunakan pengaruh kata - kata yang disampaikan dengan teknik - teknik tertentu. Satu - satunya kekuatan dalam hipnoterapi adalah komunikasi (Kahija, 2007).

Dalam ruang lingkup psikoterapi, hipnosis digunakan bukan saja dalam psikoterapi penunjang, tetapi lebih dari itu, hipnosis merupakan alat yang ampuh dalam psikoterapi penghayatan dengan tujuan membangun kembali (rekonstruktif) sehingga perlu pengkajian yang lebih mendalam agar tercapai suatu pendekatan holistik elektik (IBH, 2002).

4.1. Teori Hipnosis

Telah banyak penulis yang mencoba memberi keterangan mengenai fenomena hipnosis dan banyak sekali teori yang diungkapkan. Teori-teori yang diajukan antara lain: (Kroger, 2008)

- a) teori imobilisasi
- b) hipnosis sebagai suatu status histeria
- c) teori yang didasari perubahan fisiologis serebral
- d) hipnosis sebagai suatu proses menuju tidur yang dikondisikan
- e) teori aktivitas dan inhibisi ideomotor
- f) teori disosiasi
- g) teori memainkan peran (*role-playing*)
- h) teori regresi
- i) teori hipersugestibilitas (*hypersuggestibility*)
- j) teori psikosomatik *commit to user*

Secara umum, teori-teori mengenai hipnosis tersebut dibagi dalam dua kategori besar, yakni : (Kaplan & Sadock, 2004)

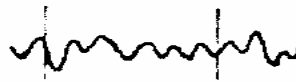
1. Teori berdasarkan neuropsiko-fisiologis, yang menerangkan hipnosis sebagai suatu keadaan dimana kondisi otak berubah dan karena itu, faal otakpun juga berubah.
2. Teori berdasarkan psikologis, yang memandang sebagai hubungan antar manusia yang khas (termasuk teori sugesti, disosiasi, psikoanalitik, *psychic relative exclusion*, hubungan dwi-tunggal, dan lain - lain).

Apakah setiap orang bisa dihipnosis ? Salah satu syarat untuk hipnosis adalah secara sadar tidak menolak, dapat berkomunikasi dengan bahasa yang sama, berkemampuan untuk fokus ditambah dengan kreativitas dan fantasi visualisasi. Syarat - syarat tersebut dinamakan *hipnotizability*, yang dapat dinilai tingkatannya dengan skala SHSS (*Stanford Hypnotic Susceptibility Scale*) dan HIP (*Hypnotic Induction Profile*). Berdasarkan *hipnotizability*, populasi secara umum dapat digolongkan menjadi 5% sulit untuk dihipnosis, 70 - 85% sedang, 10 – 15% mudah; wanita mempunyai nilai *hipnotizability* lebih tinggi dari laki-laki, dan anak-anak lebih tinggi dari pada orang dewasa (Spiegel, 1985; IBH, 2002; Rogovik & Goldman, 2007). Suatu penelitian yang dilakukan di Virginia Amerika Serikat (2004) menunjukkan bahwa orang yang *hipnotizability* tinggi mempunyai ukuran *corpus callosum* anterior (rostrum) dan kemampuan untuk mengontrol nyeri yang lebih besar. Temuan ini mendukung model teori neuropsiko-fisiologis (Horton *et al.*, 2004)

Gelombang **Delta** (δ): Frekuensi kurang dari 4 Hz, pada tidur normal



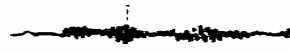
Gelombang **Teta** (θ): Frekuensi 4 – 7 Hz, pada awal tidur



Gelombang **Alfa** (α): Frekuensi 8 -13 Hz, ditemukan saat rileks, meditasi



Gelombang **Beta** (β): Frekuensi lebih dari 13 Hz, terjaga normal



Gambar 1. Tipe gelombang EEG (Priguna, 1980)

Teori yang menyatakan hipnosis sebagai suatu proses menuju tidur yang dikondisikan, dikaitkan dengan gelombang otak seseorang yang menjalani suatu proses hipnosis. Gelombang otak diperiksa dengan elektroensefalogram (EEG), dan dihubungkan dengan kesadaran pada orang tersebut. Berdasarkan gambaran gelombang otak normal tersebut proses hipnosis diharapkan tercapai pada gelombang alfa dan teta, di mana dalam keadaan yang lebih rileks, pikiran yang mulai terfokus dan mulai penurunan dari *conscious* ke *subconscious* dan subjek mulai sugestif (Kroger, 1963; Priguna, 1980; IBH, 2002).

4.2. Teknik Hipnosis

Pembagian tahap dalam proses hipnosis yang dipahami oleh beberapa aliran hipnosis tidak seragam, meskipun sebenarnya ada kesamaan dalam pokok-pokok tahap proses hipnosis. Yang sangat penting dalam proses ini adalah tahap induksi di mana tujuan apa yang hendak dicapai dalam terapi dilakukan pada tahap ini, diharapkan setelah proses terapi dapat mencapai terapi yang diharapkan oleh pasien maupun terapis. Di bawah ini akan digambarkan tahapan secara sistematis dari prehipnosis sampai post hipnosis (IBH, 2002).

Urutan tahap proses hipnosis secara sistematis dapat disusun sebagai berikut : (IBH, 2002).

4.2.1. Pre Induksi

Merupakan suatu proses untuk mempersiapkan situasi dan kondisi yang kondusif antara hipnotis dan subjek. Agar proses pre induksi berlangsung dengan baik, maka hipnotis harus mengenali aspek-aspek psikologis dari subjek, antara lain : hal yang diminati, hal yang tidak diminati, apa yang diketahui subjek terhadap hipnosis, dan lain-lain. Pre induksi dapat berupa percakapan ringan, saling berkenalan, serta hal-hal lain yang bersifat mendekatkan seorang hipnotis secara mental pada subjek. Pre induksi bersifat kritis, seringkali kegagalan proses hipnosis diawali dari proses pre induksi yang tidak tepat.

Teknik pengumpulan informasi atau data itu bisa dilakukan baik lewat wawancara dan observasi maupun lewat kuesioner. Ada beberapa hal yang harus dilakukan pada tahap ini, yaitu sebagai berikut: (Kahija, 2007;Fachri, 2008)

- 1) **Membangun hubungan dengan klien (*building and maintaining rapport*)**: dalam proses hipnosis modern, hal yang paling mendasar adalah kerjasama antara *therapist* dan klien. Hal itu membuat kesiapan dan kesediaan subjek menjadi prasyarat proses hipnosis dapat berjalan dengan baik. Seperti halnya prinsip “*Every Hypnosis is Self-Hypnosis*” sehingga *therapist* hanya berfungsi sebagai fasilitator yang memandu klien agar dapat menghipnosis dirinya sendiri.

Oleh karena itu, kedekatan dan kepercayaan antara klien dan *therapist* sangat dibutuhkan. Hal ini dapat dilakukan dengan membangun hubungan dan komunikasi yang baik sebelum proses hipnosis dilakukan. Jika klien percaya pada anda, apapun yang anda sugestikan otomatis akan diterima dan dilaksanakannya.

- 2) **Mengatasi rasa takut klien pada hipnotis (*Allaying fears*)**: *therapist* bertanggung jawab untuk meluruskan dan memberi pemahaman yang benar tentang hypnosis dan proses yang akan dilakukannya. Dengan pemahaman yang benar, ketakutan klien akan teratasi dan dia merasa aman untuk melakukan proses hipnosis.
- 3) **Membangun harapan klien (*Building mental expectancy*)**: *therapist* harus membuat klien memiliki harapan dan keyakinan bahwa dengan melakukan proses ini, dia akan sembuh. Keyakinan

klien itulah yang menjadi modalitas yang sangat penting bagi keberhasilan terapi apapun.

4) **Mengumpulkan informasi klien (*Gathering information*):**

Seringkali, klien memiliki sudut pandang dan persepsi yang tidak benar tentang masalah yang dihadapinya. Seorang *therapist* harus benar-benar memahami dinamika dan permasalahan klien. Untuk menggali dan mendalami permasalahan klien, maka biasanya mengacu pada pertanyaan sebagai berikut:

- a. **Who:** latar belakang, pekerjaan, hobi, tempat kesukaan, pendidikan, aktivitas harian serta hal-hal yang tidak disenangi atau tidak disukainya. Dengan memahami klien, seorang *therapist* akan lebih mudah membangun hubungan/*rapport*. *Rapport* dalam proses pre induksi menjadi faktor penentu keberhasilan proses *hypnotherapy*.
- b. **What:** intensitas, dinamika, dan akar masalah klien. Apa masalahnya? Seringkali berpijak pada hal yang lebih riil yaitu perilaku nyata.
- c. **Where:** tempat di mana klien memunculkan masalah. Dengan menjawab dimensi tempat, seorang *therapist* dapat terbantu dari jebakan-jebakan “label” yang diberikan pada klien.

- d. **When:** dimensi waktu yang meliputi: sejak kapan? “Sebelum”, “pada saat” dan “sesudah” klien memunculkan masalah.
- e. **Why:** mengapa adalah dimensi pertanyaan sebab, motivasi, untuk apa dan alasan klien ketika tindak laku klien terjadi.
- f. **How:** Menentukan bagaimana menangani klien tersebut. Semakin detail informasi yang didapat akan semakin membantu *therapist* untuk menangani klien.

Salah satu yang harus dilakukan pada pre induksi adalah tes sugesti yaitu untuk mengetahui tingkat sugestifitas alamiah klien, selanjutnya *hypnotist* dapat melakukan *hypnotic training*. Beberapa contoh dari *suggestivity test* adalah (IBH, 2000):

Ada beberapa jenis tes kedalaman tingkat hipnosis, seperti:

- 1) *Locking the hand*
- 2) *Arm rising dan falling test*
- 3) *Catalepsy of the eye*
- 4) *Rigid catalepsy*
- 5) *Muscular training*(Rusli & Wijaya, 2009).

Tes sugestibilitas merupakan proses untuk menguji sugestibilitas seseorang, apakah orang tersebut mudah disugesti atau tidak. Dalam proses terapi, tes sugestibilitas digunakan sebagai sarana latihan bagi klien untuk melakukan dan merasakan yang nantinya akan berlanjut memasuki kondisi *hypnotic*. Bagi *therapist*, uji sugestibilitas

pada klien dapat digunakan untuk memilih teknik induksi apa yang cocok bagi klien tersebut.

Dari uji sugestibilitas tersebut, kita dapat mengedukasi klien, bagaimana seharusnya merespon terhadap sugesti-sugesti yang kita berikan (Fachri, 2008).

4.2.2. Induksi

Merupakan sarana utama untuk membawa seorang subjek dari *conscious mind* ke *subconscious mind (trance)*. Untuk bisa menuntun masuk ke dalam *trance* atau terhipnosis perlu diperhatikan beberapa faktor. Yang pertama, subjek harus percaya kepada terapis atau hipnotis, apabila kepercayaan ini tidak ada maka sulit untuk mencapai suatu kondisi *trance*. Kedua, tempat yang dipilih untuk menghipnosis janganlah suatu lingkungan yang bising atau mengganggu, karena mudah mempengaruhi perhatian subjek. Ketiga, adalah hipnotis sendiri harus mempunyai keyakinan yang tinggi untuk menuntun subjek ke dalam *trance* dengan teknik yang dikuasai di samping kepercayaan diri yang besar.

Dalam setiap induksi, elemen-elemen berikut selalu ditemui (Kahija, 2007):

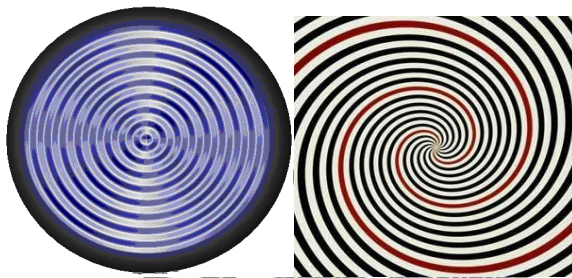
- 1) **Permulaan.** untuk mengawali induksi, bentuk yang paling sering digunakan adalah teknik pernafasan karena oksigen yang dibawa ke otak akan membuat pikiran dan tubuh menjadi santai;
- 2) **Relaksasi sistemik.** Dimulai pada titik-titik tertentu dari kepala sampai kaki. Titik-titik yang umumnya dibuat rileks adalah ubun-ubun, mata, pelipis, rahang, leher, bahu, lengan, tangan, dada, punggung, perut, paha, betis, dan kaki.

- 3) **Pengaktifan rasa dan emosi.** Klien diajak merasakan sugesti yang diberikan dengan kata-kata “rasakan” atau “bayangkan” dan menghindari ajakan klien untuk berfikir seperti kata “pikirkan” atau “ingatlah”
- 4) **Pengaktifan gambaran mental.** Membawa klien ke tempat yang disukai, dengan meningkatkan kepekaan panca indra klien.
- 5) **Terminasi.** Di akhir induksi, terapis membuat klien merasa segar dan ringan segera sesudah bangun. Jika ini tidak dilakukan, ada kemungkinan klien merasa pusing dan leher terasa berat.

Teknik induksi yang digunakan banyak macam, namun sebenarnya mempunyai persamaan unsur dasar. Teknik yang digunakan tergantung variasi dari terapis atau hipnotis yang melakukan induksi. Metode induksi secara garis besar dikelompokkan dalam enam unsur dasar, sebagai berikut : (Peterfy, 1973; Hukom, 1979; IBH, 2000)

- a. **Metode pandang atau *fascinatie*.** Hipnotis atau terapis dan pasien saling memandang mata mereka. Instruksi diberikan kepada pasien agar terus memandang ke arah hipnotis atau terapis tanpa berkedip sampai mencapai *trance*. Metode seperti ini sebaiknya digunakan apabila kita hendak menghipnosis anak-anak. Setelah beberapa lama memandang diberikan perintah untuk ”tutup mata” ! selanjutnya dengan sugesti tidur dan seterusnya. Kelemahan metode ini tentunya tidak dapat dilakukan oleh hipnotis atau terapis yang tidak tahan lama memandang tanpa berkedip.

- b. Metode tatap atau *fixatie*.** Pada metode ini hipnotis atau terapis meminta pasien untuk menatap sesuatu benda yang mengkilat, atau jarinya, atau alat-alat yang disebut *hypnoscoop*, *hypnodisc*, pendulum dan lain-lain.



Gambar 2. Contoh *hypnoscoop*

- c. Metode sapa atau *verbale suggestie*.** Dengan menggunakan kata-kata, hipnotis atau terapis mempengaruhi subjek sampai ia berada dalam *trance*. Cara ini dilakukan oleh Liebeault, Bernheim dan lainnya yang merupakan unsur dasar cara untuk mencapai hipnosis.
- d. Metode nafas dalam atau hiperventilasi.** Subjek diminta menarik napas dalam-dalam beberapa detik lebih lambat dari napas normal secara berulang sampai mencapai keadaan *trance*.
- e. Metode bertahap (*fractionierte metode Vogt*).** Subjek akan dibangunkan kembali setiap kali setelah ia masuk dalam sugesti kemudian ditanyakan apa yang dirasakan oleh subjek sebelum melanjutkan kembali meneruskan usaha induksi. Kemudian dilanjutkan lagi tahap demi tahap sampai mencapai *trance*.
- f. *Self-hypnose, Auto-hypnose, Spontan-hypnose, Swahipnosis*.** Pada metode ini keadaan *trance* dicapai tanpa pertolongan dari orang lain.

4.2.3. Depth Level Test

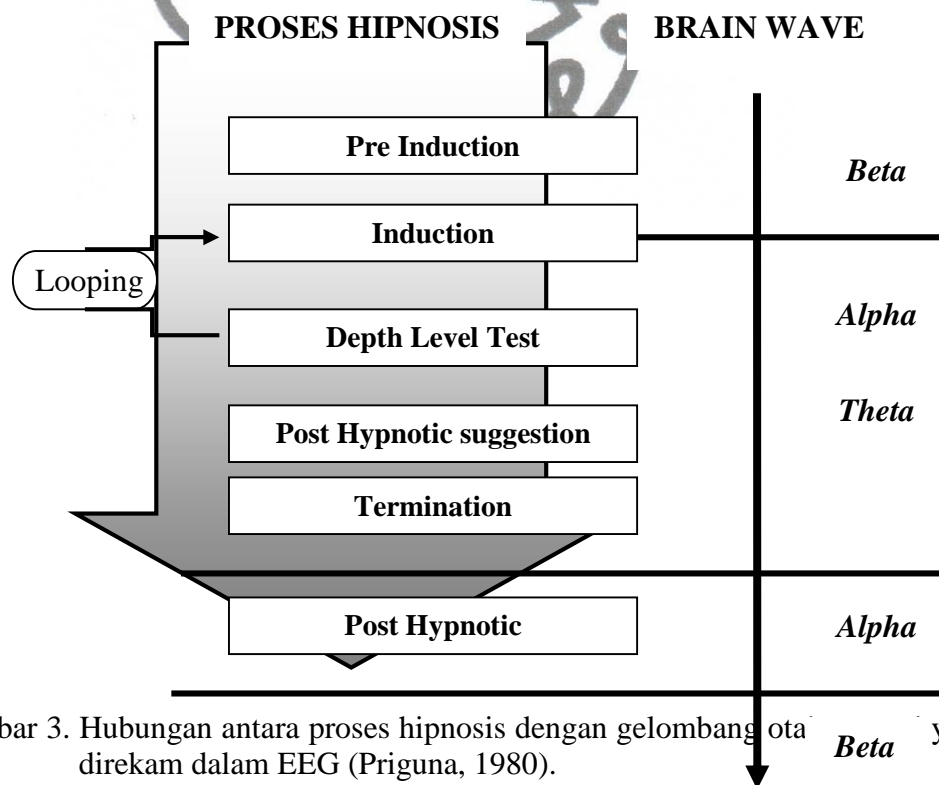
Merupakan tes untuk melihat seberapa jauh kesadaran subjek sudah berpindah dari *consciousmind* ke *sub conscious mind*. Tingkat kedalaman setiap orang berbeda-beda dan sangat tergantung dari kondisi subjek, pemahamannya terhadap hipnosis, waktu, lingkungan dan keahlian dari hipnotis atau terapis. Berdasarkan *Davis-Husband Scale*, tingkat kedalaman hipnosis dapat dibagi menjadi 30 tingkat kedalaman (Wong & Hakim, 2009). Sedangkan kebutuhan tingkat kedalaman juga mempunyai maksud dan tujuan yang berbeda-beda dalam proses hipnosis. Menurut referensi lain (Rusli & Wijaya, 2009) *Depth level test* dapat digunakan untuk mengetahui kedalaman suyet dalam memasuki alam bawah sadarnya. *Depth level test* dapat berupa sugesti yang sederhana.

KEDALAMAN (Depth)	NILAI (Score)	GEJALA OBJEKTIF (Objective symptom)
Tidak Terpengaruh (Insusceptible)	0	
Hipnoidal	1	<i>Relaxation</i>
	2	Kelopak mata bergetar
	3	<i>Fluttering and closing of the eyes</i>
	4	Menutup mata
	5	Relaksasi sempurna secara fisik
Trance Ringan (Light trance)	6	Kelopak mata tidak bisa dibuka lagi
	7	Katalepsi tungkai dan lengan
	8,9,10	Katalepsi tegang
	11,12	Anestesia sarung tangan
Trance Menengah (Medium trance)	13,14	Amnesia sebagian
	15	Anestesia posthipnotik
	17	Perubahan-perubahan kepribadian
	18	Posthipnotik sugesti sederhana
Trance Dalam (Deep trance)	20	Waham kinestetik
	21	Sanggup membuka mata, tanpa <i>trance</i> terganggu
	23	<i>Posthypnotic</i> sugesti yang aneh
	25	<i>Somnambulisme</i> sempurna (<i>complete somnambulism</i>)

	26	Halusinasi visual yang positif terjadi posthipnotik (<i>posthypnotic positive visual hallucination</i>)
	27	<i>Posthypnotic positive auditory hallucination</i> ,
	28	<i>Systematized auditory amnesias</i>
	29	<i>Negative auditory hallucination</i>
	30	<i>Negative visual hallucination, hiperestesia</i>

4.2.4. Post Hypnotic Suggestion

Merupakan sugesti yang menjadi nilai baru bagi seorang subjek walaupun telah disadarkan dari tidur hipnosis, tidak akan bertahan lama bilamana tidak sesuai atau bertentangan dengan nilai dasar dari subjek. Dalam hipnoterapi, *post hypnotic suggestion* merupakan bagian yang sangat penting karena merupakan inti dari tujuan hipnoterapi. Seorang hipnotis atau terapis harus dibekali pengetahuan tentang kejiwaan dan psikopatologi untuk dapat memberikan sugesti yang benar setelah hipnosis.



Gambar 3. Hubungan antara proses hipnosis dengan gelombang otak yang direkam dalam EEG (Priguna, 1980).

Berikut ini adalah beberapa contoh *post hypnotic suggestion* sederhana yang dapat diberikan kepada seorang subjek (Rusli & Wijaya, 2009):

“Pada saat anda terbangun nanti...anda sangat benci akan bau rokok karena bagi anda rokok adalah sampah yang sangat bau dan anda akan selalu menghindarinya.”

“Pada saat anda terbangun nanti...entah kenapa anda merasa kenyang dan ketika anda merasa lapar, anda dapat menggantikan rasa lapar tersebut dengan meminum segelas air putih. Dengan demikian nafsu makan anda semakin berkurang”.

“Pada saat anda terbangun nanti...anda adalah orang yang sangat percaya diri dan anda selalu melihat orang lain kagum pada diri anda dan itu membuat anda menjadi semakin mantap dan percaya diri”.

4.2.5. Terminasi

Adalah suatu tahapan untuk mengakhiri proses hipnosis dengan konsep dasar memberikan sugesti atau perintah agar seorang subjek tidak mengalami kejutan psikologis ketika terbangun dari tidur hipnosis. Proses terminasi biasanya dengan membangun sugesti yang positif yang akan membuat tubuh subjek lebih segar dan rileks, kemudian diikuti beberapa regresi beberapa detik untuk membawa subjek ke keadaan normal kembali.

Terminasi adalah proses berpindah kembalinya pikiran bawah sadar (*subconscious*) ke pikiran sadar (*conscious*). Proses terminasi dilakukan apabila seorang subjek telah siap untuk dibangunkan dari ‘tidur hipnosisnya’. Berikut

adalah contoh terminasi secara perlahan yang dapat diberikan kepada seorang suyet

“Sekarang anda rasakan bahwa anda telah kembali tertidur dengan sangat nyenyak seperti pada saat malam hari. Nanti pada hitungan ke lima anda akan dapat bangun dengan tubuh yang sangat segar, sangat bertenaga dan sangat sehat seperti baru terbangun dari tidur yang sangat pulas selama 8 jam.”

“Satu...tarik napas yang dalam dan rasakan bahwa tenaga anda mulai kembali ke dalam tubuh anda.

Dua... tarik napas kembali dan rasakan bahwa tenaga tersebut berubah menjadi energi yang luar biasa di tubuh anda.

Tiga...tarik napas kembali dan rasakan kini tubuh anda terus menjadi semakin segar, sangat segar, dan bertenaga.

Empat...tarik napas kembali dan rasakan anda terus bertambah segar...bertambah semangat...bertambah sehat...dan kini anda bersiap untuk bangun dengan tubuh yang sangat segar, sehat, dan bertenaga.

Lima...tarik napas kembali dan silakan buka mata anda kapanpun anda siap dan bangun dengan tubuh yang sangat sehat.”

4.2.6. Post Hypnotic

Keadaan setelah proses hipnosis selesai seperti pada awal sebelum dilakukan kegiatan hipnosis. Pada fase ini diharapkan apa yang menjadi tujuan

awal dari hipnosis untuk terapi pada subjek tercapai setelah proses hipnosis selesai.

Post hypnotic behavior adalah perilaku atau nilai baru yang didapatkan oleh seorang subjek setelah terbangun dari ‘tidur hipnosis’. Agar *post hypnotic* dapat bertahan lama, sesi hipnosis sebaiknya dilakukan secara rutin dan tidak bertentangan dengan nilai moral sang subjek. Contohnya, menghentikan kebiasaan merokok, kebiasaan marah-marah, rasa percaya diri, dan sebagainya (Rusli & Wijaya, 2009).

“Pada saat anda terbangun nanti...anda sangat benci akan bau rokok karena bagi anda rokok adalah sampah yang sangat bau dan anda akan selalu menghindarinya.”

“Pada saat anda terbangun nanti...entah kenapa anda merasa kenyang dan ketika anda merasa lapar, anda dapat menggantikan rasa lapar tersebut dengan meminum segelas air putih. Dengan demikian nafsu makan anda semakin berkurang”.

“Pada saat anda terbangun nanti...anda adalah orang yang sangat percaya diri dan anda selalu melihat orang lain kagum pada diri anda dan itu membuat anda menjadi semakin mantap dan percaya diri”.

4.3. Indikasi Hipnosis

Penggunaan hipnosis dalam psikiatri khususnya untuk keperluan psikoterapi harus didasarkan lebih dulu pada pengetahuan tentang psikoterapi itu sendiri. Hipnosis dapat membantu psikoterapi, dimana hipnosis dapat

commit to user

mempercepat pengaruh psikoterapi sehingga hasilnya tampak nyata (Maramis, 1998).

Gangguan-gangguan yang dapat ditangani dengan hipnosis secara garis besar dibagi dalam tiga kategori (Peterfy, 1973):

- a) Gangguan psikosomatik, yaitu gangguan yang dialami berupa faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi fisik, jadi gejala yang nampak adalah gejala fisik. Gangguan ini meliputi sistem kardiovaskuler, pernapasan, endokrin, gastrointestinal, dermatologi dan genitourinaria. Hipnosis efektif pada beberapa gangguan SSP, seperti insomnia, nyeri kepala, gagap, tik, dan lain-lain.
- b) Gangguan psikiatrik, yaitu gangguan yang dialami berupa faktor psikologis yang gejalanya nampak pada area psikologis. Hipnosis digunakan untuk mengatasi beragam neurosis konversi, kecemasan, fobia, obsesi-kompulsif, depresi reaktif atau depresi neurotik, dan neurotik pasca trauma.
- c) Kasus-kasus pada bidang lain, seperti anestesi, nyeri persalinan, ekstraksi gigi, mengatasi obstipasi atau retensi urin pasca bedah.

Pengembangan dalam penggunaan hipnosis sangat tergantung dari ketrampilan terapis itu sendiri yang dipengaruhi oleh pengalaman dan penguasaan dalam menggunakan hipnosis, sehingga tidak menutup kemungkinan penggunaan hipnosis untuk indikasi lain dapat terus dikembangkan selain indikasi yang disebutkan di atas (Wain, 1982).

Mulai proses awal hipnosis sendiri dengan relaksasi pun sudah sangat membantu dalam mengatasi keadaan sakit maupun konflik psikis seperti nyeri

atau keadaan tertekan. Selain itu mulai dikembangkan juga pengembangan dengan relaksasi meditasi untuk mengatasi berbagai konflik kejiwaan dan terbukti cukup efektif memberikan kepuasan terhadap pasien, karena peran aktif pasien selanjutnya untuk dapat melakukan sendiri proses relaksasi meditasi (Davis *et al.*, 1982; Suryani, 1997).

4.4. Kontraindikasi Hipnosis

Menentukan indikasi hipnoterapi menurut para ahli adalah lebih sulit dibandingkan untuk menentukan kontraindikasi hipnoterapi. Secara garis besar kontraindikasi hipnoterapi adalah pada keadaan :

- a) Seseorang yang dalam kondisi tidak tenang, gaduh gelisah, misalnya pada psikosis akut sehingga tidak dapat dilakukan kontrak psikis dengan subjek.
- b) Seseorang dalam keadaan yang tidak mengerti apa yang akan dilakukan, misalnya pada orang imbesil atau demensia. Pada mereka tidak akan dapat dilakukan hipnosis dengan cara apapun.
- c) Pada orang yang tidak tahu atau belum mengerti tentang apa yang kita katakan, sugesti verbal tidak akan berpengaruh pada subjek.

Subjek yang memiliki kesulitan dengan kepercayaan dasar seperti pasien paranoid atau yang memiliki masalah pengendalian seperti pasien obsesi-kompulsif, adalah bukan calon yang baik untuk dilakukan hipnosis (Erickson, 1976; Kaplan *et al.*, 1997).

5. HUBUNGAN LIKEN SIMPLEKS KRONIK DENGAN KECEMASAN

Sejak dahulu sudah diketahui bahwa ada suatu hubungan yang sangat

commit to user

abstrak antara tubuh dan pikiran , namun hal tersebut tidak habis habisnya diteliti dikarenakan selalu timbul permasalahan yang sangat menarik, misalnya saja bahwa perasaan cemas, merupakan suatu keadaan yang mampu mempengaruhi berbagai macam organ dan metabolisme di dalam tubuh kita misalnya saja jantung dan pembuluh darah, atau lambung. Dan otak adalah pintu gerbang yang menghubungkan keduanya. Maksudnya adalah aksi yang disebabkan oleh perasaan diatas akan diolah dengan sangat rumit dan cermat oleh otak, dan akan menyebabkan reaksi tertentu bila hal tersebut terus menerus berlangsung . Contohnya adalah bagaimana seseorang yang sedang mengalami stres, dapat menderita penyakit kulit eksim (Liken Simpleks Kronik) akibat stresnya tersebut (Harth *et al.*,2008)

Seperti uraian di atas bahwa kerentanan genetik dapat membantu menjelaskan mengapa seseorang memiliki respon terhadap trauma yang sama. Respon kortisol yang kurang pada beberapa orang terhadap suatu stresor dapat menjadi predisposisi meningkatnya aktifitas simpatis dan inflamasi(Higginset *al.*, 2007).Namun tidak itu saja, Walter Cannon dari bagian Fisiologi Harvard University, sejak beberapa tahun yang lampau sudah mensinyalir bahwa stres yang tidak terkontrol akan meningkatkan tekanan darah, denyut jantung, gangguan kulit, ketegangan otot, dan frekuensi pernafasan, dan disertai pula ketidakseimbangan hormon yang dikeluarkan oleh tubuh serta diproduksinya faktor faktor inflamasi yang turut memperberat kerusakan yang timbul. Oleh karena itu Brocq&Jacquet(1891) menyatakan interpretasi bahwa faktor psikososial dan inflamasi pastinya terlibat sebagai kofaktor dalam onset dan

rumatan penyakit. Pada penelitian psikologis, peningkatan nilai neurotisme, peningkatan eksitabilitas, dan koping inadekuat dengan stres sering kali dan berulang ditemukan. Stres psikososial diduga sebagai kemungkinan peniadaan, tetapi itu juga sebagai suatu konsekuensi dari episode Liken Simpleks Kronik yang diperantarai oleh mekanisme pengaturan neuroendokrin, imunologi, dan vegetatif. Neuropeptida mempunyai peran kunci dalam memahami pasangan antara jiwa dan raga. Sekitar 20% pasien dengan Liken Simpleks Kronik dapat ditetapkan sebagai dasar emosional yang sangat baik untuk kuesioner yang diberikan dalam analisis kluster (Gieler *et al.*, 1990). Riwayat psikologis yang mendalam dari 25 pasien dengan Liken Simpleks Kronik (Heigl-Evers, 1976; Harth *et al.*, 2008) hampir keseluruhan pasien dilaporkan adanya perilaku hendaya atau keterbatasan kontak. Mereka menginterpretasikan rasa malu dan keterbatasan kontak sebagai suatu efek dari perasaan ketidaknyamanan dalam berhubungan dengan orang lain yang disebabkan oleh eksim. Tiap episode Liken Simpleks Kronik disertai reaksi psikososial, yang pada saatnya akan mempengaruhi proses penyakit. Episode terus-berulang meyakinkan banyak dari mereka yang terpapar bahwa mereka tidak memiliki tanggung jawab dalam memberikan pengaruh apapun dalam perjalanan penyakit, memberikan mereka suatu perasaan yang putus asa. Perubahan kulit yang terlihat sering menimbulkan interaksi sosial negatif (Ehlers *et al.*, 1994). Disamping banyak keuntungan dalam diagnosis dan terapi, tidak ada penyembuhan permanen yang dapat segera diantisipasi, sehingga pertanyaan tentang perbaikan kualitas hidup adalah topik utama (Herd *et al.*, 1997). Dari semua dermatosis, Liken Simpleks Kronik adalah satu yang

berhubungan dengan paling terbatasnya kualitas hidup dengan memperhatikan perasaan sehat secara fisik dan emosional dan hubungan sosial. Penurunan nyata dalam kualitas hidup muncul khususnya karena kronisitas penyakit (Higgins *et al.*, 2007).

6. HUBUNGAN HIPNOTERAPI DENGAN LIKEN SIMPLEKS KRONIK

Hipnoterapi merupakan suatu pengobatan komplementer yang dapat memperbaiki atau menyembuhkan suatu gangguan pada kulit (Shenefelt, 2000). Beberapa kasus Liken Simpleks Kronik dengan Hipnoterapi sebagai suatu terapi alternatif dengan lamanya *follow up* sampai empat tahun. Hipnosis bisa bermanfaat sebagai suatu ilmu pengobatan komplementer atau bahkan alternatif untuk Liken Simpleks Kronik (Peterfy, 1973; Lehman, 1978; Wyler-Herperet *et al.*, 1994).

Hubungan emosi terhadap kesehatan kulit dan penderitaan telah diketahui dengan baik. Pada beberapa pasien, jalur yang jelas, sangat langsung dari otak ke kulit dapat digambarkan dengan produksi, melalui sugesti selama trans hipnotik, dari eritema, urtikaria. Literatur tersebut juga berisi banyak penelitian yang berhubungan dengan penghilangan veruca yang terinduksi secara hipnosis. Bukti percobaan menunjukkan bahwa resistensi kulit terhadap rangsangan berbahaya seperti panas atau iritan, dapat diperkuat melalui sugesti hipnosis, atau diturunkan dengan kerentanan yang lebih besar. Disamping aplikasinya dalam pengobatan veruka dan luka bakar, hipnosis diketahui dalam kondisi seperti iktiosis, eksim atopik, dermatitis kontak, Liken Simpleks Kronik, psoriasis, dan akne rosea

(Scott, 1960). Suatu alasan penting untuk menggunakan rangkaian titrasi dari konsentrasi tunggal histamin adalah bahwa kemiringan gradient dan titik akhir titrasi dapat memberikan informasi tambahan yang berhubungan dengan mekanisme efek tersebut. Mekanisme dimana pemberian histamin menginduksi respon kulit yang melibatkan faskuler lokal dan peristiwa neurofisiologis, tidak seperti respon terhadap alergen, tidak melibatkan antibodi imunoglobulin E walaupun mungkin melibatkan aktifitas sel mast sebagai bagian dari suatu efek timbal balik (Dreborg, 1989). Walaupun telah terdapat penelitian yang menunjukkan perubahan temperatur pada kulit (Black, 1963; Maslach *et al.*, 1972; Roberts *et al.*, 1973; Raynaud *et al.*, 1984) yang diperantarai secara neurologis, tidak mungkin untuk mengetahui tepatnya proses yang mana yang dipengaruhi pada kulit selama intervensi. Data menunjukkan tidak ada perubahan pada titik akhir setelah intervensi hipnosis walaupun perubahan yang signifikan terjadi pada gradient, menunjukkan beratnya reaksi sedang dikurangi. Ini sesuai dengan komentar dari subjek dengan lesi yang lebih kecil pada sesi intervensi dimana reaksi gatal berkurang.

7. HUBUNGAN HIPNOTERAPI DENGAN KECEMASAN

Hubungan antara kepekaan untuk dihipnosis dan beberapa gejala kecemasan telah diajarkan. Frankel 1976 pertamakali mengajukan bukti bahwa pasien phobia menunjukkan kepekaan lebih besar dibandingkan kelompok pasien lain dan proporsi dari 24 pasien phobia yang derajat untuk dapat dihipnosis sangat tinggi saat dinilai dengan kepekaan standart. Ada beberapa bukti tambahan yang

mendukung pengamatan ini,(Frankel & Orne, 1976; Gerschmanet *al.*, 1979; Foenderet *al.*, 1980; Spiegel *et al.*, 1982; Robneyet *al.*, 1983; Johnet *al.*, 1983; Kelly, 1984.), tetapi dua penelitian menggunakan teknik penelitian yang berbeda telah gagal untuk menemukan kepekaan hipnosis yang lebih tinggi pada pasien phobia. Frankel (1974) juga berspekulasi bahwa kepekaan hipnosis yang lebih tinggi dapat berdampak sebagai penyebab berkembang dan menetapnya kondisi phobia (Burrowset *al.*, 2001)

Strategi yang paling sering digunakan dalam hipnosis untuk mengobati gangguan kecemasan adalah kombinasi relaksasi fisik yang diinstruksikan dengan menstruktur ulang kognisi menggunakan imageri bersamaan relaksasi fisik. Seperti pengobatan kecemasan dengan desensitisasi sistematis atau relaksasi otot progresif pasien diperintahkan untuk menjaga perasaan rileks dari keluhan fisik (seperti menggunakan bayangan yang mengambang), saat mengabaikan rangsangan yang menimbulkan kecemasan. Instruksi relaksasi harus menggunakan bayangan yang dapat mengurangi ketegangan somatik seperti: mengambang atau ringan dibanding instruksi langsung untuk rileks. Belakangan ini istilah yang lebih gampang dimengerti dapat memicu kecemasan berkaitan dengan pemikiran tentang penampilan yang adekuat, sebaliknya aplikasi dengan metafora somatik biasanya menghasilkan penurunan ketegangan. Tidak seperti desensitisasi sistematis, hipnosis dapat digunakan untuk menghasilkan relaksasi fisik yang lebih cepat tanpa melalui relaksasi otot bertahap dan langkah menggunakan langkah *immagery*. Tidak sama dengan desensitisasi sistematis

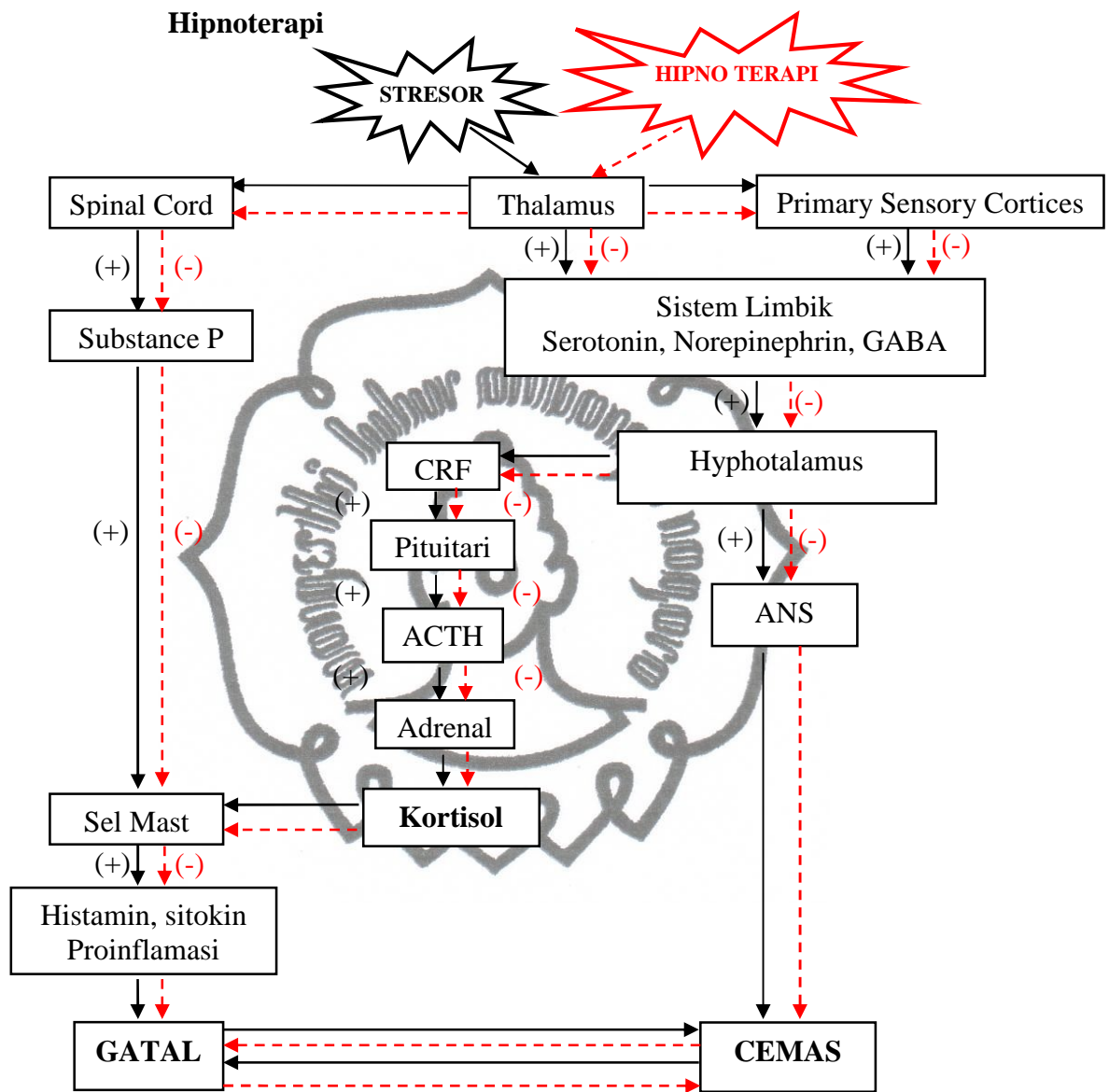
pemasangan relaksasi dengan rangsangan yang menakutkan tidak membutuhkan pengembangan atau bekerja melalui hirarki (Spiegel *et al.*, 2005).

B. KERANGKA BERPIKIR

Untuk menjelaskan bahwa hipnoterapi efektif untuk penurunan Derajat kecemasan dan gatal, berikut dijelaskan suatu kerangka konsep hipnoterapi, yaitu



Skema 2. Kerangka berpikir konseptual tanpa hipnoterapi dan dengan



A. Terdapat dua jalur utama yang mempengaruhi Gatal dan Kecemasan:

A.1. Stresor yang muncul akan diterima oleh Thalamus yang kemudian akan meneruskan sinyal ke Spinal cord di sini spinal cord akan terangsang

commit to user

untuk melepaskan Substance P. yang kemudian akan mengaktifkan sel mast untuk mengeluarkan Histamin, sitokin proinflamasi yang menyebabkan peningkatan, sehingga akan terjadi gatal.

A.2. Stresor yang muncul akan diterima oleh Thalamus yang kemudian diteruskan ke Sistem Limbik dan *primary sensory cortices* (sehingga akan mempengaruhi sistem limbik). Di sistem limbik (Serotonin, Norepinephrin, GABA) akan mempengaruhi Hipotalamus untuk mengeluarkan CRF berlebihan dan disini juga akan terjadi peningkatan aktifitas ANS. Sedangkan CRF sendiri akan merangsang glandula pituitari anterior untuk mengeluarkan ACTH berlebih sehingga ACTH sendiri akan merangsang kortek adrenal untuk mengeluarkan kortisol berlebih sehingga kortisol sendiri akan merangsang sel mast untuk mengeluarkan histamin dan sitokin proinflamasi sehingga terjadi peningkatan di sistem perifer yang kemudian akan terjadi gatal. Peningkatan ANS yang akan menimbulkan gejala-gejala kecemasan misalnya berdebar-debar, keringat dingin dan sebagainya.

B. Hipnoterapi untuk menurunkan derajat kecemasan dan gatal:

B.1. Hipnoterapi akan diterima oleh Thalamus yang kemudian akan meneruskan sinyal ke Spinal cord, sehingga pelepasan Substansi P dari spinal cord tidak berlebihan (sedikit). Selanjutnya aktifitas sel mast dalam menghasilkan histamin dan sitokin proinflamasi menjadi berkurang yang akan menurunkan atau mengurangi gatal dan kecemasan.

B.2. Hipnoterapi akan diterima oleh Thalamus yang kemudian diteruskan ke
commit to user

Sistem Limbik dan *primary sensory cortices* (sehingga akan mempengaruhi sistem limbik). Pada sistem limbik (Serotonin, Norepinephrin, GABA) akan mempengaruhi Hipotalamus untuk menstabilkan pengeluaran CRF yang berlebihan, sehingga pengeluaran ACTH dari glandula pituitari anterior stabil. Selanjutnya aktifitas kortek adrenal menjadi normal dan produksi kortisol stabil, sehingga produksi histamin dan sitokin proinflamasi dari sel mast tidak berlebihan. Dengan demikian gatal dan kecemasan berkurang.

C. HIPOTESIS

1. Hipnoterapi dapat menurunkan Derajat kecemasan pada Liken Simpleks Kronik.
2. Hipnoterapi dapat menurunkan Derajat gatal pada Liken Simpleks Kronik.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian:

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian eksperimental *randomized control trial pretest-post-test control group design* (Pratiknya, 2003).

B. Tempat dan Waktu Penelitian:

Penelitian ini mengambil lokasi di Poliklinik Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta, dengan lama penelitian kurang lebih 10 minggu.

C. Populasi dan Sampel :

Untuk pengambilan besar sampel dihitung berdasarkan rumus

$$N_1 = N_2 = 2 \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)S}{X_1 - X_2} \right]^2 \quad (\text{Sopiyudin, 2006}).$$

Z_α = deviat baku alpha

Z_β = deviat baku beta

S = simpang baku gabungan

$X_1 - X_2$ = selisih rerata minimal yang dianggap bermakna

Kesalahan tipe I = 5%, hipotesis satu arah, $Z_\alpha = 1,64$

Kesalahan tipe II = 15%, maka $Z_\beta = 1,28$

$$\begin{aligned} N_1 = N_2 &= 2 \left[\frac{(1,64 + 1,28) 9}{9} \right]^2 \\ &= 17,05 \end{aligned}$$

didapatkan sampel yang dibutuhkan sebesar 17,05 X 2 kelompok sampel, dibulatkan menjadi 17 x 2 kelompok: 34 sampel. Untuk mengantisipasi risiko drop out, ditambah 10% menjadi 38 sampel.

Populasi penelitian adalah pasien rawat jalan di poliklinik kulit dan kelamin RSUD Dr Moewardi Surakarta, diambil sebanyak angka yang diperoleh

dengan rumus sampel di bawah, dengan menggunakan cara *purposive random sampling*, artinya subjek dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dan dibagi secara acak ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol (Tjokronegoro, 2004). Didapatkan jumlah sampel untuk tiap kelompok=19.

Jumlah sampel total = 38

D. Kriteria Inklusi:

- 1) Pasien rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Dr.Moewardi Surakarta yang didiagnosis Liken Simpleks Kronik oleh dokter Spesialis Kulit dan Kelamin.
- 2) Umur antara 20-60 tahun.
- 3) Bersedia mengikuti penelitian yang dibuktikan dengan membuat *informed consent* tertulis.
- 4) Skor L-MMPI ≤ 10
- 5) Pendidikan minimal tamat SMP.

E. Kriteria Eksklusi

- 1) Mengalami gangguan mental berat (psikotik), yang penilaiannya dengan metode wawancara
- 2) Mengalami gangguan pendengaran sehingga mengganggu komunikasi verbal
- 3) Mengalami gangguan Intelegensi misal imbisil.
- 4) Mengalami gangguan daya ingat misal demensia

F. Variabel-variabel Penelitian:

1. Variabel tergantung (*dependent*) dari usulan penelitian ini adalah Derajat kecemasan dan Skor Gatal (*Pruritic Score*)(Balaskas, 1998 *cit* Nurrachmat *commit to user*)

dan Sunardi., 2004) dari pasien rawat jalan di Poliklinik kulit dan kelamin RSUD Dr Moewardi Surakarta.

2. Variabel bebas (*independent*) adalah perlakuan bagi para responden, yaitu dengan pemberian hipnoterapi.
3. Variabel-variabel luar adalah sebagai berikut:
 - a. Data Identitas Responden (DIR). Data ini diperoleh dengan cara membagi formulir data pribadi dan dari data pasien rawat jalan di poliklinik kulit dan kelamin RSUD Dr Moewardi Surakartayang terdiri atas data mengenai umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan.
 - b. Skala L- MMPI (*Lie- Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) Instrumen ini diisi sendiri oleh subjek. Skala ini adalah untuk mengungkapkan kecenderungan kebohongan subjek penelitian. Nilai batasnya adalah jawaban “ Ya” lebih dari 10 (Sudiyanto, 2003).

G. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Hipnoterapi : metode hipnoterapi yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode menurut “Buku Panduan Resmi Pelatihan Hipnosis” dari *Indonesian Board of Hypnotherapy* 2002 yang dilakukan sebanyak 8 kali, 1 kali dalam seminggu.
2. Derajat kecemasan: diukur dengan menggunakan kuesioner T-MAS, berupa daftar isian yang telah divalidasi penggunaannya di Indonesia dengan hasil baik. Dengan nilai batas pemisah skor 22/23, sensitivitas T-MAS cukup tinggi yaitu 90%, spesivitasnya 95%, nilai ramal positif 94,7%, nilai ramal

negatif 90,4% dan efektifitas diagnosis 92,5%. Reliabilitas instrumen dengan KR 20 reliabilitasnya $r: 0,86$. Butir-butir pernyataan yang sesuai untuk kecemasan/*favourable* yaitu nomor 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49 (**35butir**). Sedangkan butir-butir pernyataan yang tidak sesuai untuk kecemasan/*an favourable* yaitu nomor 1, 3, 4, 9, 12, 15, 18, 20, 25, 29, 35, 38, 43, 44, 50 (**15butir**). Cara penilaian jawaban T-MAS adalah jika pada pertanyaan butir *favourable* dijawab "ya" nilai 1, jika dijawab "tidak" nilai 0. Sebaliknya pertanyaan butir *anfavourable* jika dijawab "tidak" nilai 1, jika dijawab "ya" nilai 0. Penilaian skor dari 50 pertanyaan merupakan skor akhir dari T-MAS (Sudiyanto, 2003).

3. Liken Simpleks Kronik: adalah Skor Gatal yang diukur berdasarkan *Pruritic score* yang telah teruji reliabilitas dan validitasnya ($Kappa 0,732$; $p= 0,005$), mencakup penilaian terhadap derajat periode gatal, intensitas, distribusi, frekuensi, lama tidur, dan bangun malam. Skor Gatal (*Pruritic Score*) yaitu

- a) Periode gatal yang masing-masing mempunyai skor 1 yang terjadi waktu pagi, siang, dan malam, maksimal skor adalah 3.
- b) Intensitas gatal pada pagi dan siang (masing- masing maksimal 5) meliputi
 - 1) Gatal tanpa keinginan menggaruk (skor 1)
 - 2) Dengan beberapa kali menggaruk baru hilang (skor 2)
 - 3) Sering menggaruk gatal baru hilang (skor 3)

- 4) Terasa tidak gatal jika digaruk terus menerus (skor 4)
 - 5) Gatal tidak hilang dengan garukan (skor 5)
 - c) Distribusi gatal saat pagi dan siang, masing- masing lokasi (lengan, tungkai, badan dengan skor 1) dan generalisata dengan skor 5.
 - d) Frekuensi gatal, jika berlangsung kurang dari 10 menit (skor 1), dan apabila lebih 10 menit (skor 5).
 - e) Lamanya waktu tidur yaitu skor 0 untuk tidur 7 jam atau lebih, skor 2 untuk tidur 6 jam, skor 4 untuk tidur 5 jam, skor 6 untuk tidur 4 jam, skor 7 untuk tidur 3 jam, skor 8 untuk tidur 2 jam, skor 9 untuk tidur 1 jam, skor 10 untuk tidur 0 jam (tidak bisa tidur).
 - f) Penilaian terhadap bangun malam hari karena gatal dengan skor setiap bangun 1 dan apabila bangun 5 kali atau lebih dengan skor 5
- Pruritus diklasifikasikan menurut poin total tiap pasien dengan kelas ringan 1-16, sedang 17-32, dan berat 33-48 (Balaskas, 1998 *cit* Nurrachmat dan Sunardi., 2004).
4. Terapi Liken Simpleks Kronik: yaitu terapi standar dari bagian Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Moewardi.

H. Teknik Pengumpulan Data:

1. Pelaksanaan penelitian ini dengan cara menemui langsung responden dan dengan mengedarkan formulir data identitas pribadi (DIR), persetujuan mengikuti penelitian, kuesioner yang mencakup skala L-MMPI, TMAS dan Skor Gatal, yang dijawab pada lembar jawaban dan yang paling utama adalah perolehan data dengan memeriksa responden

commit to user

sebelum perlakuan dan setelah perlakuan hipnoterapi. Responden dipilih secara acak sederhana, sebanyak 38 responden yang dibagi dua yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

I. Jadwal Penelitian:

Penelitian berlangsung selama 10 minggu, dengan tahap- tahap penelitian sebagai berikut:

1. Pengisian formulir data identitas pribadi (DIR)
2. Pengisian persetujuan mengikuti penelitian
3. Pengisian kuesioner L-MMPI
4. Pembagian kelompok kontrol dan kelompok perlakuan secara acak sederhana.
5. Pengisian Kuesioner TMAS dan Skor Gatal
6. Kelompok perlakuan diberi hipnoterapi dengan prosedur 1 kali seminggu sebanyak 8 kali pertemuan/ sesi. Pada dasarnya setiap sesihipnoterapi dilakukan prosedural yang sama, meliputi:
 - a) *Pre induction*, yaitu proses untuk mempersiapkan situasi dan kondisi yang kondusif antara hipnotis dan subjek.
 - b) *Induction*, merupakan sarana utama untuk membawa seorang subjek dari *conscious mind* ke *subconscious mind (trance)*. Ada beberapa metode dalam pelaksanaan induksi ini seperti metode pandang, metode tatap, metode sapa, metode hiperventilasi, dan metode bertahap.

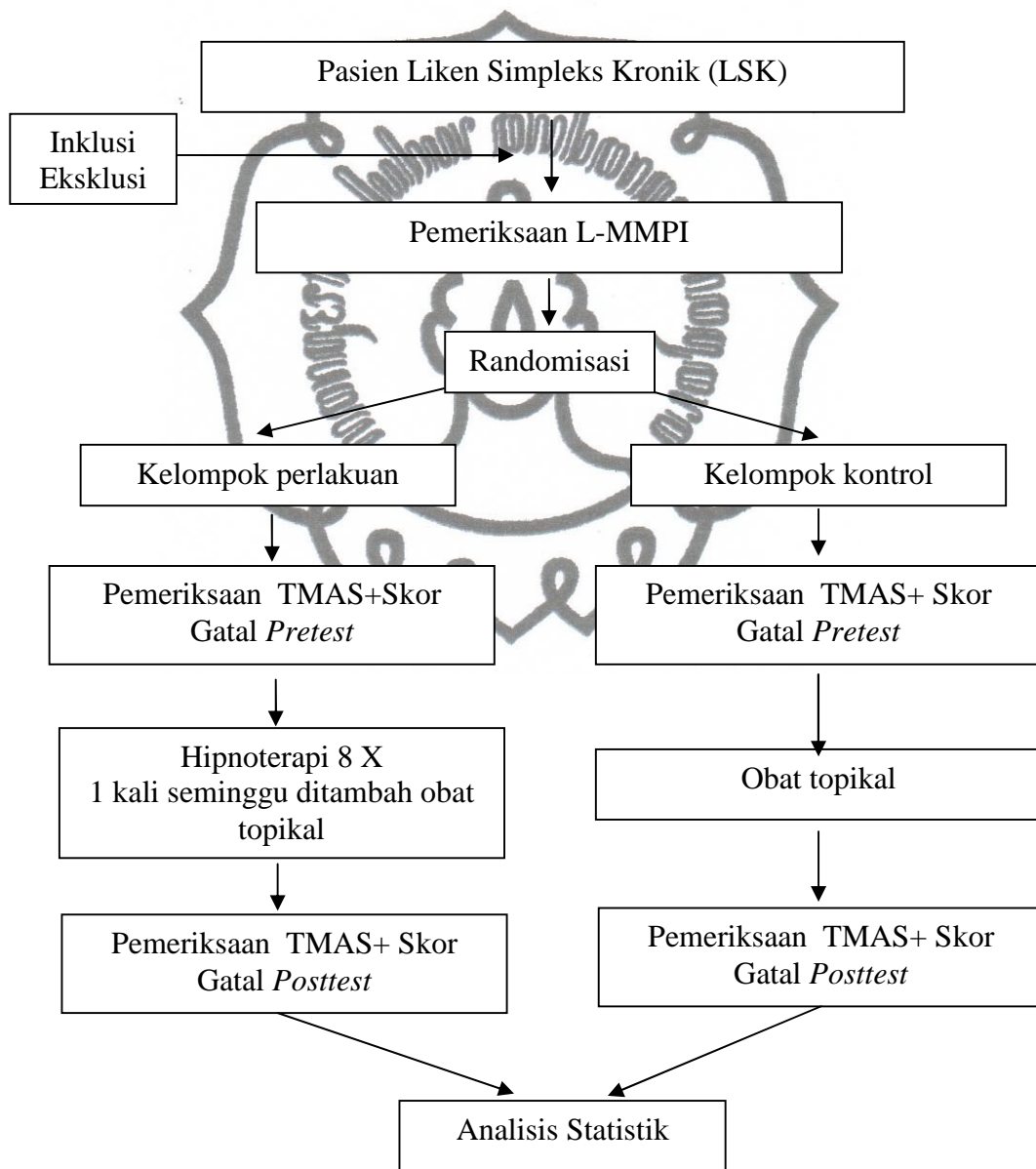
- c) *Depth Level Test*, merupakan tes untuk melihat seberapa jauh kesadaran subjek sudah berpindah dari *consciousmind* ke *subconscious mind*.
- d) *Post Hipnotic Suggestion*, merupakan sugesti yang menjadi nilai baru bagi seorang subjek walaupun telah disadarkan dari tidur hipnosis, tidak akan bertahan lama bilamana tidak sesuai atau bertentangan dengan nilai dasar dari subjek.
- e) *Termination*, suatu tahapan untuk mengakhiri proses hipnosis dengan konsep dasar memberikan sugesti atau perintah agar seorang subjek tidak mengalami kejutan psikologis ketika terbangun dari tidur hipnosis.
- f) *Post Hipnotic*, keadaan setelah proses hipnosis selesai seperti pada awal sebelum dilakukan kegiatan hipnosis. Pada fase ini diharapkan apa yang menjadi tujuan awal dari hipnosis untuk terapi pada subjek tercapai setelah proses hipnosis selesai.

Diharapkan pada setiap sesi didapatkan hasil yang lebih baik dari sesi sebelumnya. Pada akhir penelitian, kuesioner TMAS dibagikan kembali kepada kedua kelompok untuk diisi responden sebagai *post-test* kemudian dilakukan pengisian kuesioner SkorGatal (*Pruritic Score*) oleh peneliti. Membandingkan hasil dan menganalisis secara statistik.

J. Tehnik Analisis Data :

Data yang terkumpul akan diolah dan dianalisis menggunakan program SPSS versi 17.0. Uji statistik menggunakan Uji t tidak berpasangan. Untuk signifikansi hubungan variabel dengan tingkat kemaknaan 5%.

K. Alur Prosedur Penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan penelitian di Poliklinik Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Rumah sakit Daerah Dr. Moewardi Surakarta dari bulan Maret 2010 sampai dengan bulan Mei 2010. Sampel diambil secara *purposive sampling*, yang mana dilakukan pengambilan sampel dengan memilih subjek yang keterwakilannya sudah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi. Didapatkan 38 sampel yang memenuhi syarat, kemudian dilakukan pembagian kelompok kontrol dan kelompok perlakuan secara acak sederhana, didapatkan 19 pasien sebagai kelompok perlakuan dan 19 pasien sebagai kelompok kontrol. Tidak didapatkan pasien yang mengundurkan diri selama sesi terapi baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Tabel 1. Karakteristik Demografi dari Kelompok Perlakuan Hipnoterapi dan Kontrol Pasien dengan Liken Simpleks Kronik

Karakteristik	Perlakuan		Analisis		
	Hipnoterapi	Kontrol	χ^2	t	p
Umur	45,21	42,74		0,919	0,364
Jenis Kelamin					
Pria	10	11	0,106		0,744
Wanita	9	8			
Pendidikan					
SMP	6	10	3,667		0,160
SMA	8	8			
Perguruan Tinggi	5	1			
Agama					
Islam	16	16	0,000		1,000
Kristen	3	3			
Status pernikahan					
Menikah	17	19	2,111		0,146
Belum menikah	2	0			
Penghasilan					
Wiraswasta	8	8	2,800		0,592
Pensiunan	3	2			
Bekerja pada orang lain	2	0			
Lain-lain	4	6			
PNS	2	3			

Pada Tabel 1 ditampilkan karakteristik demografi dari kelompok perlakuan hipnoterapi dan kontrol berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, status pernikahan, penghasilan. Berdasarkan perhitungan statistik *Chi Squared* dan *uji t* tidak didapatkan perbedaan yang bermakna di antara kelompok perlakuan hipnoterapi dan kontrol berdasarkan umur ($t = 0,919$; $p = 0,364$), jenis kelamin ($\chi^2 = 0,106$; $p = 0,744$), pendidikan ($\chi^2 = 3,667$; $p = 0,160$), status pernikahan ($\chi^2 = 2,111$; $p = 0,146$), penghasilan ($\chi^2 = 2,800$; $p = 0,592$). Hal ini menunjukkan bahwa secara demografi sampel adalah homogen atau setara dalam hal demografi.

Tabel 2. Skor awal kecemasan dan gatal di antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Karakteristik	Perlakuan		Kontrol		Analisis	
	Rerata	SD	Rerata	SD	t	P
Pre Skor TMAS	28,16	3,891	27,47	2,091	0,675	0,192
Pre Skor Gatal	20,42	5,591	22,00	3,350	-1,056	0,392

Pada Tabel 2 ditampilkan Skor awal kecemasan dan gatal di antara kelompok perlakuan dan kontrol. Dengan uji *t* tidak didapatkan perbedaan yang bermakna di antara kelompok perlakuan hipnoterapi dan kontrol, yang mencakup: penilaian rerata Skor TMAS sebelum perlakuan ($t = 0,675$; $p = 0,192$) dan penilaian rerata Skor Gatal sebelum perlakuan ($t = -1,056$; $p = 0,392$). Dari hasil tersebut disimpulkan sampel adalah berasal dari kelompok yang setara atau homogen yang ditunjukkan secara analisis statistik.

Tabel 3. Perbedaan Rerata Derajat Cemas dan Gatal Sebelum dan Sesudah Perlakuan dari Kelompok Perlakuan Hipnoterapi dan Kontrol Pasien dengan Liken Simpleks Kronik

Karakteristik	Perlakuan	Analisis		Kontrol	Analisis	
	Mean	t	p	Mean	t	p
Pre Skor TMAS	28,16	12,605	0,000	27,47	7,566	0,000
Post Skor TMAS	16,37			19,11		
Pre Skor Gatal	20,42	9,313	0,000	22,00	19,07	0,000
Post Skor Gatal	7,68			13,84		

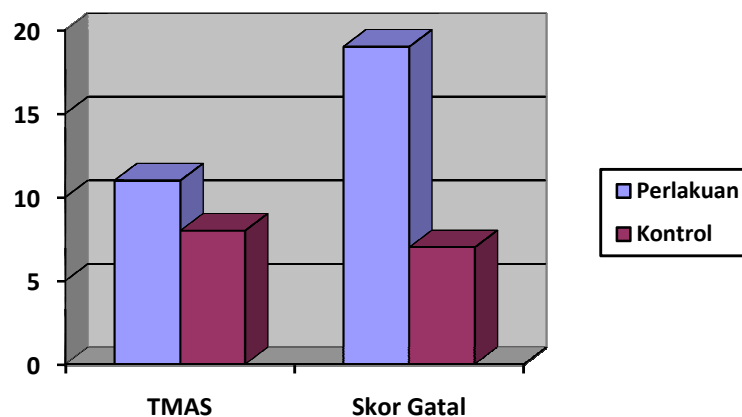
Dari tabel 3, didapatkan adanya perbedaan penurunan rerata skor yang sangat bermakna secara statistik baik rerata Skor TMAS maupun rerata Skor Gatal di antara kelompok perlakuan hipnoterapi ($t = 12,605$; $p = 0,000$) ($t = 9,313$; $p = 0,000$) dan kelompok kontrol, ($t = 7,566$; $p = 0,000$), ($t = 19,079$; $p = 0,000$),

Tabel 4. Perbandingan perubahan Derajat Cemas dan Gatal antara perlakuan dan kontrol

	Perlakuan	Kontrol	Analisis	
	Rerata	Rerata	t	p
Perubahan Skor TMAS	11,53	8,37	2,251	0,031
Perubahan Skor Gatal	13,89	7,42	4,870	0,000

Pada Tabel. 4 ditampilkan hasil perbaikan atau perubahan klinik pasien dengan Liken Simpleks Kronik yang mendapat perlakuan dibandingkan dengan kontrol. Terdapat perbedaan secara bermakna perubahan Skor TMAS pada pasien yang mendapat Hipnoterapi dibandingkan kontrol ($t= 2,251, p= 0,031$) dengan nilai juga didapatkan perubahan Skor Gatal pada pasien yang mendapat Hipnoterapi dibandingkan kontrol ($t= 4,870, p= 0,000$). Diperjelas dengan grafik 1.

Grafik 1. Perbandingan perubahan Derajat Cemas dan Gatal antara perlakuan dan kontrol



Tabel 5. Korelasi antara Penurunan Derajat Cemas dan Gatal dari Kelompok Perlakuan Hipnoterapi Pasien dengan Liken Simpleks Kronik

Karakteristik	Analisis		
	r	N	p
Penurunan Skor TMAS	0,562*	19	0,012
Penurunan Skor Gatal			

Dari Tabel 5, Pada kelompok perlakuan dengan menggunakan uji *korelasi Pearson*, didapatkan adanya hubungan antara penurunan derajat cemas dan gatal yang bermakna secara statistik.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Subjek Penelitian

Pada karakteristik demografi dari kelompok perlakuan hipnoterapi dan kontrol dengan perhitungan statistik menunjukkan bahwa kelompok-kelompok perlakuan tersebut adalah setara. Karakteristik demografi tersebut mencakup umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, status pernikahan, dan penghasilan.

Demikian juga kesetaraan kelompok perlakuan dan kontrol tersebut dalam hal rerata skor awal TMAS dan Gatal, yang mana dengan perhitungan statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna pada skor awal TMAS dan Gatal. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa subjek penelitian adalah berasal dari sampel yang homogen.

B. Penilaian hasil penelitian

Dari hasil penelitian ini didapatkan adanya perbaikan skor TMAS dan Gatal pada kelompok perlakuan maupun kontrol. Akan tetapi perbaikan dalam kedua indikator tersebut lebih besar pada kelompok perlakuan dibanding kelompok kontrol (Skor TMAS $t=2.551$; $p= 0.031$ dan Skor gatal $t=4.870$; $p=0.000$)

Temuan ini sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa Hipnoterapi merupakan suatu pengobatan komplementer yang dapat memperbaiki atau menyembuhkan suatu gangguan pada kulit (Shenefelt, 2000).

commit to user

C. Penilaian Hubungan Derajat Kecemasan dan Gatal

Dengan menggunakan uji *korelasi Pearson*, penelitian ini mendapatkan adanya hubungan antara derajat kecemasan dan gatal yang bermakna secara statistik. Temuan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Harth dan kawan-kawan untuk melihat hubungan yang erat antara persepsi terhadap gatal dan distres psikologis (Harth *et al.*, 2008). Demikian juga penelitian yang dilakukan Gieler dan kawan-kawan sekitar 20% pasien dengan Likert Simpleks Kronik dapat ditetapkan sebagai dasar emosional yang sangat baik untuk kuesioner yang diberikan dalam analisis kluster (Gieler *et al.*, 1990) dan riwayat psikologis yang mendalam dari 25 pasien dengan Likert Simpleks Kronik (Heigl-Evers, 1976 *Cit.* Harth *et al.*, 2008).

Pada penelitian yang lain, Frankel 1976 pertama kali mengajukan bukti bahwa pasien phobia menunjukkan kepekaan lebih besar dibandingkan kelompok pasien lain dan proporsi dari 24 pasien phobia yang derajat untuk dapat dihipnosis sangat tinggi saat dinilai dengan kepekaan standart. Ada beberapa bukti tambahan yang mendukung pengamatan ini (Frankel & Orne, 1976; Gerschman *et al.*, 1979; Foenander *et al.*, 1980; Spiegel *et al.*, 1982; Robney *et al.*, 1983; John *et al.*, 1983; Kelly, 1984.), tetapi dua penelitian menggunakan teknik penelitian yang berbeda telah gagal untuk menemukan kepekaan hipnosis yang lebih tinggi pada pasien phobia. Frankel (1974) juga berspekulasi bahwa kepekaan hipnosis yang lebih tinggi dapat berdampak sebagai penyebab berkembang dan menetapnya kondisi phobia (Burrows *et al.*, 2001).

Faktor psikologis yang berperan dalam kekambuhan Liken Simpleks Kronik salah satunya adalah kecemasan. Liken Simpleks Kronik adalah suatu istilah yang biasanya digunakan bergantian dengan neurodermatitis, hal tersebut menunjukkan adanya peran kecemasan atau obsesi sebagai bagian dari proses patologi berkembangnya lesi (Woodruff *et al.*, 1997).

Kecemasan sering terjadi pada berbagai kelainan kulit, sehingga pasien penyakit kulit dengan gangguan psikologis yang bermakna perlu kerjasama dengan psikiater. Adanya penyakit kulit yang tidak sesuai proporsi penyakit kulit menandakan adanya kemungkinan latar belakang masalah psikologis (Woodruff *et al.*, 1997).

Seperti halnya penelitian Valente (2003), bahwa hipnosis dapat memperbaiki *self-esteem*, kecemasan dan meningkatkan kepercayaan diri.

Dari beberapa kasus Liken Simpleks Kronik dengan Hipnoterapi sebagai suatu terapi alternatif dengan lamanya *follow up* sampai empat tahun. Hipnosis bisa bermanfaat sebagai suatu ilmu pengobatan komplementer atau bahkan alternatif untuk Liken Simpleks Kronik (Peterfy, 1973; Lehman, 1978; Wylers-Herperet *et al.*, 1994). Walaupun telah terdapat penelitian yang menunjukkan perubahan temperatur pada kulit (Black, 1963; Maslach *et al.*, 1972; Roberts *et al.*, 1973; Raynaud *et al.*, 1984) yang diperantarai secara neurologis, tidak mungkin untuk mengetahui tepatnya proses yang mana yang dipengaruhi pada kulit selama intervensi, hal ini sesuai dengan komentar dari subjek dengan lesi yang lebih kecil pada sesi intervensi di mana reaksi gatal berkurang.

D. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yang kemungkinan berpengaruh pada hasil dan generalisasi, antara lain :

- 1) Sampel penelitian. Pada penelitian ini tidak menilai kepribadian dasar, ada tidaknya komorbid dengan gangguan medis lainnya.
- 2) Penyebab Liken Simpleks Kronik. Penelitian ini tidak menilai penyebab Liken Simpleks Kronik yang diderita, sehingga keefektifan hipnoterapi pada keluhan gatal yang disebabkan oleh keganasan atau penyebab organik lainnya tidak dapat diketahui.
- 3) Instrumen. Pada penelitian ini digunakan instrumen TMAS bersifat *self inventory* yang dinilai oleh pasien sendiri dan bersifat sangat subjektif, demikian pula halnya dengan keluhan gatal itu sendiri adalah subjektif adanya. Di sini dapat terjadi bias laporan karena subjek yang berpartisipasi dalam penelitian ini mungkin menginginkan terapi tambahan dengan melaporkan adanya dan keparahan gejala secara berlebihan, atau sebaliknya subjek mungkin kurang melaporkan gejala yang mungkin memalukan.
- 4) Terapis. Oleh karena terapis dan penilai adalah peneliti sendiri, tentu saja faktor subjektivitas menjadi sangat tinggi, sehingga kemungkinan hasil yang diperoleh dapat mengalami bias.

BAB VI

KESIMPULAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, dapat dikemukakan kesimpulan sebagai berikut :

1. Hipnoterapi efektif menurunkan derajat kecemasan pada pasien dengan Liken Simpleks Kronik
2. Hipnoterapi efektif menurunkan derajat gatal pada pasien dengan Liken Simpleks Kronik

B. Saran

Berdasarkan keterbatasan dan simpulan penelitian yang diperoleh dari penelitian ini maka peneliti mengajukan beberapa saran sebagai berikut :

1. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai dasar penyusunan *Standart Operasional Procedure* (SOP) penatalaksanaan pasien cemas dan Liken Simpleks Kronik di Instalasi rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Moewardi Surakarta
2. Penelitian ini dapat menjadi landasan penelitian selanjutnya sehingga dapat memberikan keuntungan dalam hal penatalaksanaan pasien cemas, dan Liken Simpleks Kronik di masa mendatang.
3. Hipnoterapi dapat digunakan sebagai terapi tambahan (*adjuvant*) dalam penanganan pasien cemas dan Liken Simpleks Kronik..

commit to user

4. Menilai penyebab Liken Simpleks Kronik yang diderita, sehingga keefektifan hipnoterapi pada keluhan gatal yang disebabkan oleh keganasan atau penyebab organik lainnya dapat diketahui.
5. Menggunakan Instrumen yang lebih objektif seperti pemeriksaan laboratorium dan pathologi anatomi.
6. Seharusnya antara terapis dan penilai adalah orang yang berbeda sehingga faktor subjektifitas menjadi rendah.

