
Efektivitas Cognitive Behavior Therapy untuk Menurunkan Kecemasan Mahasiswa Terhadap Dosen

Normalia, Herdina Indrijati

Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga Surabaya

*normalia-2018@psikologi.unair.ac.id

ABSTRACT

The case study describes a short-term cognitive behavior therapy in dentistry co-assistance student (female, 24 years) who experienced symptoms of anxiety to her lecturer which resulted in the delay of the task consultation for a year, so that it approached to the deadline of co-assistance period (± 3 months). Short-term CBT was given for 2 months consisting of 3 observation and initial assessment sessions; 5 CBT sessions of 90 minutes per session. The client came with the complaints of constant anxiety symptoms. CBT will reduce psychological symptoms of anxiety consisting of cognitive symptoms (feeling unable to solve problems, fear that something bad will happen, mixed thoughts or confusion); emotional symptoms (irritability, restlessness); behavioral symptoms (avoiding consulting assignments for a year and dependence) and physical symptoms of anxiety (nausea, vomiting, shaking, fever, difficulty sleeping the day before the consultation which symptoms disappeared when it was cancelled; the symptoms also appeared when client met the x lecturer directly). It was single case design with ABA design. The level of anxiety was measured by The Tailor Manifest Anxiety Scale (TMAS). Comparison of pre and post treatment showed marked decrease from the TMAS pre-test score of 23 (anxious) to 19 (non-anxious). The results reflect that CBT are an effective mode of treatment for the symptoms of anxiety.

Keywords : Cognitive Behavior Therapy, Anxiety, Student

ABSTRAK

Studi kasus ini menggambarkan cognitive behavior therapy (CBT) format pendek terhadap mahasiswi (24 tahun) co-assistance kedokteran gigi yang mengalami gejala kecemasan dalam berkonsultasi tugas dengan salah satu dosen di departemen ortopedi. Kondisi ini berakibat klien menunda konsultasi tugas selama setahun sehingga mendekati batas akhir koas (± 3 bulan). CBT versi pendek diberikan selama 2 bulan yang terdiri dari 3 sesi observasi dan asesmen awal; 5 sesi CBT dengan waktu 90 menit per sesi. Klien mengeluhkan munculnya gejala kecemasan yang konstan. CBT bertujuan mengurangi gejala psikologis dari kecemasan yang terdiri dari gejala kognitif (merasa tidak mampu menyelesaikan masalah, takut sesuatu yang buruk akan terjadi, pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan), gejala emosi (mudah marah, tersinggung, sedih), gejala perilaku (menghindari konsultasi tugas selama setahun dan ketergantungan) dan gejala fisik (mual, muntah, gemetar, demam dan sulit tidur sehari sebelum konsultasi yang gejala tersebut menghilang ketika konsultasi dibatalkan; gejala juga muncul ketika bertemu langsung dengan dosen ybs.). Penelitian ini merupakan penelitian single-case design dengan desain ABA. Tingkat kecemasan klien diukur menggunakan Tailor Manifest Anxiety Scale (TMAS). Perbandingan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah tritmen menunjukkan adanya penurunan dilihat dari skor TMAS pre-test 23 kategori cemas menjadi 19 kategori tidak cemas. Hal ini merefleksikan tritmen CBT efektif untuk menurunkan gejala kecemasan.

Kata kunci: Cognitive Behavior Therapy, Kecemasan, Mahasiswa

Pendahuluan

Rasa gelisah, cemas dan tegang dalam merespon suatu stressor adalah adaptif bagi individu (Hidalgo & Sheehan, 2012). Meskipun demikian bila kecemasan semakin memburuk dan menghabiskan waktu individu secara tidak seimbang yang disebabkan sejumlah stressor, menjadi persisten dan menghambat fungsi, maka dapat diklasifikasikan dengan gangguan kecemasan (American Psychiatric Association, 2013).

Menurut Nevrid & Ratus (2005) suatu kondisi individu dikatakan mengalami kecemasan tentang sejumlah kejadian menjadi persisten, tidak terkontrol dan diasosiasikan dengan empat gejala yakni (1) gejala fisik (seperti kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit nafas, jantung berdetak kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung. Sundari (2004) menambahkan kepala pusing, nafsu makan berkurang, tidur tidak nyenyak dan dada sesak. Rochman (2010) menjelaskan adanya gejala mual, muntah, badan terasa lelah dan seringkali menderita diare. (2) Gejala *behavioural*/perilaku (seperti menghindar, terguncang, melekat dan dependen). (3) Gejala kognitif (seperti khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, sulit berkonsentrasi. Rochman (2010) menambahkan adanya fantasi, delusi of persecution (delusi yang dikejar-kejar). (4) Gejala emosi (seperti adanya emosi yang kuat dan tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan *exited* yang memuncak, sangat *irritable*, Rochman, 2010).

Faktor yang berpengaruh terhadap perkembangan kecemasan pada individu adalah (1) lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja, sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya. (2) Emosi yang ditekan. Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama. (3) Sebab-sebab fisik. Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan (Ramiah, 2003)

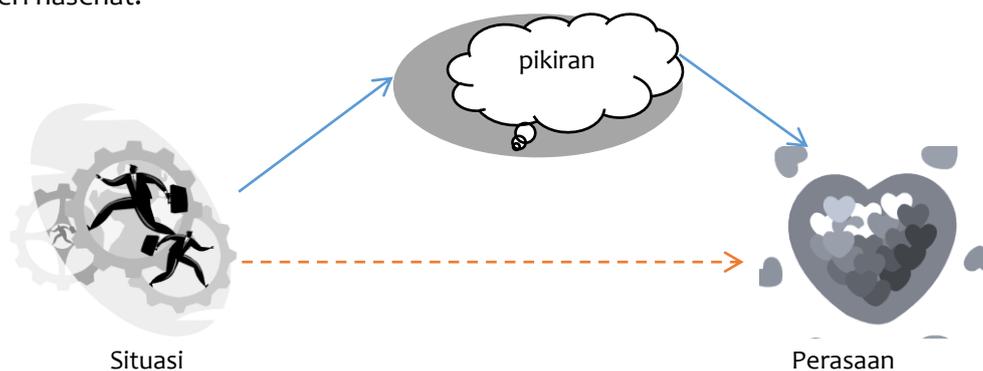
Menurut World Health Organization (2016) kecemasan merupakan salah satu gangguan mental dan lebih dari 260 juta orang hidup dengan gangguan kecemasan di dunia. Prevalensi gangguan mental sering mulai terjadi pada usia muda daripada populasi usia lain. Penelitian Ahmad, Faque dan Seidi (2017) menunjukkan bahwa prevalensi gangguan kecemasan pada mahasiswa lebih dari 80%.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kecemasan mahasiswa dengan dosen pembimbing dalam menyelesaikan tugas akhir (Malfasari dkk., 2018; Karyanah, 2016). Menurut penelitian Mujiyah dkk. dalam Januarti (2009) diperoleh kendala-kendala yang biasa dihadapi mahasiswa dalam menulis tugas akhir skripsi yang bisa menimbulkan kecemasan antara lain kendala internal yang meliputi malas, motivasi, dan takut bertemu dosen pembimbing. Kendala eksternal meliputi dosen pembimbing skripsi, literatur. Terbatasnya dana dan metodologi penelitian.

Studi sebelumnya menunjukkan bahwa tritmen paling efektif untuk menurunkan gejala kecemasan adalah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). CBT yang merupakan kombinasi terapi kognitif dan perilaku memiliki bukti empiris yang mendukung penanganan gangguan mood dan kecemasan (Chambless & Ollendick dalam Cully & Teten, 2008). Hasil metanalisis

mengindikasikan multi modal CBT efektif untuk gejala kecemasan dan depresi pada penanganan awal (Twomey, Reilly, Byrne, 2015). Norton and Price (2007) meneliti keefektifan CBT pada spektrum kecemasan. Hasil mengindikasikan tritmen CBT menunjukkan outcome tritmen lebih besar daripada kelompok kontrol yang tidak mendapat tritmen atau placebo pada semua gangguan kecemasan. Pada riset ini melalui multiple meta-analisis juga mengindikasikan CBT tritmen efektif untuk menurunkan gangguan kecemasan pada orang dewasa. Hal ini senada dengan penelitian Stewart, RE & Chambless D.L. (2009) dalam studi meta analisis menunjukkan bukti bahwa CBT dalam kondisi representasi klinis terbukti secara signifikan efektif untuk gangguan kecemasan pada orang dewasa.

Premis dasar dari CBT adalah bahwa emosi sulit berubah secara langsung, sehingga CBT menargetkan emosi dengan mengubah pikiran dan perilaku yang berkontribusi dalam menekan emosi (lihat gambar 1). CBT bertujuan untuk membentuk seperangkat keterampilan yang menjadikan individu lebih menyadari pikiran dan emosinya, mengidentifikasi bagaimana situasi, pikiran dan perilaku mempengaruhi emosi dan meningkatkan perasaan dengan mengubah pikiran dan perilaku disfungsional. Proses dari perolehan keterampilan dalam CBT bersifat kolaboratif. Perolehan *skill* dan tugas rumah diatur dalam CBT sebagai bagian dari “terapi bicara”./*talk therapy*. Waktu sesi harus benar-benar digunakan untuk mengajari keterampilan/skill untuk menghadapi masalah saat ini dan tidak sekedar mendiskusikan masalah dengan klien atau memberi nasehat.



Gambar 1. Model CBT

Metode Penelitian

Desain Penelitian

Desain penelitian single case ABA digunakan untuk mengetahui keefektifan CBT pada tritmen kecemasan mahasiswa terhadap dosen

Sampel

Sampel terdiri dari klien tunggal (N= 1) yang berusia 24 tahun.

Karakteristik sampel/deskripsi kasus. Ms. X adalah wanita berusia 24 tahun, anak pertama dari dua bersaudara yang sedang menjalani coas (*co-assistance*) kedokteran gigi. Dia mendaftar di undangan praktik psikologi magister profesi psikologi dan mengeluhkan gejala psikologis dan emosi, yakni rasa khawatir dan ketegangan ketika berhadapan dengan dosen WA (dosen pembimbing Klien di Departemen Orto). Ia juga mengeluhkan munculnya gejala fisik dari kecemasan, yakni setiap kali klien hendak merencanakan konsultasi dengan dosen WA, beberapa hari sebelumnya ia mengalami susah tidur, mual, terkadang muntah, dan pusing. Klien mengalami tiga kali gejala fisik saat berencana konsultasi yang kemudian gejala tersebut menghilang ketika

ia memutuskan untuk menunda konsultasi. Kondisi ini menimbulkan perilaku menunda konsultasi dengan dosen WA kurang lebih 1 tahun, dengan mengerjakan tugas dari departemen lain dan melanjutkan pengerjaan kasus kakak tingkat. Hal ini berdampak rasa cemas bagi klien karena semakin mendekati pada batas akhir waktu coass, kurang lebih 3 bulan.

Klien melaporkan bahwa kecemasan terhadap dosen WA ini ia peroleh dari pengalamannya sendiri ketika pernah satu kali berkonsultasi pengajuan subjek untuk pengerjaan kawat gigi. Pengajuan tersebut ditolak dan klien melaporkan bahwa ia mendapatkan perkataan yang kurang menyenangkan, seperti “kasus gitu kok diambil” yang kalimat itu dipersepsikan Klien bahwa “kamu lo ngajuin pasien kok gitu, kelihatan bodo.” Selain itu Klien juga mendengar cerita negatif tentang dosen WA dari teman dan melihat secara langsung situasi teman yang sedang bimbingan dimarahi dan dihempaskan laporannya.

Terkait latar belakang keluarga, Ms. X melaporkan bahwa dalam keluarganya sering terjadi perdebatan. Hal ini dikarenakan gap generasi yang jauh antara dirinya dengan ayahnya dengan selisih usia 41 tahun. Perdebatan inilah yang membuatnya sangat jarang berkomunikasi dengan ayahnya. Orangtua klien menerapkan pola asuh yang keras dan dominan. Klien menceritakan di usia 3-4 tahun dalam menangani perilaku kenakalan klien dengan memasukkan di kamar, gelap dan menguncinya dari luar sebanyak tiga kali, sehingga klien berkembang menjadi pribadi yang pencemas, hingga ketika remaja ia menjadi lebih berani untuk berdebat/melawan dengan orangtua. Mereka juga melabel klien dengan “anak yang *ngeyel*/melawan dengan mendebat.” Klien sejak kecil diketahui memiliki latar belakang pendidikan memiliki prestasi akademik yang baik di sekolah dan memenangkan beberapa perlombaan. Klien melaporkan bahwa ibu lebih mendorong kompetisi akademiknya dengan membandingkan dengan teman-temannya dan hal ini juga terjadi kembali yang mana Ibu klien membandingkan klien dengan teman-teman mahasiswa klien yang sudah menyelesaikan coas mereka. Klien juga melaporkan bahwa Ibu klien membandingkan dirinya dengan adik laki-lakinya yang memiliki sifat kalem dan penurut dengan berkata, “kamu itu IQ-nya memang tinggi, tapi EQ-mu rendah, Adikmu memang IQ-nya tidak terlalu tinggi, tapi EQnya tinggi.”

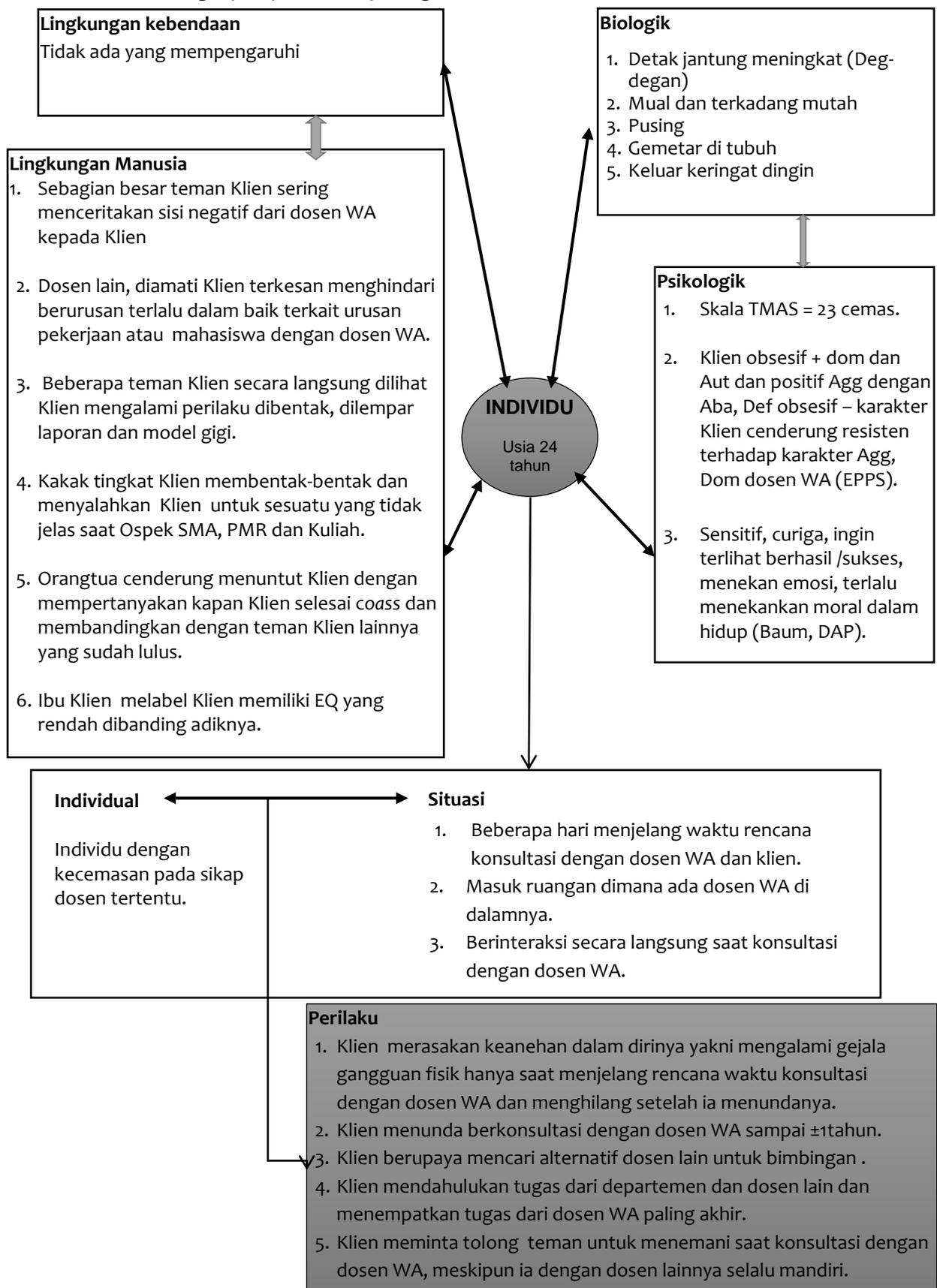
Pengukuran Asesmen

Taylor Manifest Anxiety Scale/TMAS (Taylor dalam Duarsa, 2019). TMAS digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan klien. Aspek TMAS terdiri dari aspek psikologis dan fisiologis. Skala ini terdiri dari 50 buah pernyataan dengan dua alternatif jawaban “ya” dan “tidak” yang ditulis dalam bentuk “favourable” dan “unfavourable”. TMAS merekam respon dalam 2 poin yang sesuai = 1 dan tidak sesuai = 0, sehingga skor berkisar antara 0 sampai 50. Di Indonesia TMAS diadaptasi oleh Djuni Utari dan telah digunakan secara luas baik untuk penelitian dan pelaksanaan praktis. Koefisien reliabilitas TMAS adalah 0,864 (Arismawati, 2016). Interpretasi skor : <21 tidak cemas, >21 cemas.

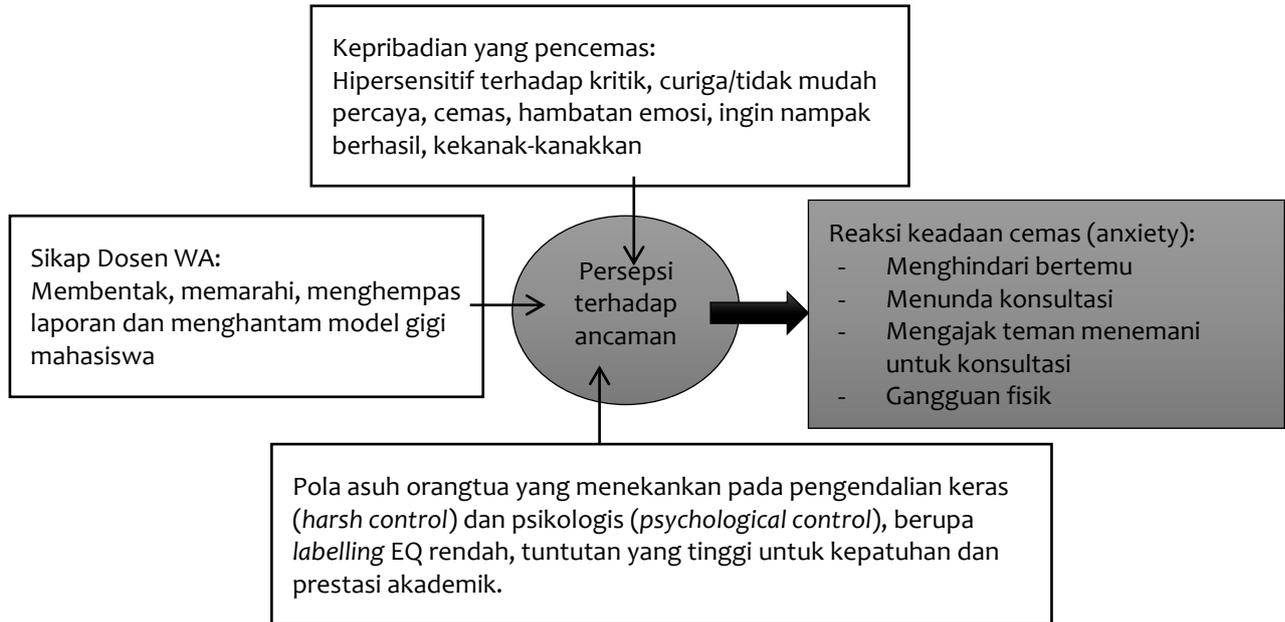
Prosedur

Konseptualisasi kasus. Kasus Ms. X dikonseptualisasikan menggunakan model psikodinamika Marsella dan Snyder dalam Sukaji, (2000.). Sikap dan perilaku dosen WA menjadi *trigger* kecemasan klien yang dipengaruhi secara dominan oleh faktor lingkungan manusia dan

psikologik sehingga berdampak gejala fisik dan klien berperilaku menghindari sumber kecemasan. Lebih lengkap dapat dilihat pada gambar 2 dan 3.



Gambar 2. Model psikodinamika Marsella dan Snyder dalam Sukaji, (2000)



Gambar 3. Bagan proses terjadinya kecemasan dalam diri klien

Intervensi. Penelitian ini diambil dari penanganan kasus di praktik kerja profesi psikologi di Laboratorium Universitas Airlangga. CBT (Cully & Teten, 2008) versi pendek (4-8 sesi) diikuti klien dengan jumlah 3 sesi pra CBT dan 5 sesi CBT; masing-masing sesi dilaksanakan dalam waktu 90 menit, seminggu sekali (tabel 1).

Sesi Pra CBT difokuskan untuk memeriksa latar belakang klien dan menganalisa permasalahan klien menggunakan model A-B-C dari CBT; melakukan asesmen kepribadian dan mengukur tingkat kecemasan pre-tritmen. Konseptualisasi kasus dijelaskan ke klien dengan model psikodinamika Marsella dan Snyder dalam Sukaji, (2000).

Sesi pertama CBT, Klien dijelaskan tentang model kognitif CBT bahwa rasa cemas bukan disebabkan situasi tetapi berasal dari pikiran yang mempengaruhi perasaan dan selanjutnya ke perilaku, sehingga titik fokus CBT adalah dengan melakukan perubahan pikiran dalam menerjemahkan situasi. Proses CBT ini tidak sekedar memberi nasehat tetapi lebih pada perolehan *skill* yang dapat dipraktikkan dalam menyelesaikan masalah klien di dunia nyata. Tujuan terapi didefinisikan dan tahapan terapi disusun dan penugasan rumah.

CBT terdiri dari pernafasan dalam, berlatih pernafasan untuk merilekskan tubuh dan mengendurkan ketegangan pada otot. Kemudian dilanjutkan dengan tehnik reframing dengan membantah pikiran dan keyakinan maladaptif, imagery, pengecekan opini atau fakta dari pikiran maladaptive, pencarian fakta yang mendukung dan kontradiksi dari pikiran dan keyakinan maladaptive, problem solving dan diakhiri dengan aktivasi perilaku.

Pernafasan dalam (*diaphragmatic/abdominal*) bertujuan untuk mengurangi respon stress dengan menggantikan ketegangan pada otot dengan relaksasi dan memutus siklus yang memunculkan kondisi pusing. Pelatihan pernafasan dalam yang dilakukan saat ketegangan memuncak dalam pelaksanaan tehnik reframing dengan role play membantah pikiran dan keyakinan maladaptif digunakan sebagai prosedur penanggulangan ketegangan fisik yang muncul. Ms. X diminta untuk membantah pikiran/keyakinan otomatis yang maladaptif dengan role play peneliti sebagai hakim yang menyuarakan pikiran/keyakinan maladaptif dan klien yang secara spontan membantah. Ketika dalam sesi ini ketegangan fisik muncul maka roleplay dihentikan sementara dan dilakukan relaksasi dengan pernafasan dalam yang sudah dilatihkan. Ms. X diberikan penugasan *imagery* di lokasi nyata (ruang orto) ketika masih kosong untuk

melakukan pembayangan bertemu dan berkonsultasi dengan dosen W, kemudian pikiran/keyakinan mal adaptif yang muncul dibantah sesuai latihan skill yang telah dipelajari sebelumnya.

Self report terkait perubahan dari tingkatan kecemasan akan beberapa pikiran/keyakinan maladaptif diukur setelah penerapan satu tehnik CBT dilakukan. Pikiran/keyakinan maladaptif yang masih dalam tingkatan tinggi dilakukan penanganan menggunakan tehnik berikutnya, yakni restrukturisasi kognitif melalui pengecekan opini atau fakta dari pikiran maladaptif, pencarian fakta yang mendukung dan kontradiksi dari pikiran dan keyakinan maladaptif. Tujuan dari cognitive restructuring ini supaya klien mengenali bahwa pikiran/keyakinan maladaptif mereka tidak sepenuhnya benar. Ini dapat menjadi sulit untuk menerima ide bahwa pikiran bukan fakta pada awalnya, terutama ketika kita berada dalam gejolak emosi. Terdapat pikiran yang bersifat fakta seperti “saya gagal tes” namun ada yang bersifat opini, “saya bodoh”. Namun dengan berlatih untuk menganalisa dengan membedakan fakta atau opini dan mencari fakta yang mendukung dan kontradiksi dari pikiran/keyakinan maladaptif maka klien akan memiliki skill untuk membuat keputusan/pandangan apakah pikirannya didasarkan bukti atau opini saja.

Supaya klien dapat mengaplikasikan keterampilan *problem solving* selama CBT, maka perlu dilatih strategi efektif dalam penyelesaian masalah, yakni:

- Memilih masalah
- membuka pikiran dengan semua solusi yang dapat diambil
- mendaftar prospektif dan konsekuensi dari masing-masing potensial solusi
- memverifikasi solusi terbaik
- membuat rencana
- memutuskan rencana yang dijalankan

Skill dan tehnik yang efektif menggunakan aktivasi perilaku (*behavioural activation*) bertujuan untuk mengubah pemikiran klien menjadi lebih positif. Penugasan: membuat daftar hal yang perlu dilakukan untuk membuat diri lebih baik saat ini. Kemudian membuat jadwal perilaku tersebut, kesulitannya apa? dan bagaimana mengatasinya?

Klien diminta untuk merekam detail perubahan kecemasan yang ia rasakan menggunakan *worksheet* dari www.PositivePsychology.com (Ackerman, 2017). Di setiap sesi diawali dengan pemberian umpan balik dari sesi sebelumnya dan review penugasan rumah. Selama pelaksanaan CBT klien disediakan materi/bagan tertulis untuk merekam kecemasannya dan untuk memfasilitasi praktik tehnik di rumah.

Tabel 1. Rangkuman sesi CBT

Pra Sesi	Sesi #2
a. Observasi dan wawancara awal	a. Feedback dari sesi sebelumnya
b. Pemberian informed consent dan mengisi data identitas	b. Mengidentifikasi pikiran dan keyakinan maladaptif <ul style="list-style-type: none"> • Menulis pikiran dan keyakinan maladaptif yang muncul dalam <i>graded exposure worksheet</i> dan memberi skala 0 (sama sekali tidak cemas) sampai 10 (kecemasan maksimum)
	c. Melawan pikiran maladaptif <ul style="list-style-type: none"> • Berlatih relaksasi pernafasan • Berlatih tehnik membantah pikiran (<i>reframing</i>) dan keyakinan maladaptif melalui <i>roleplay</i> (tehnik <i>imagery</i> di ruang terapi) yang diikuti relaksasi bila rasa cemas meningkat.

	d. Evaluasi yang dirasakan dan manfaat yang diperoleh pada sesi 2 dan menjelaskan aktivitas yang akan dilakukan pada sesi 3
--	---

Pra Sesi	Sesi#3
a. Wawancara latar belakang kasus b. Analisa kasus menggunakan pendekatan A-B-C	a. Feedback dari sesi sebelumnya b. Melawan pikiran maladaptif <ul style="list-style-type: none"> • Mengulang kembali tehnik membantah pikiran dan keyakinan maladaptif melalui <i>roleplay</i> (sesi 2) • Berlatih memeriksa apakah pikiran dan keyakinan maladaptif termasuk fakta atau opini c. Evaluasi yang dirasakan dan manfaat yang diperoleh pada sesi 3 dan menjelaskan aktivitas yang akan dilakukan pada sesi 4 d. Penugasan rumah: mempraktikkan tehnik membantah pikiran dan keyakinan maladaptif di lokasi nyata tanpa kehadiran dosen ybs. (tehnik <i>imagery</i> di lokasi nyata)

Pra Sesi	Sesi#4
a. Asesmen kepribadian b. Asesmen pre-tritmen: pengukuran kecemasan menggunakan TMAS	a. Feedback dari sesi sebelumnya b. Review penugasan rumah c. Melawan pikiran maladaptif (<i>Cognitive restructuring</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Memeriksa kembali perubahan tingkatan kecemasan dari pikiran dan keyakinan maladaptif. • Pikiran dan keyakinan yang maladaptif yang masih tinggi diminta untuk mencari fakta-fakta yang mendukung dan yang kontradiktif • Melakukan analisa terhadap fakta yang mendukung dan fakta yang kontradiktif • Memahami jenis pikiran maladaptif d. Evaluasi yang dirasakan dan manfaat yang diperoleh pada sesi 4 dan menjelaskan aktivitas yang akan dilakukan pada sesi 5

Sesi #1	Sesi#5
a. Konseptualisasi kasus <ul style="list-style-type: none"> • Pemahaman masalah klien • Prioritas masalah klien b. Orientasi CBT c. Dasar pemahaman model kognitif CBT d. Menyusun tujuan tritmen e. Menyusun bentuk dan tahapan rencana tritmen yang akan dijalani	a. Feedback dari sesi sebelumnya b. Problem solving <ul style="list-style-type: none"> • Memeriksa kembali perubahan tingkatan kecemasan dari pikiran dan keyakinan maladaptif. • Pikiran dan keyakinan yang maladaptif yang masih tinggi dilakukan analisa problem solving

-
- c. Aktivasi perilaku: menemukan dan melakukan aktivitas yang mendukung pikiran positif
 - d. Pencegahan dan akhir tritmen (Asesmen post-tritmen)
 - e. Penugasan: melakukan aktivasi perilaku yang mendukung pikiran positif dalam kegiatan sehari-hari
-

Hasil

Protokol terapi diperkenalkan ke Ms. X dan konseptualisasi kasus dilakukan untuk mengakses masalahnya saat ini dan untuk menginformasikan tehnik teraupetik untuk membantu Ms. X mengidentifikasi masalahnya dan membuat prioritas masalah didasarkan dari intensitasnya, frekuensi, durasi dan dampaknya bagi kehidupannya. Terapis dan Ms. X bersama-sama menyusun tujuan tritmen. A-B-C model CBT membantu klien untuk memahami hubungan keyakinan/pemikiran dengan konsekuensi. Model psikodinamika dari Marsella dan Snyder dalam Sukaji, (2000) membantu Ms. X dalam memahami bagaimana kecemasan merupakan masalah yang mempengaruhi kehidupannya dan memahami faktor penyebabnya .

Ms. X melaporkan bahwa tritmen CBT terkhusus pada *skill* membedakan fakta dan opini, menemukan fakta kontradiksi (*cognitive restructuring*) dan membantah pikiran/keyakinan maladaptif (*reframing*) membantunya untuk mengatasi kecemasannya dalam berkonsultasi dengan dosen WA. Setelah melaksanakan sesi tehnik membantah pikiran/keyakinan maladaptif (*reframing*) ia mendapat *skill* untuk memanipulasi pikirannya untuk diarahkan ke positif. Pada awalnya, klien menemukan fakta mendukung pikiran/keyakinan maladaptif lebih banyak (5 pernyataan, seperti dibentak, ditolak laporan & pengerjaan projek karena pekerjaannya salah dan tidak bisa menjawab pertanyaan dosen, dan lama tidak mengajukan konsultasi akan disindir dosen) dibandingkan fakta yang kontradiksi (2 pernyataan, seperti teman mahasiswa yang lama tidak maju konsultasi tidak disindir, ada beberapa mahasiswa yang tidak disindir selama konsultasi karena mood dosen sedang baik). Klien menerapkan pola pikir maladaptif *catastrophizing* yakni mengasumsikan skenario buruk dan menguatkan hal yang negatif dan meminimalisir hal yang positif dan *emotional reasoning* bahwa hal negatif yang ia rasakan dari pengalaman pribadi dan lingkungan dianggap sebagai suatu kebenaran (Ackerman, 2017).

Melalui *cognitive restructuring* menganalisa fakta atau opini dengan terapis, klien akhirnya menemukan bahwa teman mahasiswa rata-rata hanya mengalami 2-3 penolakan pengajuan dari dosen WA dan akhirnya diterima dan bisa menyelesaikan kasus dan fakta bahwa teman mahasiswa yang menginformasikan hal negatif tentang dosen WA ternyata hanya membutuhkan rata-rata 5 konsultasi dan telah lulus mendahului klien. Klien juga memahami yang membuat kecemasan bertahan kuat lebih pada faktor tekanan/tuntutan dari figur Ibu daripada dosen WA sendiri.

Melalui pencegahan stressor berikutnya, Klien dapat menemukan sikap yang positif, seperti bila ditolak pengajuan projek, akan maju lagi, sampai dosen tidak menolak, bila dibentak, ia akan memilih bereaksi diam (sambil melawan pikiran maladaptif yang muncul) dan menjawab apa yang ditanyakan dosen dan terkait sikap Ibu klien yang membandingkan, ia akan bersikap untuk berusaha memahami karakter Ibunya dan berusaha menerimanya.

Tabel 2 Pre dan post tritmen TMAS klien Ms. X

Skor total TMAS		Kategori		Skor TMAS per Aspek		
Pre	Post	Pre	Post		Pre	Post
23	19	Cemas	tidak cemas	Psikologis	17	12
				Fisiologis	7	7

Tabel 3. Rating subjektif klien dari 0-10 per sesi CBT

Pikiran/keyakinan Maladaptif	Sesi			Keterangan perubahan pikiran maladaptif pasca tritmen
	2	4	5	
1. Cemas dipersulit konsultasi sehingga terlambat lulus	10	3	3	a. Klien menganalisa kekhawatiran terlambat lulus masih lama dan kemungkinan bisa tidak terjadi.
2. Cemas dipermalukan	9	4	-	b. Klien merasa temannya juga mengalami hal yang sama, sehingga ia tidak lagi takut dianggap bodoh atau tidak bisa.
3. Cemas dibentak	8	7	3	
4. Cemas dihina	7	-	-	
5. Cemas dimarahi	6	-	-	c. Klien merasa belum siap bila tiba-tiba dibentak, selanjutnya klien merasa bahwa itu merupakan sifat bawaan dosen yang perlu ia terima.
6. Cemas berpapasan	2	-	-	
7. Cemas saat melihat dosen wa dari jauh	1	-	-	
8. Cemas ditolak konsultasi	-	5	-	

Analisa pre dan post asesmen (tabel 2) menunjukkan Ms. X telah membuat progress di beberapa area. Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa terdapat perubahan yang telah dirasakan oleh klien sebelum dan sesudah intervensi (tabel 3). Kecemasan Ms.X menurun dari cemas menjadi tidak cemas atau kekhawatiran normal/objektif. Intervensi CBT lebih berpengaruh pada aspek psikologis daripada fisiologis. Skor aspek psikologis menurun dari 17 sebelum intervensi menjadi 12 setelah intervensi. Hal ini didukung lembar review setelah intervensi bahwa Klien menuliskan *skill* yang diperoleh selama tritmen adalah ia bisa melihat fakta dan opini dari pikiran negatifnya dan bagaimana harus melawannya, sementara untuk aspek fisiologis tetap. Hal ini dimungkinkan karena aspek fisiologis hanya muncul menjelang hari direncanakan konsultasi dengan dosen WA, sehingga klien menggunakan pengetahuan gejala fisik itu pada pengalaman sebelumnya ketika mengisi kuesioner TMAS.

Pada sesi follow-up CBT berpengaruh dalam menurunkan gejala kecemasan Ms. X. Ia puas dengan tritmen CBT dan telah melaksanakan konsultasi dengan dosen WA tiga minggu setelah tritmen dan ia melaporkan tidak mengalami gejala fisik ketika melakukan perencanaan konsultasi sebelumnya.

Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan CBT dalam menurunkan kecemasan. Kasus dikonseptualisasikan menggunakan model psikodinamika (Marsella & Snyder dalam Sukaji 2000). Hasil dari penelitian menunjukkan gejala kecemasan menurun setelah diberikan tritmen CBT. Penemuan ini konsisten dengan literatur sebelumnya bahwa CBT efektif untuk penanganan

gangguan mood dan kecemasan (Chambless & Ollendick dalam Cully & Teten, 2008); gejala kecemasan dan depresi pada penanganan awal (Twomey dkk., 2015).

Penemuan mereka konsisten dengan penelitian ini yang mana Ms. X perempuan muda berusia 24 tahun yang pada post assesmen menunjukkan penurunan gejala kecemasan yang signifikan dari kategori cemas menjadi tidak cemas. Norton & Price, (2007); Stewart & Chambless, (2009) melakukan *multiple meta analytic* untuk memeriksa keefektifan CBT dalam menurunkan kecemasan. Hasil penelitian mereka menunjukkan *outcome* tritmen lebih besar daripada kelompok kontrol yang tidak mendapat tritmen atau placebo pada semua gangguan kecemasan. Pada riset ini melalui *multiple* meta-analisis juga mengindikasikan CBT tritmen efektif untuk menurunkan gangguan kecemasan pada orang dewasa. Hal ini senanda dengan penelitian Stewart, RE & Chambless D.L. (2009) dalam studi meta analisis menunjukkan bukti bahwa CBT dalam kondisi representasi klinis terbukti secara signifikan efektif untuk gangguan kecemasan pada orang dewasa.

Faktor utama yang mempengaruhi dan bertanggungjawab terhadap berkembangnya kecemasan dalam diri klien adalah pengalaman hidup awal yang merugikan. Klien mengalami hubungan yang tidak menyenangkan dalam keluarga juga menjadi faktor pemicu dari kecemasan klien. Jenis pola asuh yang mengedepankan pada pengendalian keras (*harsh control*), yakni pola asuh orangtua yang memberikan hukuman fisik ataupun verbal pada anak, sehingga dapat merusak kemampuan penyesuaian diri anak, sementara pola asuh pengendalian psikologis (*psychological control*) adalah pola asuh orangtua yang memanipulasi perasaan dan pikiran anak melalui upaya pembentukan rasa bersalah, penghinaan, pemerasaan emosi dan overprotektif (Barber dkk., 2002).

Pada kasus klien, pola asuh *harsh* dan *psychological control* berupa labeling orangtua bahwa klien memiliki IQ tinggi tetapi memiliki EQ rendah, *ngeyel*/melawan dengan berdebat, sehingga klien merasa menjadi *troublemaker* dalam keluarga dibandingkan dengan adik lakinya yang memiliki kepribadian kalem dan penurut kepada orangtua. Faktor lain adalah pemberian hukuman klien saat berusia antara 3-4 tahun dengan dimasukkan di ruang gelap dan dikunci dari luar memperlihatkan tuntutan akan kepatuhan yang tinggi kepada figur orangtua. Adanya tuntutan yang tinggi terkait prestasi akademik klien saat bersekolah dan harapan segera menyelesaikan *coas* oleh figur Ibu dengan cara membandingkan dengan teman-temannya juga berpengaruh terhadap kecemasan klien. Kecemasan dari tekanan terutama pada figur Ibu bercampur dengan kecemasan dalam menghadapi dosen WA, namun ia pada sesi ketiga CBT dapat membedakan bahwa beban kecemasan karena orangtua terasa lebih berat yang menimbulkan rasa sedih dan perilaku menangis secara sembunyi-sembunyi, sementara kecemasan terhadap dosen WA tidak sampai membuat klien menangis.

Dapat disimpulkan faktor riwayat pola asuh ikut berpengaruh terhadap kecemasan klien terhadap figur dosen WA yang memiliki karakter dominan, agresif yang serupa dengan karakter kedua orangtua klien. Jelenova dkk. (2016) menyatakan terdapat hubungan *harsh* dan *psychological control* pada kecemasan (ES: 0,78) pada remaja dengan *effect size* kategori sedang (pinquart, 2017, Pettit dkk., 2002 & Oliva dkk., 2007) dengan *effect size* kecil dan sedang.

Faktor lingkungan dan emosi yang tertekan (Ramaiah, 2003) berpengaruh pula terhadap perkembangan kecemasan klien. Hal ini berupa pengaruh pengalaman klien sendiri yang mengalami penolakan pengajuan subjek saat pertama kali konsultasi, informasi negatif tentang dosen WA dari teman-teman dan pengalaman klien melihat teman mahasiswa yang berkonsultasi dengan dosen wa mengalami sikap yang kurang menyenangkan, seperti diteriaki dan dihempaskan laporannya. Faktor emosi yang tertekan hal ini berkaitan dengan kepribadian klien yang pencemas, hipersensitif terhadap kritik dan curiga mendorong klien untuk melawan/membantah seperti yang ia lakukan kepada orangtua. Namun dikarenakan kekhawatiran akan

konsekuensi yang akan dialami, akhirnya emosi itu tertekan dan memunculkan kecemasan dan gejala fisik.

Faktor yang memelihara kecemasan terus tumbuh dalam dirinya adalah ketidakmampuan mengendalikan pikiran maladaptif (*Catastrophizing* dan *emotional reasoning*), sehingga kecemasan klien yang pada awalnya rasional (sebagian besar mahasiswa lain mengalami sikap yang kurang menyenangkan ketika berkonsultasi dengan dosen WA) berubah menjadi irasional .

Kesimpulan

Dapat disimpulkan dari pembahasan faktor di atas bahwa masalah klien dimulai pada masa kanak-kanak awal dikarenakan pola asuh *harsh* dan *psychological control* dari kedua orangtua, terutama figur Ibu. Terdapat faktor lain yang berpartisipasi dalam mengembangkan kecemasannya yakni faktor lingkungan berupa informasi negatif tentang dosen WA dari pengalaman pribadi dan teman klien serta emosi tertekan yang terkait dengan kepribadian klien yang cenderung hipersensitif, pencemas dan curiga. Melalui konseptualisasi kasus dan implementasi CBT diketahui adanya penurunan gejala kecemasan yang signifikan pada diri Klien.

Acknowledgement

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Herdina Indrijati, M.Psi, Psikolog dosen pembimbing praktik kerja profesi psikologi yang telah dengan luar biasa membimbing dan memberi masukan tritmen supaya tercapai profesionalisme.

Daftar Pustaka

- Ackerman, C. (2017). 25 CBT techniques and worksheets for cognitive behavioral therapy. www.PositivePsychology.com [online], diakses Agustus 2019.
- Ahmad, R.J., Faque, T., & Seidi, P.A. M. (2017). Prevalence of social anxiety in students of college of education-University of Garmian introduction. *Researchers World: Journal of Arts, Science and Commerce*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arismawati. (2016). *Hubungan antara pemaafan (forgiveness) dengan kecemasan (anxiety) pada remaja yang orangtuanya bercerai*. Universitas Pendidikan Indonesia. Repository.upi.edu.
- Barber, B.K. & Harmon, E.L. (2002). Violating the self: Parental psychology control of children and adolescents. In *intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents*, Barber, B.K. Ed. American Psychological Association: Washington, DC. USA, 15-52.
- Cully, J.A & Teten, A.L , (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy*. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston.
- Duarsa, H.A.P. (2019). *Hubungan efikasi diri dengan tingkatan kecemasan mahasiswa tahun pertama di fakultas kedokteran universitas lampung tahun 2018*. Skripsi: Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
- Hidalgo, R.B., & Sheehan, D.V. (2004). Generalized anxiety disorder. *Clinical Neurology*, 106, 343-62.
- Januarti, R. (2009). *Hubungan persepsi terhadap dosen pembimbing dengan tingkat stress dalam menulis skripsi*. Skripsi. Oktober 20, 2010. <http://etd.eprints.ums.ac.id>

-
- Jelenova, D., Prasko, J., Ociskova, M., Latalova, K., Karaskova, E., Hruby, R., Kamardova, D. & Mihal, V. (2016). Quality of life and parental styles assessed by adolescents suffering from inflammatory bowel diseases and their parents. *Neuropsych. Dis. Treat.* 12, 665-672.
- Karyanah, Y. (2016). Hubungan anatara peran dosen pembimbing dengan kecemasan mahasiswa keperawatan dalam menghadapi tugas akhir skripsi di perguruan tinggi. *Indonesian Journal of Nursing Science.* 1 (1), 38-43.
- Malfasari, E., Devita, Y. Erlin, F., & Filer. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan mahasiswa dalam menyelesaikan tugas akhir di STIKES Payung negeri Pekanbaru. *Jurnal Ners Indonesia*, 8(2), 124-131.
- Nevid Jeffrey S., & Ratus S.A & Greene, Beverly. (2005). *Psikologi abnormal*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Norton, P.J. & Price, E.C. (2007). A meta analysis review of adult cognitive behavioral tritmen outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531
- Oliva, A., Parra, A., Sanchez, Q.I., & Lopez, F. (2007). Maternal and paternal parenting styles: Assesment and relationship with adolescent adjustment. *An, Psicol.* 23, 49-56.
- Pettit, G.S., & Laird R.D. (2002). Psychological control and monitoring in early adolescence: The role of parental involvement and earlier child adjustment. In *intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents*, Barber BK Ed. *American Psychological Association: Washington, DC. USA*, 97-123.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimension and styles with internalizing symptoms in children and adolescent: A meta-analysis. *Marriage Fam. Rev.* 53, 613-640.
- Ramaiah, S. (2003). *Kecemasan bagaimana mengatasi penyebabnya*. Jakarta: Obor
- Rochman, Kholil .Lur. (2010). *Kesehatan mental*. Purwokerto: Fajar Media Press.
- Stewart, R.E & Chambless, D.L. (2009). Cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta analysis of effectiveness studies. *American Psychological Association: journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606
- Sukadji, S. (2009). *Psikologi pendidikan dan psikologi sekolah*. Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
- Sundari, S. (2004). *Ke arah memahami kesehatan mental*. Yogyakarta: PPB FIP UNY
- Twomey C, Reilly, G.O, & Byme, M. (2015). Effectiveness of behavioral therapy for anxiety and depression in primary care: A meta analysis. *Family Practice*, 32, 3-15.
- World Health Organization. (2016). *Intervention guide mental health gap action programme version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non specialized health settings*. *World Health Organization*.