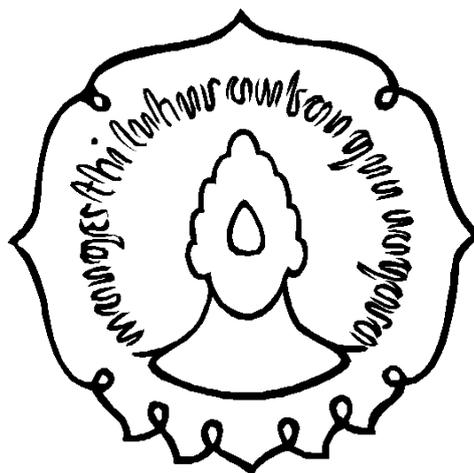


**KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT)
UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN DAN
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP TAHANAN/
NARAPIDANA PENYALAHGUNA NAPZA DI RUMAH
TAHANAN KELAS I SURAKARTA**

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Derajat
Magister Kedokteran Keluarga



**OLEH
AKBAR ZULKIFLI OSMAN
S5703001**

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN KELUARGA
PASCA SARJANA UNIVERSITAS NEGERI SEBELAS MARET
SURAKARTA
2008**

**KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT)
UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN DAN
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP TAHANAN/
NARAPIDANA PENYALAHGUNA NAPZA DI RUMAH
TAHANAN KELAS I SURAKARTA**

Disusun oleh

Akbar Zulkifli Osman
S5703001

Telah disetujui dan disahkan oleh Tim Penguji

Pada tanggal :

Jabatan	Nama	Tanda Tangan
Ketua	: Prof. Dr. dr. Didik Tamtomo, MM, MKes, PAK	:
Sekretaris	: dr. Bhisma Murti, MPH, MSc, PhD	:
Anggota	: 1. Prof. Dr. dr. H. Aris Sudiyanto, SpKJ (K)	: 1.
	: 2. Prof. Dr. dr. H. M. Fanani, SpKJ (K)	: 2.

Mengetahui
Direktur PPs UNS

Surakarta;
Ketua Program Studi
Magister Kedokteran Keluarga

Prof. Drs. Suranto, MSc, PhD
MKes, PAK
NIP: 131 472 192

Prof. Dr. dr. Didik Tamtomo, MM,
NIP: 130 543 994.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Syukur alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT, atas berkah, rahmat, taufiq, hidayah dan `inayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan tugas tesis dengan judul **KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT) UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN DAN MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP TAHANAN/ NARAPIDANA PENYALAHGUNA NAPZA DI RUMAH TAHANAN KELAS I SURAKARTA**

Tesis ini merupakan salah satu bagian dari tugas penulis, untuk menyelesaikan pendidikan *combine degree*, yaitu keahlian di PPDS-I Psikiatri dan Magister Kedokteran Keluarga dengan Minat Utama Bidang Ilmu Biomedik. Penulis membuat tesis ini mengingat permasalahan penyalahgunaan NAPZA yang sangat besar dan mempunyai dimensi yang luas dan kompleks; baik dari sudut medik, psikiatrik, kesehatan jiwa, maupun psikososial (ekonomi, politik, sosial- budaya, hukum/ kriminalitas dan lain sebagainya). Penyalahgunaan NAPZA merupakan "penyakit endemik" dalam masyarakat modern, dimana "korban" umumnya remaja dan dewasa muda. Penyalahgunaan zat psikoaktif ini merupakan penyakit kronik yang berulang kali kambuh dan hingga sekarang, belum ditemukan upaya penanggulangannya secara universal memuaskan, baik dari sudut prevensi, terapi maupun rehabilitasi. Pengalaman di negara- negara maju menunjukkan bahwa semakin modern dan industrial suatu masyarakat, maka penyalahgunaan NAPZA semakin cenderung meningkat. Penulis menggunakan alat ukur TMAS dan CGI-QL untuk melihat pengaruh penyalahgunaan NAPZA dilihat dari sudut psikiatrik (biopsikososial) dan melakukan intervensi CBT dalam rangka terapi dan memberikan solusi sederhana

kepada tahanan/ narapidana penyalahgunaan NAPZA khususnya, dan secara umum Rutan Surakarta.

Dalam menyelesaikan usulan tesis in penulis memperoleh bantuan dan sumbangan dari banyak pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. dr. M. Syamsulhadi, SpKJ (K), sebagai Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberikan segala kemudahan dan dorongan kepada penulis dalam melaksanakan pendidikan program *combine degree*.
2. Dr. dr. A.A. Soebijanto, M.S, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberikan kemudahan administrasi dan dukungan kepada penulis selama menjalani pendidikan program *combine degree*.
3. Prof. Drs. Suranto, MSc, PhD, selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas. Maret Surakarta yang telah memberikan fasilitas dalam menjalani pendidikan *combine degree*.
4. Prof. Dr. dr. Didik Tamtomo, MM, MKes, PAK, Ketua Pengelola Program Studi Kedokteran Keluarga, beserta staf yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti kuliah dan menyelesaikan tugas-tugas program *combine degree*.
5. Dr. Mardiyatmo, SpR, selaku Direktur Rumah Sakit Daerah Dr. Moewardi Surakarta yang telah memberikan fasilitas dalam menjalani pendidikan PPDS-1 Psikiatri.
6. Prof. dr. Ibrahim Nuhriawangsa, SpKJ (K), SpS, yang telah berkenan memberi bimbingan dorongan, pengarahan, dukungan baik moril maupun materiil kepada penulis sehingga tesis dapat diselesaikan.

7. Prof. Dr. dr. Aris Sudiyanto, SpKJ (K), yang telah memberi bimbingan, dorongan, pengarahan, dukungan baik moril maupun materiil sehingga tesis dapat diselesaikan.
8. Prof. Dr. dr. M. Fanani, SpKJ (K), selaku Ketua Progam Studi PPDS-1 Psikiatri FK-UNS yang telah memberi kemudahan, dan bimbingan, dorongan, pengarahan, dukungan baik moril maupun materiil sehingga penulisan usulan tesis ini dapat diselesaikan.
9. Dr. Bhisma Murti, MPH, MSc, PhD, yang telah berkenan memberi bimbingan dorongan, pengarahan, dukungan baik moril maupun materiil kepada penulis sehingga tesis dapat diselesaikan.
10. dr. Mardiatmi Susilohati, SpKJ (K), selaku Kepala Bagian Psikiatri RSDM FK-UNS Surakarta beserta staf, yang telah memberi dukungan baik moril maupun materiil sehingga penulisan tesis akhir ini bisa dituntaskan.
11. dr. Yusvik M. Hadin, SpKJ, selaku Sekretaris Program Studi PPDS-1 Psikiatri FK-UNS.
12. Seluruh rekan residen PPDS-I Psikiatri FK-UNS Surakarta, yang telah membantu sesuai kemampuan masing- masing, baik moril maupun materiil.
13. Seluruh teman teman residen PPDS-1 Psikiatri *FK-UNS* Surakarta, yang telah membantu sesuai dengan kemampuan masing-masing, baik moril maupun materiil.
14. Kepada orang-orang tercinta, baik keluarga di Surakarta maupun di Makassar dan Jakarta, istri, anak-anak tercinta, yang telah bersabar dan berkorban sehingga penulis tetap mampu menjalani pendidikan program *combine degree* ini dengan baik.
15. Kepada siapapun yang tidak kami sebut satu per satu yang telah membantu

dan mendukung penyelesaian tesis ini. Semoga amal kebbaikannya tersebut mendapatkan imbalan dari Allah SWT.

Walaupun disadari dalam Tesis ini masih banyak kekurangan, namun diharapkan tesis ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan baik di PPDS-1 Psikiatri maupun Program Studi Kedokteran Keluarga.

Wabilahit taufiq wal hidayah, Wassalamu `alaikum Wr. Wb.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
PERNYATAAN.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SKEMA, DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN KATA	xiii
ABSTRAK.....	xv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah.....	2

C. Tujuan Penelitian.....	2
D. Manfaat Penelitian.....	3
BAB. II. LANDASAN TEORI.....	4
A. TINJAUAN PUSTAKA	4
1. Penyalahgunaan NAPZA	4
2. <i>Cognitive Behavior Therapy</i> (CBT)	17
3. Kecemasan	20
4. Kualitas Hidup	31
5. Tahanan, Narapidana dan Lembaga Pemasyarakatan.....	32
B. KERANGKA BERPIKIR	35
C. HIPOTESIS	35
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	36
A. Jenis Penelitian	36
B. Tempat dan Waktu Penelitian	36
C. Populasi dan Sampel	36
D. Kriteria Inklusi	36
E. Variabel- variabel Penelitian	37
F. Definisi Operasional Variabel	39
G. Teknik Pengumpulan Data.....	40
H. Jadwal Penelitian	40
I. Teknik Analisis data	44
J. Alur Prosedur Penelitian	44
BAB IV. HASIL PENELITIAN	45
BAB V. PEMBAHASAN.....	52
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN.....	57

DAFTAR SKEMA DAN TABEL

Skema 1. Stimulus, kognitif, dan Respon	19
Skema 2. Kerangka Berpikir	35
Tabel 1. Karakteristik Demografi dari Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol narapidana penyalahgunaan NAPZA	45
Tabel 2. Uji kesetaraan nilai TMAS dan CGI-QL pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	47
Tabel 3. Uji Perbandingan TMAS, CGI-QL pada <i>posttest</i> antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan	48
Tabel 4. Uji Perbandingan CGI-QL pada <i>posttest</i> antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan	49
Tabel 5. Uji Interaksi nilai TMAS, CGI Derajat QoL, CGI Perbaikan Global, CGI Efek Terapiutik Berdasarkan Pendidikan, Status, Umur, dan Lama Menjalani Hukuman	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. PERSETUJUAN PENELITIAN.....	63
Lampiran 2. DATA ISIAN PRIBADI & <i>Lie</i> -MMPI.....	64
Lampiran 3. CGI-QL.....	65
Lampiran 4. TMAS.....	67
Lampiran 5. Tabel Perencanaan Waktu (<i>Time Schedule</i>).....	69
Lampiran 6. Analisis Data dengan SPSS <i>Release 12</i>	70
Lampiran Data Mentah Subjek Penelitian	

DAFTAR SINGKATAN KATA

Ach	=		
		asetilkolin.....	17
ACTH	=	Adrenocorticotropic hormone.....	26
BCCA	=	betacarboline-3- acid.....	29
			carboxylic
CE- Therapy	=	Cue- theraphy.....	18
			exposure
CBT	=	Cognitive behavioral therapy.....	2
CGI-QL	=	Clinical global impression for quality of life.....	31
DA	=	dopamin.....	17
DSM	=	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.....	6
E	=	epinefrin.....	17
GABA	=	gama- acid.....	17
			aminobutyric
GAD	=	gangguan menyeluruh.....	23
			ansietas
HPA	=	Hypothalamus- Axis.....	26
			Pituitary- Adrenal
IPT	=	Interpersonal psychotherapy.....	54
LC	=	Lokus seruleus.....	16
L-MMPI	=	Lie- Minnesota Multiphasic Personality Inventory.....	37

LSD	=	lysergic		acid
diethylamine.....			28	
mCPP	=	m-		
chlorophenylpiperazine.....			28	
MDMA	=	3,4-		
methylenedioxyamphetamine.....			28	
MHPG	=	3-methoxy-		4-
hydroxyphenylglycol.....			27	
Nac	=	nucleus		
accumbens.....			16	
NAPZA	=	narkotika, psikotropika dan zat adiktif		
lain.....			1	
NE	=			
norepinefrin.....				17
OCD	=	gangguan		obsesif
kompulsif.....			24	
PAG	=	periaqueductal		
grey.....			16	
Pb.D	=	gangguan		
fobik.....			24	
PD	=	gangguan		
panik.....			24	
PTSD	=	<i>Post Traumatic Stress</i>		
<i>Disorder</i>			24	
RP	=	<i>Relapse</i>		
<i>Prevention</i>				55
RPT	=	<i>Relapse prevention</i>		
<i>training</i>			18	
Rutan	=	Rumah tahanan		
negara.....			1	
RTA	=	<i>Reality</i>		<i>testing</i>
<i>ability</i>			20	

SE	=	<i>Supportive-</i>		<i>expressive</i>
<i>therapy</i>			53	
SKR	=	<i>Stimulus-</i>		<i>kognisi-</i>
<i>respon</i>			18	
SOP	=	<i>Standart operasional</i>		
<i>procedure</i>			3	
SSRIs	=	<i>Selective</i>	<i>Serotonine</i>	<i>Reuptake</i>
<i>Inhibitors</i>			26	
SSP	=	<i>Sistem</i>		<i>saraf</i>
<i>pusat</i>			26	
TMAS	=	<i>The Taylor</i>	<i>Manifest</i>	<i>Anxiety</i>
<i>Scale</i>			30	
VTA	=	<i>Ventral</i>		<i>tegmental</i>
<i>area</i>			16	
5-HT	=			
<i>Serotonin</i>				17

**KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT) UNTUK
MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN DAN MENINGKATKAN
KUALITAS HIDUP TAHANAN/ NARAPIDANA PENYALAHGUNA NAPZA
DI RUMAH TAHANAN KELAS I SURAKARTA***

oleh : Akbar Zulkifli Osman **

Abstrak

Latar Belakang: Masalah penyalahgunaan NAPZA adalah problem global yang hampir terdapat di seluruh dunia dan mempunyai dimensi yang luas baik dari sudut medik, psikiatrik, psikososial dan hukum. Gangguan mental seperti kecemasan dan turunnya kualitas hidup sering ditimbulkan akibat penyalahgunaan NAPZA sehingga perlu mendapatkan penanganan khusus seperti psikoterapi CBT yang dapat bersifat preventif maupun kuratif.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui keefektifan CBT dalam menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup.

Subjek Dan Metode: Subyek penelitian sebanyak 50 orang, 25 orang pada kelompok perlakuan, dan 25 orang pada kelompok kontrol. Tingkat kecemasan diukur dengan menggunakan *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS) dan kualitas hidup diukur dengan menggunakan *Clinical Global Impression for Quality of Life* (CGI-QL). Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimental *Random Control Trial*. Penelitian dilakukan di Rumah Tahanan (Rutan) Kelas I Surakarta dengan tehnik pengambilan sampel *Purposive Random Sampling*. Analisis statistik dengan menggunakan uji *t* dan *Chi Square*.

Hasil: Hasil analisis statistik terdapat perbedaan yang sangat bermakna skor TMAS pada post-test kelompok perlakuan dibanding dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$). Demikian juga didapatkan perbedaan yang bermakna skor CGI-QL pada post-test kelompok perlakuan dibanding dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Kesimpulan Dan Saran: Terapi perilaku kognitif (CBT) pada kelompok perlakuan efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup para tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA di rumah tahanan kelas I Surakarta. Perlu adanya penelitian lanjutan dengan desain penelitian klinik acak terkontrol tersamar ganda, jenis penyalahgunaan zat yang lebih spesifik, mengendalikan semua faktor perancuh, mencari komorbiditas dengan gangguan psikiatri yang lain dan membandingkan penggunaan CBT terhadap penyalahguna NAPZA dengan psikoterapi jenis lain untuk hasil yang lebih valid.

Kata Kunci : Terapi perilaku kognitif– Kecemasan – Kualitas hidup – Penyalahguna NAPZA

*Tugas Akhir PPDS I Psikiatri FK- UNS / RS Dr. Moewardi –Surakarta

** Residen PPDS I Psikiatri FK- UNS / RS Dr. Moewardi –Surakarta

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini;

Nama : dr. Akbar Zulkifli Osman

NIM : S.5703001

Status : Residen PPDS I Psikiatri FK-UNS

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul:

“KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT) UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN DAN MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP TAHANAN/NARAPIDANA PENYALAHGUNA NAPZA DI RUMAH TAHANAN KELAS I SURAKARTA” adalah benar – benar karya saya sendiri. Hal – hal yang bukan karya saya dalam tesis ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam kepustakaan.

Apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar yang saya peroleh dari tesis saya tersebut.

Surakarta, Mei 2008

Yang membuat pernyataan

dr. Akbar Zulkifli Osman

Surakarta, Mei 2008

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Permasalahan penyalahgunaan NAPZA mempunyai dimensi yang luas dan kompleks; baik dari sudut medik, psikiatrik, kesehatan jiwa, maupun psikososial

(ekonomi, politik, sosial- budaya, kriminalitas dan lain sebagainya). Penyalahgunaan NAPZA adalah "penyakit endemik" dalam masyarakat modern, dimana "korban" umumnya remaja dan dewasa muda. Penyalahgunaan NAPZA ini merupakan penyakit kronik yang berulang kali kambuh dan hingga sekarang, belum ditemukan upaya penanggulangannya yang memuaskan secara universal, baik dari sudut preventif, terapi maupun rehabilitasi. Pengalaman di negara- negara maju menunjukkan bahwa semakin modern dan industrial suatu masyarakat, maka penyalahgunaan NAPZA semakin cenderung meningkat (Hawari, 2005).

Adanya gangguan mental khususnya kecenderungan- kecenderungan kecemasan dan depresi serta adanya gangguan mental berat lainnya akan menjadi perhatian khusus di bidang psikiatri. Upaya preventif dan kuratif perlu dilakukan untuk mencegah ataupun menurunkan angka kejadian, khususnya terhadap narapidana penyalahguna NAPZA yang mengalami kecemasan ataupun depresi dimana dalam rutan sulit didapatkan obat – obatan untuk mengatasi masalah tersebut diatas (Nuhriawangsa, 2001).

Psikoterapi adalah pengobatan secara profesional oleh orang yang terlatih secara sukarela dengan cara mengubah atau menghambat gejala yang ada, mengkoreksi perilaku yang terganggu, dan mengembangkan pertumbuhan yang positif, dengan tujuan utama agar pasien dapat dewasa (*mature*), bahagia (*happy*) dan mandiri (*independence*). *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), adalah salah satu bentuk psikoterapi yang dapat digunakan terhadap masalah emosional tahanan / narapidana yang bertujuan menghilangkan tanda, gejala, atau problem emosional dengan cara merubah dan membangun kembali status kognitif yang positif dan rasional sehingga mempunyai perilaku dan reaksi somatik yang sehat (Sudiyanto, 2007).

Cognitive Behavior Therapy (CBT) merupakan terapi yang paling sering digunakan terhadap pasien penyalahguna NAPZA (Caroll, 1998).

Berdasarkan teori tersebut di atas, maka dilakukan penelitian penggunaan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) pada tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA.

B. Perumusan Masalah

1. Apakah CBT efektif menurunkan tingkat kecemasan pada tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA?
2. Apakah CBT efektif meningkatkan kualitas hidup pada tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui keefektifan CBT dalam menurunkan tingkat kecemasan.
2. Untuk mengetahui keefektifan CBT dalam meningkatkan kualitas hidup.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat teoritis :

1. Mengetahui keefektifan CBT terhadap tingkat kecemasan dan kualitas hidup pada tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA.
2. Memberikan masukan dalam hal penatalaksanaan tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA di masa mendatang.
3. Memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang CBT, kecemasan, dan kualitas hidup.
4. Masukan bagi ilmu kedokteran jiwa untuk menambah wawasan dan wacana yang dapat dijadikan bahan pertimbangan dan pemikiran pada penelitian-penelitian selanjutnya.

Manfaat praktis:

1. Implikasi hasil penelitian dapat digunakan dalam penyusunan *Standart Operasional Procedure* (SOP) terhadap penatalaksanaan pasien penyalahguna NAPZA pada umumnya dan khususnya tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA.
2. Sebagai alternatif terapi tambahan (ajuvan) di bidang *liaison psychiatry* dalam penanganan pasien penyalahguna NAPZA dan khususnya dalam penanganan tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA.
3. Memberikan masukan bagi Rumah Tahanan mengenai masalah gangguan kecemasan pada tahanan / narapidana.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. PENYALAHGUNAAN NAPZA

Awal penggunaan zat psikoaktif di dunia dimulai ratusan atau bahkan ribuan tahun yang lalu. Penggunaan zat psikoaktif mulanya dilakukan untuk tujuan memudahkan kehidupan manusia seperti untuk pengobatan, dalam ritus keagamaan, sosialisasi dan kegiatan rekreasi. Pemakaian bahan-bahan tersebut dapat mengakibatkan perubahan perilaku, kesadaran, pikiran, serta perasaan seseorang menjadi nyaman, sejahtera, gembira dan memperlancar pergaulan (Rush, 2000).

Dalam sejarah, zat psikoaktif yang paling utama digunakan adalah opium, di daerah Mesopotamia pada sekitar 5000 – 6000 tahun SM. Opium biasa digunakan untuk tujuan- tujuan sosial, rekreasi maupun pengobatan. Bahan ini digunakan oleh penduduk setempat, lalu melalui jalur- jalur perdagangan disebarkan ke daerah- daerah lain. Pada abad ke-10, opium masuk ke Cina, mula-mula digunakan sebagai obat disentri, sampai berabad- abad kemudian melatar belakangi perang candu (tahun 1839 – 1842) di negara tersebut. Menghisap rokok opium banyak dilakukan di Cina dan Timur dekat sampai sekarang ini (Katzung, 1989).

Di Amerika, penggunaan zat psikoaktif mulai menjadi masalah serius setelah perang dunia ke 2 dimana generasi muda yang muncul di periode transisi ini senang mencoba hal- hal terbaru seperti penggunaan halusinogen, ganja, dan morfin. Penggunaan ganja dan morfin meningkat dipengaruhi pula oleh kembalinya tentara yang berperang di Vietnam yang telah terlanjur merasa nyaman menggunakan morfin yang mulanya digunakan sebagai pengurang rasa sakit di medan perang (Katzung, 1989).

Di Indonesia, khususnya penduduk pulau Jawa, telah mengenal opium (opioida, sebagai salah satu bentuk Narkotika) jauh sebelum masuknya bangsa Belanda pada abad ke 17. Perdagangan opium pada masa itu cukup marak yang melibatkan berbagai suku (Arab, Cina, Belanda dan Jawa) (Rush, 2000).

Di Indonesia, bahan narkotika yang disebut candu dahulu termasuk jenis barang dagangan yang khususnya berasal dari Persia dan India. Bahan tersebut digunakan untuk perlengkapan mengarungi lautan yaitu untuk mengatasi mabuk laut selain untuk mencari ketenangan dan kesenangan. Perkembangan perdagangan opium yang pesat sekitar tahun 1839 juga mulai memberikan dampak di Asia (Husin, 2000).

Berdasarkan undang-undang pada masa itu, pecandu opium dilindungi untuk melakukan kebiasaannya di beberapa tempat atau kawasan yang telah ditentukan oleh pemerintah. Profesi kedokteran di Indonesia mulai melibatkan diri dalam terapi ketergantungan opioida sejak tahun 1969, ketika seorang wanita pecandu morfin (turunan opioida) datang konsultasi ke sanatorium Dharmawangsa Jakarta dan dilaporkan ke Departemen Kesehatan. Dewasa ini, di Indonesia penggunaan heroin (salah satu bentuk opioida), merupakan bentuk "*hard drugs*" yang paling banyak digunakan (Husin, 2000).

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV), yang dipublikasikan oleh *American Psychiatric Association* (1994), terdapat perbedaan kriteria diagnostik antara penyalahgunaan dan ketergantungan zat, dan hal ini penting untuk diketahui (Mueller *et al*, 2004).

Makin tinggi teknologi yang ditemukan manusia maka jenis zat psikoaktif yang ditemukan dan dibuat turunannya atau bahan sintetiknya makin bertambah. Di antara penemuan terbaru itu terdapat zat psikoaktif yang efeknya ternyata lebih banyak ditemukan efek adiksinya. Munculnya laboratorium gelap yang memodifikasi

zat psikoaktif agar pengguna mendapatkan efek yang diinginkan tanpa memperdulikan efek samping lain yang merugikan kesehatan juga telah membuat masalah ini kian mengkhawatirkan. Sejarah juga mencatat bahwa telah banyak peraturan yang dibuat untuk mengurangi peredaran zat psikoaktif walaupun belum banyak manfaatnya hingga kini. Bermunculannya jenis- jenis zat psikoaktif dengan bentuk dan cara- cara pemakaian yang berbeda menyebabkan masalah baru yang berkaitan dengan penyalahgunaan zat tersebut (Katzung, 1989).

Secara umum, NAPZA yang banyak dikenal di masyarakat terbagi menjadi narkotika yaitu opioid (morfin, heroin), ganja dan kokain, kemudian psikotropika terbagi menjadi depresan (barbiturat, benzodiazepin), stimulan (amfetamin, metamfetamin), halusinogen (lisergat dietilamid), alkohol, zat aktif lainnya (nikotin, kafein, inhalan) (Izwar, 2000).

Adapun penggolongan narkoba dibagi menjadi:

1. Golongan I:

Hanya digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan, dan tidak digunakan untuk kepentingan lainnya (misalnya; pengobatan) serta mempunyai potensi sangat tinggi menimbulkan ketergantungan. Ada 26 macam yang termasuk golongan ini (misalnya; heroin, kokain, ganja, putaw).

2. Golongan II:

Diperbolehkan untuk kepentingan kesehatan (medik) sesuai ketentuan yang berlaku, sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan juga untuk pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi menimbulkan ketergantungan. Ada 87 macam yang termasuk golongan ini (misalnya; morfin dan petidin).

3. Golongan III:

Diperbolehkan untuk kepentingan kesehatan (medik) sesuai ketentuan yang berlaku, dan dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan, serta mempunyai potensi ringan menimbulkan ketergantungan. Ada 14 macam yang termasuk golongan ini (misalnya; kodein) (Sudiyanto, 2003 dan Wartono, 2003).

Pendekatan kesehatan jiwa membagi pemakaian menjadi beberapa golongan sesuai dengan intensitas penyalahgunaan NAPZA:

1. *Experimental use*: pemakaian zat hanya untuk coba-coba, sekedar memenuhi rasa ingin tahu.

2. *Social use/ recreational use*: penggunaan zat- zat tertentu pada waktu resepsi (minum whisky) atau untuk mengisi waktu senggang (merokok) atau pada waktu pesta ulang tahun atau waktu berkemah (mengisap ganja bersama- sama teman).

3. *Situational use*: penggunaan zat pada saat mengalami ketegangan, kekecewaan, kesedihan dan sebagainya dengan maksud menghilangkan perasaan-perasaan tersebut.

4. *Abuse* (penyalahgunaan): pola penggunaan zat yang bersifat patologik, paling sedikit satu bulan lamanya, sehingga menimbulkan gangguan fungsi sosial atau okupasional.

5. *Dependent use* (ketergantungan): sudah dijumpai toleransi dan gejala putus zat jika pemakaian zat dihentikan atau dikurangi dosisnya (Kurniadi dan Riyanto, 2000).

Bila dicermati, apa yang menyebabkan pertama kali seseorang menggunakan NAPZA, hampir dipastikan karena rasa keingintahuan yang sangat besar. Jika kemudian seseorang tetap menggunakannya, itu lebih banyak disebabkan karena zat tersebut membuat orang tersebut merasa lebih nyaman. Bahkan mungkin dapat menghindar dari masalah untuk sementara. Orang tidak akan menyalahgunakan NAPZA jika mereka merasa nyaman tentang dirinya, jika mereka dapat membuat keputusan yang bijaksana, jika mereka dapat menikmati hidup dengan baik, dan jika mereka dapat menyatakan "TIDAK" (Kurniadi dan Riyanto, 2000).

Tidak semua remaja menyalahgunakan atau mencoba NAPZA. Ada beberapa ciri perkembangan remaja yang rentan terhadap gangguan penggunaan narkotika, psikotropika, alkohol dan zat adiktif lainnya:

1. Perasaan galau, pada masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa sering timbul perasaan tertekan, ketegangan, keresahan, kebingungan, rasa tidak aman, perasaan sedih bahkan depresi. Zat adiktif sering dipakai oleh remaja untuk menghilangkan perasaan tersebut. Perasaan tersebut memang dapat berkurang atau hilang oleh zat tersebut walaupun hanya bersifat sementara.
2. Tekanan kawan ("gang"), adanya kebutuhan untuk bergaul dengan teman sebaya mendorong remaja untuk dapat diterima sepenuhnya dalam kelompoknya. Ada kalanya menggunakan zat adiktif merupakan suatu hal yang penting bagi seorang remaja yang sedang dalam proses melonggarkan ikatan pada orangtuanya.

Diterimanya seorang remaja dalam kehidupan kelompoknya merupakan suatu peristiwa yang membanggakan dan meningkatkan harga dirinya.

3. Zat adiktif dapat meningkatkan atau mempermudah interaksi sosial.
4. Pemberontakan, gangguan penggunaan zat dapat dipandang sebagai suatu penyimpangan perilaku yang bersifat menentang nilai- nilai yang diakui oleh masyarakat orang dewasa. Proses perkembangan jiwa remaja yang normal menuntut separasi (pemisahan) dari otoritas orangtua serta mengembangkan otoritas dan identitas dirinya sendiri. Pada saat itu ada dorongan untuk memberontak atau melawan apa saja yang berbaur otoritas orangtua, lebih-lebih jika orangtuanya memang bersifat otoriter. Peraturan dan tata tertib yang semula dihargai dan dipatuhi, mulai ditinggalkan dan bahkan ditentang dengan keras. Pola hidup orangtuanya ditinggalkan dan diganti dengan pola hidup baru yang ditentukan oleh kelompok sebayanya. Gangguan penggunaan zat seringkali dianggap sebagai pola hidup baru para remaja.
5. Keingintahuan, pada masa remaja timbul dorongan yang kuat untuk mengeksplorasi dunia sekitarnya, dorongan untuk mencoba hal- hal baru, dorongan untuk mencari pengalaman hidup baru termasuk pengalaman mencoba zat adiktif.
6. Jiwa petualang, gangguan penggunaan zat dapat pula dipandang sebagai suatu penyaluran dorongan alamiah untuk melakukan perbuatan- perbuatan yang mengandung risiko besar (*risktaking behavior*).
7. Meniru orang dewasa, gangguan penggunaan zat dapat dipandang sebagai simbol kedewasaan. Para remaja ingin agar dianggap sudah dewasa terutama apabila orangtuanya masih selalu menganggap dirinya sebagai anak kecil.
8. Obat mujarab, gangguan penggunaan zat dapat pula terjadi akibat usaha remaja untuk mengatasi ansietas, ketakutan atau perasaan bersalah akibat eksplorasi

seksualnya. Kadang-kadang zat adiktif dipakai untuk meningkatkan sensasi dalam hubungan seksual, menghilangkan hambatan psikologik, mempermudah timbulnya fantasi, dan meningkatkan empati dalam hubungan interpersonal.

9. Keyakinan yang salah, remaja yang berusia sekitar 15-16 tahun kadang-kadang mempunyai suatu keyakinan yang khas dan unik, bahwa apa yang terjadi pada orang lain, tidak akan terjadi pada dirinya. Ia yakin bahwa zat adiktif dapat merugikan atau membahayakan orang lain tetapi tidak akan merugikan atau membahayakan dirinya walaupun kenyataan di sekitarnya membuktikan sebaliknya (*personal fable*) (Kurniadi dan Riyanto, 2000).

Gangguan penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya adalah suatu gangguan kesehatan jiwa. Gangguan penggunaan zat merupakan interaksi tiga faktor yaitu faktor zat, individu, dan lingkungan sosial. Ini mirip dengan konsep kesehatan masyarakat tentang terjadinya penyakit menular, yaitu sebagai hasil interaksi tiga faktor: *host*, *agent* dan *environment*:

- Faktor zat, tidak semua zat dapat menimbulkan gangguan penggunaan. Hanya zat dengan khasiat farmakologik tertentu dapat menimbulkan gangguan penggunaan zat. Menurut pendekatan ini, zat dapat dibagi dalam dua golongan yaitu zat yang dapat menimbulkan ketergantungan dan zat yang tidak dapat menimbulkan ketergantungan. Apabila di suatu tempat zat yang dapat menimbulkan ketergantungan mudah diperoleh, maka di daerah itu akan banyak pula dijumpai kasus gangguan penggunaan zat. Oleh karena itu, zat yang dapat menimbulkan ketergantungan harus diatur dengan aturan- aturan yang efektif tentang penanaman, pengolahan, import, distribusi dan pemakaiannya.
- Faktor individu, tidak semua orang mempunyai risiko sama besar untuk menderita gangguan penggunaan zat. Faktor kepribadian dan faktor konstitusi seseorang

merupakan dua faktor yang ikut menentukan seseorang tergolong kelompok risiko tinggi atau tidak. Ada beberapa ciri individu dengan risiko tinggi gangguan penggunaan NAPZA seperti; individu dengan sifat mudah kecewa dan kecenderungan menjadi agresif dan destruktif sebagai cara menanggulangi perasaan kecewa tersebut, individu dengan perasaan rendah diri (*low self-esteem*), adanya sifat tidak bisa menunggu atau bersabar yang berlebihan, suka mencari sensasi, melakukan hal-hal yang mengandung risiko bahaya yang berlebihan, sifat cepat menjadi bosan dan merasa tertekan, murung dan merasa tidak sanggup berfungsi dalam kehidupannya sehari-hari (Kurniadi dan Riyanto, 2000).

Hambatan atau penyimpangan psikoseksual dengan akibat kegagalan atau tidak terjadinya identifikasi seksual yang memadai. Sifat pemalu, takut mendekati atau didekati lawan jenisnya, terlibat masturbasi secara berlebihan, atau tidak pernah masturbasi sama sekali, suka menyendiri, kurang bergaul dengan lawan jenisnya, bersikap pasif, segan atau malah menolak dalam persaingan untuk suatu kehidupan atau perilaku heteroseksual yang normal. Keterbelakangan mental terutama yang tergolong pada taraf perbatasan, keadaan ini mudah menimbulkan perasaan cemas, rendah diri, curiga, malu dan sebagainya. Lagipula dengan adanya retardasi mental, kemampuan untuk mencari jalan keluar dari berbagai persoalan sangat kurang sehingga mudah timbul frustrasi. (Menggunakan zat adiktif sering kali dipakai untuk mengatasi perasaan cemas, malu, rendah diri, frustrasi atau sebagai pelarian dari kesulitan yang dihadapinya). Kurangnya motivasi atau dorongan untuk mencapai suatu keberhasilan dalam pendidikan atau pekerjaan atau lapangan kegiatan lainnya, prestasi belajar menunjukkan hasil yang cenderung rendah, kurang berpartisipasi dalam kegiatan ekstrakurikuler, cenderung memiliki gangguan jiwa seperti kecemasan, obsesi, apatis, menarik diri dalam pergaulan, depresi, kurang mampu

menghadapi stres atau sebaliknya hiperaktif, cenderung mengabaikan peraturan-peraturan, adanya perilaku yang menyimpang, seperti hubungan seksual yang tidak terlindung, putus sekolah pada usia yang sangat dini, perilaku anti sosial pada usia dini seperti tindak kekerasan, agresivitas, sering mencuri, sering berbohong, dan kenakalan remaja lainnya, suka tidak tidur pada malam hari atau tidur larut malam (begadang), kurang suka berolahraga, cenderung makan berlebihan, suka melancarkan protes sosial, mempunyai persepsi bahwa hubungan dalam keluarga kurang dekat walaupun seringkali kenyataannya tidak demikian, adanya anggota keluarga lain yang tergolong peminum alkohol yang berat atau secara berlebihan, berkawan dengan orang yang tergolong peminum berat atau pemakai obat secara berlebihan, sudah mulai merokok pada usia yang lebih dini, kehidupan keluarga atau dirinya kurang religius (Kurniadi dan Riyanto, 2000).

Shields (1976) mengemukakan bahwa ciri kepribadian (*Personality traits*) mempunyai peran penting pada seseorang penyalahgunaan NAPZA. Ciri kepribadian tertentu dapat menyebabkan kondisi baik psikologis maupun fisiologis seseorang rawan terhadap penyalahgunaan NAPZA. Glatt (1996) menunjukkan beberapa contoh kepribadian psikopatik, imatur, inadkuat (Yongky, 2004).

Tes- tes psikologik, misalnya *Di clan Clinical Multiaxial Inventory* (DMCI) dapat digunakan untuk mengetahui kecenderungan- kecenderungan kepribadian yang mengakibatkan penyalahgunaan NAPZA (Syamsulhadi, 2000).

- Faktor lingkungan sosial, hubungan ayah dan ibu yang retak, komunikasi yang kurang efektif antara orangtua dan anak, merupakan faktor yang ikut mendorong seseorang pada gangguan penggunaan zat di samping faktor lingkungan pergaulan

baik di sekolah, di tempat kerja, maupun di luar sekolah atau tempat kerja (Kurniadi dan Riyanto, 2000).

Dipandang dari kesehatan jiwa, dari tiga faktor tersebut di atas, faktor individu merupakan faktor utama. Individu harus dibina sedemikian rupa sehingga ia dijauhkan dari gangguan penggunaan zat. Pendekatan ini tidak terlalu menitikberatkan perhatian pada jenis zat apa yang dipakai, melainkan lebih menyoroti makna zat tersebut bagi si pemakai, berapa banyak zat tersebut dipakai, seberapa sering dipakai, dan bagaimana pola pemakaiannya (Kurniadi dan Riyanto, 2000).

Pada teori psikodinamik menurut Erikson, terjadinya ketergantungan pada obat- obatan/ zat disebabkan karena terhambatnya fase 1 dari perkembangan psikososial yaitu fase "*basic trust vs mistrust*" (umur 0- 1,5 tahun). Seorang bayi pada waktu di kandungan, hidup dengan keteraturan, suasana lingkungan yang hangat dan penuh perlindungan. Tapi setelah lahir, ia harus menghadapi kenyataan hidup yang baru yaitu berada di luar kandungan. Dalam menghadapi dunia luar, bayi sama sekali tidak berdaya, sehingga mutlak tergantung pada orang lain. Oleh karena itu, ia memerlukan rasa aman/ percaya terhadap lingkungan. Satu- satunya alat yang dimiliki bayi pada saat itu untuk mendapatkan hubungan dengan lingkungan adalah mulut. Menurut Erikson, yang dimaksud bukan hanya mulut, tetapi semua reseptor yang ada di permukaan badan termasuk kulit. Bila seorang anak mengalami hambatan pada fase ini, perkembangan selanjutnya akan terhambat. Anak akan tetap melekat pada fase ini dan menuntut pemuasan yang terus menerus. Berdasarkan teori psikoanalitik, dimana saat seseorang sedang mengalami efek obat selama relaksasi, euforia atau saat stupor, adalah saat- saat mengenang kembali "*Oceanic feeling*" pada masa bayi. Pengalaman dengan zat/ obat ini menunjukkan regresi yang dalam, yaitu keinginan untuk

memperoleh kembali perasaan kenikmatan pada saat dia mempunyai kekuasaan pada fase oral (Gabbard, 1994).

Pada teori *Behavioral*, dikatakan bahwa terjadinya ketergantungan pada suatu jenis zat merupakan proses pembiasaan (*conditioning*) dimana ada 4 faktor penguat (*reinforcer*); *Primary reinforcer* yaitu adanya perasaan subjektif yang menyenangkan sebagai akibat langsung pemakaian NAPZA, *Negative reinforcer* yaitu rasa sakit dan tidak enak akibat menghentikan pemakaian NAPZA, *Secondary reinforcer* yaitu adanya perubahan perilaku akibat pemakaian NAPZA dimana orang itu tidak agresif dan lebih mudah mengadakan interaksi sosial, *Secondary negative reinforcer* yaitu timbulnya gejala mirip putus zat bila seorang pecandu mengalami situasi atau melihat barang yang ada hubungannya dengan pemakaian NAPZA tersebut, misalnya melihat suntikan, atau melewati tempat dimana dia biasa membeli zat tersebut (Cameron, 1985).

Banyak cara alami untuk mengusik mesolimbik agar neuron dopaminergik melepaskan dopamin sehingga memperoleh kenikmatan atau kepuasan, dari menikmati konser sampai orgasme, dari memenangkan pertandingan atletik sampai menyelesaikan pekerjaan yang rumit. Untuk memperoleh kenikmatan yang alami ini, mesolimbik dibantu oleh senyawa yang secara alami terdapat dalam otak, yaitu endorfin, anandamida, asetilkolin, dan dopamin sendiri (Joewana, 2005).

Zat psikoaktif menyebabkan perubahan perilaku, perasaan, pikiran, dan persepsi karena berpengaruh pada satu atau lebih neurotransmitter. Semua zat psikoaktif mempengaruhi dopamin pada *ventral tegmental Area* (VTA) yang terletak pada bagian ventral otak tengah, *nucleus accumbens* (NAc) yang terletak pada bagian ventral otak depan, dan korteks prefrontal. Selain ketiga tempat tersebut, opioda

bekerja pada nucleus arkuatus, amigdala, lokus seruleus, dan substansia grisea periaqueductus (Joewana, 2005).

Selain pada VTA, NAc dan korteks prefrontal, beberapa jenis zat psikoaktif juga bekerja pada neuron GABA-ergik di korteks serebri, serebelum, hipokampus, kolikuli superior, dan kolikuli inferior, serta amigdala. VTA dan NAc mengandung beberapa tipe sel dan tiap sel bereaksi berbeda terhadap zat psikoaktif yang berbeda (Joewana, 2005).

Penguatan (*reinforcing*) dan adiksi pada penyalahgunaan NAPZA sering terjadi, hal ini dikarenakan adanya beberapa bagian otak yang berperan dalam terjadinya hal tersebut. Terjadinya penguatan yang positif (*positive reinforcing*) dan adiksi terhadap opioda, kokain, nikotin, amfetamin, alkohol dan ganja disebabkan oleh pengaruh senyawa tersebut di atas pada VTA dan pada NAc. Lokus seruleus (LC) dan *periaqueductal grey* (PAG), substansia grisea periaqueductus yang terletak pada dasar ventrikel quartus berkaitan dengan terjadinya ketergantungan fisik dan gejala putus opioda (Joewana, 2005).

Pada *mesolimbic dopamine pathway* terdapat *medial fore- brain bundle* yang berisi serabut saraf dopaminergik. Serabut ini menyebar dari VTA menuju NAc dan berlanjut ke korteks prefrontal. Jalur neural yang sering dijuluki sebagai “jalur kenikmatan” ini disebut sebagai *brain reward system* atau *brain pleasure system*, sedangkan dopamin mendapat julukan “neurotransmitter kenikmatan”. Sehingga neurotransmitter yang penting diketahui dalam kaitan dengan penggunaan zat psikoaktif adalah serotonin (5HT), dopamin (DA), norepinefrin (NE), epinefrin (E), asetilkolin (Ach), *gamma- aminobutyric acid* (GABA), glisin, asam glutamat, dan asam aspartat (Joewana, 2005).

2. COGTINIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)

Pada akhir abad ke 19, penelitian tentang faktor- faktor penyebab gangguan jiwa dan bentuk- bentuknya mulai dikerjakan secara ilmiah. Martin Charcoat (1825-1926), berhasil menjelaskan histeri dan mendemonstrasikan penyembuhannya dengan hipnosis. Emil Kraepelin (1855-1926), menulis buku pelajaran ilmu kedokteran jiwa tahun 1883. Selanjutnya melalui penelitian- penelitian ilmiah diketahui penyebab gangguan jiwa adalah multifaktorial, dapat berasal dari penyebab psikologis, biologis, dan lingkungan. Sekarang pengobatan terhadap gangguan jiwa meliputi psikoterapi, farmakoterapi (dengan obat), dan terapi somatik (terapi elektro konvulsi dan pembedahan) (Sudiyanto, 2007).

CBT telah dirintis pertama kali oleh Albert Ellis dan Aron Beck sejak tahun 1963 khusus untuk pasien- pasien psikiatri dengan gangguan cemas dan atau depresi. Beck mulai melakukan terapi CBT untuk pasien- pasien ketergantungan kokain sejak tahun 1993. Kemudian Caroll (1998) melakukan modifikasi CBT terhadap pasien ketergantungan kokain. CBT terhadap pasien- pasien dengan ketergantungan opioda di Indonesia, sejauh ini belum dilakukan lebih intensif. CBT merupakan terapi berjangka singkat, sepadan dengan sebagian besar program klinis, berstruktur dan berorientasi pada sasaran (Caroll, 1998). CBT untuk pasien ketergantungan NAPZA dapat berdiri sendiri ataupun merupakan kombinasi dari beberapa bentuk terapi lain seperti prinsip- prinsip dari RPT dan CE-Therapy, dan kemudian diberikan berbagai tugas rumah di luar sesi. CBT terdiri dari 12 sesi @ 2 jam. Beberapa *guidelines* yang diberikan oleh Beck adalah:

1. *Don't fire with fire*
2. *Maintain honesty*
3. *Remain focused on the goals of treatment*
4. *Remain focused on the patient's redeeming qualities*

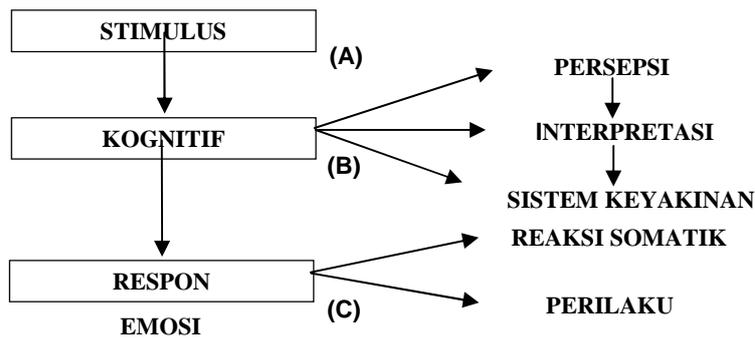
5. *Disarm the patient with genuine humility and empathy*

6. *Confront, but use diplomacy* (Husin, 2001).

Sesuai dengan aliran kognitif dan perilaku (*behavior*), CBT menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui rangkaian proses Stimulus- Kognisi- Respon (SKR), yang saling berkaitan membentuk semacam jaringan dalam otak. Proses kognitif merupakan faktor penentu bagi pikiran, perasaan, dan perbuatan (perilaku). Semua kejadian yang dialami berlaku sebagai stimulus yang dapat dipersepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irasional). Isi pikiran yang positif akan mempengaruhi perasaan dan perilaku yang positif (normal), sedangkan isi pikiran yang negatif mengakibatkan gangguan emosi (perasaan). Selanjutnya menurut konsep dasar ini emosi atau perasaan akan mempengaruhi tingkah laku atau perbuatan, baik secara positif atau negatif. Dengan CBT, dilakukan modifikasi fungsi pikiran, perasaan, dan perbuatan (perilaku), dengan cara menekankan fungsi kognitif (otak) dalam menganalisis, memutuskan, bertanya, berkehendak, dan memutuskan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaan, diharapkan pasien dapat merubah perilakunya dari negatif menjadi positif (Sudiyanto, 2007).

Semua kejadian yang dialami dapat berlaku sebagai *activating event* (A) dan akan dipersepsi dan diinterpretasi, selanjutnya kumpulan dari persepsi dan interpretasi tersebut akan membentuk suatu sistem keyakinan atau *belief* (B) yang akan mempengaruhi reaksi fisiologis (somatik) dan perilaku sebagai *consequences* (C). Dengan CBT, dilakukan intervensi sehingga dapat menggoyahkan dan menyusun kembali sistem keyakinan pasien (B) dari negatif (irasional atau mengalami penyimpangan / distorsi) ke positif (rasional atau realistik) dengan demikian dapat menghambat atau menghilangkan dampak negatif pada perilaku dan reaksi somatik sebagai konsekuensinya (C) (Sudiyanto, 2007).

Skema 1. Stimulus, kognitif, dan Respon



(Sudiyanto,

2007)

Dalam CBT, terapis berperan sebagai guru dan pasien sebagai murid dan dalam hubungan ini diharapkan terapis dapat secara efektif mengajarkan kepada pasien mekanisme SKR baru yang lebih positif dan rasional, mengganti struktur kognitif lama yang negatif, irasional, atau mengalami distorsi (Sudiyanto, 2007).

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, sedang di pengadilan, 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 berupa gangguan 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 Ansietas

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 Heart* yang menggambarkan keadaan serdadu Amerika yang mengalami stres akibat situasi perang (Kaplan and Sadock, 1998). Kemudian pada perang dunia pertama, muncul beberapa istilah seperti *soldier's heart*, *syndroma shell shock*, akibat besarnya pengaruh pikiran seseorang menghadapi perang. Pada perang dunia kedua juga muncul apa yang disebut *combat neurosis* (Kaplan and Sadock, 1998).

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 and Sadock, 1998).

Han Selye (*cit.*, Soen, 1994) pakar kimia organik Universitas McGill Montreal Kanada, setelah menyuntikkan suatu zat yang dimurnikan dari indung 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 and Thase, 2002), khusus untuk anak dan remaja umur 9-13 tahun $5 \pm 10\%$ (Castellanos and 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 Ansietas

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).

- 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 *distress*, Selye dari *alarm reaction and mobilization* 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 *distress*. Sedang pada teori psikoanalitik tahapan tersebut berupa panik-sublimasi-regresi, bila sublimasi berhasil maka menjadi normal, dan jika tidak berhasil menjadi regresi yang akhirnya *distress*. Terakhir, teori kognitif, keputusasaan (*desperation*) akan diolah pada kontrol koping atau penguasaan (*mastery*), bila berhasil akan kembali normal dan bila tidak, masuk tahap ketiga yaitu kebodohan (*stupidity*) yang akhirnya terjadi *distress* (Nuhriawangsa, 1998).

- 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). Kejadian yang tak menyenangkan akan dipersepsi oleh panca indera ke Susunan Syaraf Pusat (SSP), yang melibatkan jalur korteks serebri- sistem limbik- *reticular activating system*- hipotalamus, kemudian akan memacu kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormon- hormon mediator yang memacu syaraf otonom (*Hypothalamus- Pituitary- Adrenal Axis*= HPA Aksis). *Adrenocorticotropic Hormone* (ACTH) memacu korteks pararenalis mengeluarkan kortikosteroid, dan syaraf simpatis memacu medula pararenalis mengeluarkan katekolamin (epinefrin dan norepinefrin). 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.

- 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 merintangi 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,1998).

- 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.

- GABA

Neurotransmitter ini berperan dalam gangguan kecemasan didukung paling kuat oleh manfaat benzodiazepin, 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 diberikanahonis 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 and Sadock,1998).

- 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 and 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 and Sadock, 1998).

Salah satu instrumen sebagai alat bantu diagnosis kecemasan 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, gemetaran, 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).

Dari hasil instrumen TMAS sebanyak 50 butir, bila 21 butir dijawab “ya” hal ini menunjukkan kecemasan (Wicaksono, 1992).

TMAS banyak digunakan oleh peneliti karena mempunyai validitas dan reliabilitas yang cukup tinggi juga mudah digunakan dan tidak memerlukan waktu yang lama untuk mengerjakan (Wicaksono, 1992).

4. KUALITAS HIDUP

Kualitas hidup menurut WHO (1991) adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan sesuai dengan sistem budaya dan nilai-nilai tempat mereka hidup dalam kaitannya dengan kepentingan, tujuan hidup, harapan dan standar yang ingin dicapainya (Woffshohn, Cochrone, Watt, 2000).

Kualitas hidup merupakan pengalaman internal yang dipengaruhi oleh apa yang terjadi di luar dirinya, tetapi hal tersebut juga diwarnai oleh pengalaman subjektif yang pernah dialami sebelumnya, kondisi mental, kepribadian dan harapan-harapannya. Pasien dengan penyakit kronis berat dengan komplikasi dan lamanya pengobatan mengakibatkan turunnya kualitas hidup dibanding pasien yang baru saja sakit tanpa komplikasi (Schrag *et al*, 2000).

Pengukuran kualitas hidup adalah penting dalam menentukan dampak penyakit pada fungsi keseharian pasien dan untuk penanganan selanjutnya (Gee *et al*, 2000).

Pada penelitian ini digunakan pengukuran tingkat kualitas hidup berdasarkan skor CGI-QL yang telah teruji reliabilitas dan validitasnya., mencakup penilaian terhadap:

1. Derajat berat kualitas hidup, yang dinilai atas pertimbangan total pengalaman klinik peneliti (0= tidak dinilai, 1=normal, tidak terganggu, 2= perbatasan antara sehat-terganggu, 3= terganggu ringan, 4= terganggu derajat sedang, 5= terganggu berat, 6= sangat berat, 7= ekstrem berat).
2. Perbaikan global; dinilai seberapa perbaikan klinik yang terjadi (secara menyeluruh) dibandingkan saat awal diperiksa dengan skor: (0=tidak dinilai, 1=sangat membaik, 2=banyak perbaikan, 3=sedikit membaik, 4= tak ada perbaikan, 5= sedikit memburuk 6= memburuk, 7= sangat memburuk)

3. Efek terapeutik (0=tidak dinilai, 1= sangat nyata, terjadi perbaikan yang cepat nyaris semua ggn kualitas hdp menghilang, 2=sedang, terjadi perbaikan, sebagian gangguan hilang, 3=minimal, sedikit perbaikan, 4= tidak ada perbaikan atau memburuk, dan penilaian
4. Efek samping (0= tidak dinilai, 1=tidak ada, 2=ada tetapi tidak mengganggu kualitas hidup pasien, 3=ada dan mengganggu kualitas hidup pasien secara nyata, 4=berat, melampaui manfaat efek terapeutik)

5. TAHANAN, NARAPIDANA DAN LEMBAGA PEMASYARAKATAN

Tahanan adalah orang yang ditahan dalam status tersangka yang merupakan penghuni titipan dari kejaksaan yang sedang menunggu proses putusan pengadilan. Adapun narapidana adalah penghuni Lembaga Pemasyarakatan (LP) atau Rumah Tahanan (Rutan) yang sudah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap (Saleh, 1984, cit., Panjaitan dan Simorangkir, 1995).

Teori pemidanaan tradisional:

- Teori Absolut : pidana dijatuhkan semata-mata karena orang melakukan tindak pidana. Pidana merupakan akibat mutlak yang harus ada sebagai pembalasan kepada orang yang melakukan kejahatan tersebut.
- Teori Relatif : memidana bukanlah memuaskan tuntutan absolut dari keadilan. Pembalasan itu tidak mempunyai nilai, tetapi mempunyai tujuan tertentu yang bermanfaat. Jadi dasar membenaran menurut teori relatif terletak pada tujuan pidana yang diputuskan bukan karena orang tersebut jahat melainkan supaya orang tidak lagi melakukan kejahatan (Panjaitan dan Simorangkir, 1984).

Usaha untuk memperbaiki sangsi pidana hendaknya berorientasi pada pendidikan yang dapat menghasilkan karya nyata di masyarakat. Sedangkan sangsi

pidana berupa hukuman semata, tidak akan bermanfaat bagi pembaruan kesadaran hukum, moral dan mental pelanggar hukum, kalau semata-mata hanya untuk mematuhi undang-undang tanpa memperhatikan kesiapan mental, fisik dan spiritual si pelaku / pelanggar hukum (Saleh, 1984, cit., Panjaitan dan Simorangkir, 1995).

Stigma (pandangan negatif) Lembaga Pemasarakatan: anggapan pelanggar hukum hanya dapat dibina kalau diasingkan dan dinyatakan sebagai individu yang telah rusak segala-galanya, tidak ada harapan untuk perbaikan. Ini adalah pembalasan yang dilegalisir oleh kenyataan dan kehendak masyarakat (Saleh, 1984, cit., Panjaitan dan Simorangkir, 1995).

Pembalasan tidak selalu dalam bentuk-bentuk penyiksaan fisik tetapi bisa juga bersifat penekanan psikologis, tertuju pada pelaku maupun keluarga. Terciptanya pembalasan ini jelas membawa dampak negatif terhadap pelaku dan anggota keluarganya (Saleh, 1984, cit., Panjaitan dan Simorangkir, 1995).

Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) produk Pemerintah Kolonial Belanda, pasal 10 memuat hukuman pokok dan tambahan, antara lain hukuman mati, penjara dan seterusnya. Ini dibenarkan kalau memang sanksi pidana itu dilihat sebagai sarana mempertahankan kekuasaan penjajah (Saleh, 1984, cit., Panjaitan dan Simorangkir, 1995).

Pandangan yang lain menyebutkan bahwa tujuan sanksi pidana semata-mata sebagai reaksi atas pelanggaran yang dilakukan seseorang. Ini berarti pengakuan terhadap hak si pelaku kejahatan belumlah menjadi prioritas. Tujuan pembedaan adalah untuk memperbaiki kerusakan individual dan sosial yang diakibatkan oleh tindak pidana. Hal ini terdiri atas seperangkat tujuan yang merupakan titik berat harus bersifat kasuistis. Perangkat tujuan pembedaan yang dimaksud terdiri atas:

- Pencegahan (umum dan khusus)

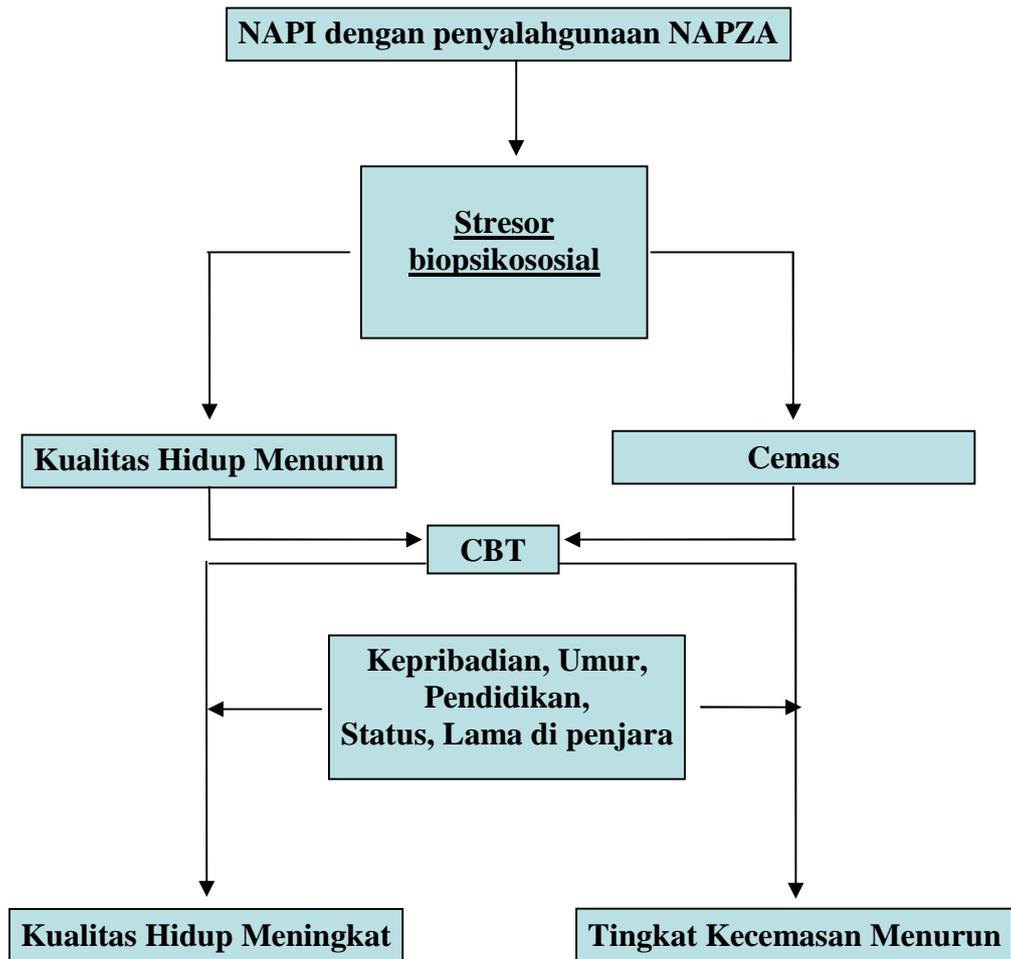
- Perlindungan masyarakat
- Memelihara solidaritas masyarakat;
- Pengimbangan/ perimbangan (Muladi, 1988).

Penghargaan terhadap citra manusia menjadi dasar utama memperlakukan si terpidana lebih manusiawi. Sahardjo, tokoh pembaharu dunia kepenjaraan mempunyai gagasan pemasyarakatan bagi terpidana, dengan alasan sbb.:

- tiap orang adalah makhluk kemasyarakatan;
- tidak ada orang yang hidup di luar masyarakat;
- kemudian narapidana hanya dijatuhi hukuman kehilangan kemerdekaan bergerak, diusahakan tetap dapat mempunyai mata pencaharian (Saleh, 1984).

Kesimpulan : individu sebagai anggota masyarakat tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhinya berbuat jahat. Namun sebagai manusia yang mempunyai citra, harkat juga martabat yang sama di hadapan Tuhan, tentu harus diperlakukan secara bertanggung jawab dan manusiawi. Pemberian sanksi pidana, bukan sebagai pembalasan atau eksploitasi tenaga manusia untuk kepentingan golongan / jawatan pemerintah, tetapi bertujuan untuk menyadarkan perilaku menyimpang pada diri si pelanggar hukum tersebut. (Saleh, 1984).

B. KERANGKA BERPIKIR



C. HIPOTESIS

1. *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) efektif menurunkan tingkat kecemasan.
2. *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) efektif meningkatkan kualitas hidup.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian:

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian eksperimental *random control trial* (Setiawan, 2001).

B. Tempat dan Waktu Penelitian:

Penelitian ini mengambil lokasi di Rumah Tahanan (Rutan) Kelas I Surakarta. Dengan lama penelitian kurang lebih 10 minggu.

C. Populasi dan Sampel :

Populasi penelitian adalah tahanan / narapidana penyalahgunaan NAPZA Rumah Tahanan Kelas I di 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 (Sudigdo, 1995). Didapatkan jumlah sampel untuk tiap kelompok=25.

Jumlah sampel total = 50

D. Kriteria Inklusi:

- Tahanan / narapidana penyalahguna NAPZA.
- Bersedia mengikuti penelitian.
- Skor L-MMPI ≤ 10
- Pendidikan minimal tamat SD.

E. Variabel-variabel Penelitian:

1. Variabel tergantung (*dependent*) dari usulan penelitian ini adalah tingkat kecemasan yang diukur dengan menggunakan *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS) dan tingkat kualitas hidup yang diukur dengan *Clinical Global*

Impression for Quality of Life (CGI- QL) dari tahanan / narapidana Rumah Tahanan Kelas I di Surakarta, dimana yang dimaksud tahanan di sini adalah orang yang ditahan dalam status tersangka penyalahguna NAPZA dan merupakan penghuni titipan dari kejaksaan yang sedang menunggu proses putusan pengadilan, sedangkan yang dimaksud narapidana adalah penghuni Lembaga Pemasyarakatan (LP) atau Rumah Tahanan (Rutan) yang sudah dijatuhi hukuman dengan pasal penyalahgunaan NAPZA, berdasarkan keputusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

2. Variabel bebas (*independent*) adalah perlakuan bagi para responden, yaitu dengan pemberian CBT.
3. Variabel-variabel luar adalah sebagai berikut:
 - a. Data Identitas Responden (DIR). Data ini diperoleh dengan cara membagi formulir data pribadi dan dari data yang ada di Rumah Tahanan Kelas I Surakarta, yang terdiri atas data mengenai umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan.
 - b. Data Status Penahanan Responden (SPR). Di samping itu juga ditambahkan data jenis kasus, jenis keputusan, lama keputusan pengadilan, frekuensi (keseringan) dan lama berada di Rutan.
 - c. Skala L- MMPI (*Lie- Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) untuk mengungkapkan kecenderungan kebohongan responden (nilai batas 10 atau lebih. Berisi 15 butir pertanyaan yang mengungkapkan kekurangan-kekurangan kecil individu yang sering dijumpai di masyarakat sehingga tidak perlu disembunyikan, bila skornya sama atau lebih dari 10 tidak diikutsertakan dalam penelitian (Salan, 1981).
 - d. *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS) yang telah divalidasi

penggunaannya di Indonesia dengan hasil baik. Dari hasil instrumen TMAS sebanyak 50 butir, bila 21 butir dijawab “ya” hal ini menunjukkan kecemasan (Wicaksono, 1992).

e. *Clinical Global Impression for Quality of Life (CGI-QL)* yaitu

- Derajat berat kualitas hidup, yang dinilai atas pertimbangan total pengalaman klinik peneliti (0= tidak dinilai, 1= normal, tidak terganggu, 2= perbatasan antara sehat-terganggu, 3= terganggu ringan, 4= terganggu derajat sedang, 5= terganggu berat, 6= sangat berat, 7= ekstrem berat).
- Perbaikan global; dinilai seberapa perbaikan klinik yang terjadi (secara menyeluruh) dibandingkan saat awal diperiksa dengan skor: (0= tidak dinilai, 1= sangat membaik, 2= banyak perbaikan, 3= sedikit membaik, 4= tak ada perbaikan, 5= sedikit memburuk 6= memburuk, 7= sangat memburuk).
- Efek terapeutik (0= tidak dinilai, 1= sangat nyata, terjadi perbaikan yang cepat nyaris semua ggn kualitas hidup menghilang, 2= sedang, terjadi perbaikan, sebagian gangguan hilang, 3= minimal, sedikit perbaikan, 4= tidak ada perbaikan atau memburuk).
- Efek samping (0= tidak dinilai, 1= tidak ada, 2= ada tetapi tidak mengganggu kualitas hidup pasien, 3= ada dan mengganggu kualitas hidup pasien secara nyata, 4= berat, melampaui manfaat efek terapeutik)

F. Definisi Operasional Variabel

1. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*: adalah perlakuan bagi para responden, yaitu dengan pemberian CBT sebanyak 10 sesi, dengan durasi waktu kira- kira

120 menit setiap sesi.

2. Tingkat kecemasan: diukur dengan menggunakan kuesioner *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS), terdiri dari 50 butir pertanyaan, mempunyai validitas dan reliabilitas yang tinggi dengan nilai batas pemisah skor 22/23, sensitivitas TMAS cukup tinggi yaitu 90%, spesivitasnya 95%, nilai ramal positif 94,7%, nilai ramal negative 90,4% dan efektivitas diagnosis 92,5%. Reliabilitas instrumen dengan KR20 reliabilitasnya $r = 0,86$ (Sudiyanto, 2003). Diberikan *pretest* dan *posttest* baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.
3. Tingkat kualitas hidup: adalah yang diukur berdasarkan skor CGI-QL (*Clinical Global Impression for Quality of Life*) yang telah teruji reliabilitas dan validitasnya., mencakup penilaian terhadap derajat berat kualitas hidup, perbaikan global, efek terapeutik, dan efek samping. Diberikan *pretest* dan *posttest* baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

G. Teknik Pengumpulan Data:

1. **Pelaksanaan penelitian ini dengan cara menemui langsung responden dan dengan mengedarkan formulir data identitas pribadi (DIR), persetujuan mengikuti penelitian, data status penahanan (SPR) dan kuesioner yang mencakup skala L-MMPI, TMAS dan CGI-QL, yang dijawab pada lembar jawaban dan yang paling utama adalah perolehan data dengan memeriksa responden sebelum perlakuan dan setelah perlakuan CBT. Responden dipilih secara acak sederhana, sebanyak 50 responden yang**

dibagi dua yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

H. 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 data status penahanan (SPR)**
- 4. Pengisian kuesioner L-MMPI**
- 5. Pembagian kelompok kontrol dan kelompok perlakuan secara acak sederhana.**
- 6. Pengisian Kuesioner TMAS dan CGI-QL**
- 7. Kelompok perlakuan diberi CBT dengan prosedur 2 kali seminggu sebanyak 10 kali pertemuan/ sesi, meliputi:**

Sesi 1 : *Ask for a problem + define and agree on target problem.*

Pada tahap ini, terapis menciptakan hubungan baik dengan klien, saling membangun kepercayaan, menggali pengalaman perilaku klien lebih dalam, mendengarkan apa yang menjadi perhatian klien, menggali pengalaman-pengalaman klien dan merespon isi, perasaan dan arti dari apa yang dibicarakan klien. Terapis melakukan pendekatan kognitif dengan berusaha mendapatkan pikiran otomatis klien, menguji pikiran otomatis tersebut, kemudian mengidentifikasi anggapan dasar yang maladaptif dan menguji keabsahan anggapan maladaptif. Setelah itu terapis dan klien merumuskan dan membuat kesepakatan masalah apa yang sedang dihadapi. Masalah dirumuskan dalam terminologi yang jelas.

Sesi 2 : Assess Consequences + assess activating event

Pada tahap ini, terapis menginterpretasikan mengenai masalah dan akibat yang ditimbulkan oleh perilaku klien. Dilakukan konfrontasi apabila klien menjawab sesuatu yang tidak disetujuinya tentang interpretasi, dan dilakukan penjelasan atau klarifikasi lebih lanjut dalam rangka reformulasi atau menyatukan pandangan yang sedang dibicarakan. Diberikan pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan apabila klien dapat menerima dan memahami interpretasi yang diberikan.

Sesi 3 : Identify and assess any secondary emotional problems + teach the B – C connection

Pada tahap ini, terapis bersama klien mengidentifikasi masalah- masalah lain yang mungkin ada. Terapis juga menginterpretasikan dan mengajarkan klien tentang terjadinya akibat yang tidak diinginkan dikarenakan oleh keyakinan klien yang maladaptif. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

Sesi 4: Assess beliefs

Pada tahap ini, terapis menginterpretasikan mengenai sistem keyakinan klien yang timbul sebagai akibat dari kumpulan persepsi yang salah mengenai suatu masalah. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

Sesi 5 : Connect irrational beliefs and C

Terapis menginterpretasikan bahwa keyakinan maladaptif klien merupakan sumber penyebab masalah yang timbul. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

Sesi 6 : Dispute irrational beliefs

Terapis menggoyahkan dan menyusun kembali sistem keyakinan pasien dari irasional menjadi rasional. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

Sesi 7 : *Prepare your client to deepen conviction in rational beliefs*

Mempertegas dan memperkuat sistem keyakinan yang rasional dari klien. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

Sesi 8 : *Encourage your client to put new learning into practice*

Memberi pelajaran- pelajaran baru untuk dilakukan sehari- hari seperti menjadwalkan aktivitas, di sini klien diminta untuk menghitung jumlah penguasaan dan kesenangan yang diberikan oleh aktivitas tersebut. Latihan kognitif, yaitu dengan meminta klien membayangkan berbagai langkah dalam menemui dan menguasai suatu tantangan dan melatih berbagai aspek darinya. Latihan mempercayai diri sendiri yaitu dengan melakukan hal- hal sederhana seperti merapikan tempat tidur dan lain- lain. *Role playing* suatu tehnik yang bermanfaat untuk mendapatkan pikiran otomatis dan mempelajari perilaku baru. Tehnik pengalihan berguna untuk membantu klien dalam melewati waktu- waktu yang cukup sulit, termasuk aktivitas fisik, kontak sosial, pekerjaan, bermain dan penghayalan visual. Pada dasarnya, semua tugas ini diberikan dengan tujuan untuk membantu klien mengerti ketidakakuratan asumsi kognitifnya dan mempelajari strategi dan cara baru menghadapi masalah tersebut.

Sesi 9 : *Check homework assignments*

Terapis memeriksa dan memberi motivasi klien yang masih kurang dalam pelaksanaan tugas yang diberikan.

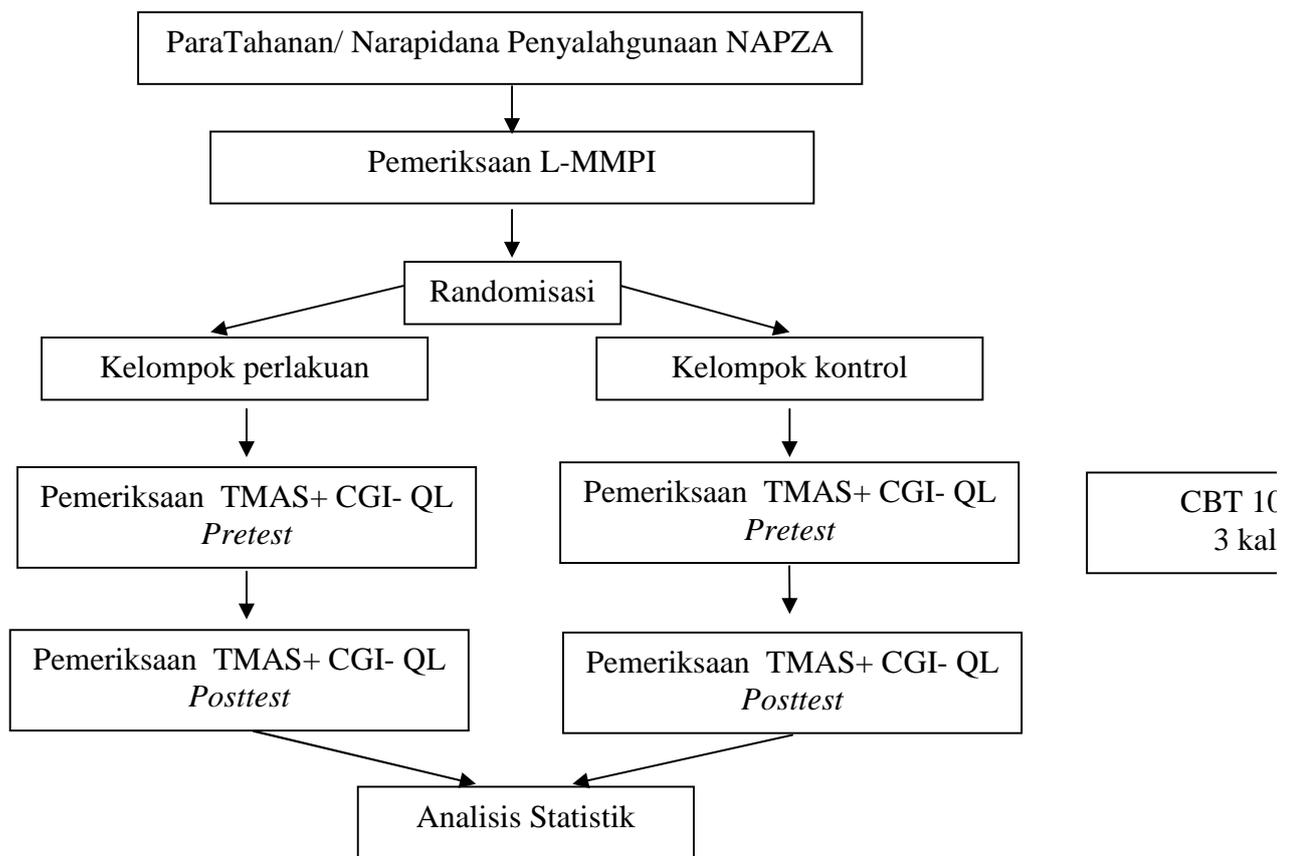
8. Pada akhir penelitian, kuesioner TMAS dibagikan kembali kepada kedua kelompok untuk diisi responden sebagai *post-test* kemudian dilakukan pengisian Kuesioner CGI-QL oleh peneliti.

9. Membandingkan hasil dan menganalisis secara statistik.

I. Tehnik Analisis Data :

Analisis data dengan menggunakan uji t, *Chi Square*, pengolahan data direncanakan akan dibantu dengan program pengolah data statistik, SPSS.

J. Alur Prosedur Penelitian



BAB IV
HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan penelitian di Rumah Tahanan (Rutan) Kelas I Surakarta. Dengan lama penelitian kurang lebih 12 minggu dari tanggal 20 Juni 2007 sampai dengan 20 September 2007. Sampel diambil secara *purposive sampling*, yang mana dilakukan pengambilan sampel dengan memilih subjek yang keterwakilannya sudah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi. Didapatkan 50 sampel yang memenuhi syarat, kemudian dilakukan pembagian kelompok kontrol dan kelompok perlakuan secara acak sederhana, didapatkan 25 klien sebagai kelompok perlakuan dan 25 klien 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 dan Kelompok Kontrol narapidana penyalahgunaan NAPZA

Karakteristik		Kontrol	Perlakuan	X ²	df	p	Keterangan
Pendidikan	SD	1	3	1,37	3	0,71	Tidak Signifikan
	SMP	8	8				
	SMA	14	13				
	S1	2	1				
Status	Belum Nikah	12	14	0,32	1	0,57	Tidak Signifikan
	Nikah	13	11				
Umur	18 – 23	5	4	6,2	6	0,40	Tidak Signifikan
	23 – 28	3	8				
	28 – 33	6	4				
	33 – 38	6	5				
	38 – 43	1	3				
	43 -48	2	1				
	48 – 53	2					
Lama Menjalani	0,9 - 8,2	12	11	8,73	5	0,12	Tidak Signifikan

Hukuman	8,2 - 15,5	5	8				
	15,5 - 22,8		3				
	22,8 - 30,1	3	3				
	30,1 - 37,4	4					
	44,7 - 52,0	1					

Pada tabel 1 ditampilkan karakteristik demografi dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan pendidikan, status pernikahan, umur, dan lama menjalani hukuman. Berdasarkan perhitungan statistik *Chi Square* tidak didapatkan perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok perlakuan berdasarkan pendidikan ($p = 0,71$), status pernikahan ($p = 0,57$), umur ($p = 0,40$) dan lama menjalani hukuman ($p = 0,12$). Hal ini menunjukkan bahwa secara demografi sampel adalah homogen atau setara dalam hal demografi.

Dilakukan uji kesetaraan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan untuk membandingkan tingkat kecemasan dan kualitas hidup klien (narapidana/tahanan) yang sedang menjalani hukuman akibat penyalahgunaan NAPZA. Tabel berikut merupakan hasil analisis perbandingan tingkat kecemasan dan kualitas hidup antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada *pre test*.

Tabel 2. Uji kesetaraan nilai TMAS dan CGI-QL pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

Statistik	Pada Pre Test			
	TMAS		CGI-QL	
	Kontrol	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan
Mean	30,40	27,92	17,00	16,80
Standar Deviasi	5,2757	5,1794	1,2583	0,9574
T _{hitung}	1,677		0,632	
Signifikansi	0,1		0,530	

Keterangan	Tidak bermakna	Tidak bermakna
------------	----------------	----------------

Sumber : data primer

1. TMAS

Membandingkan nilai TMAS pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan dengan menggunakan program Statistik SPSS *Release 12*. Pada kelompok kontrol didapatkan nilai *mean* 30,40 sedang pada kelompok perlakuan didapatkan nilai *mean* 27,92. Dengan uji statistik *t test* didapatkan nilai t_{hitung} sebesar 1,677 dan $p = 0,100$ yang lebih besar dari tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kecemasan antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan adalah homogen atau setara.

2. CGI-QL

Membandingkan nilai CGI-QL pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan dengan menggunakan program Statistik SPSS *Release 12*. Pada kelompok kontrol didapatkan nilai *mean* 17,00 sedang pada kelompok perlakuan didapatkan nilai *mean* 16,80. Dengan uji statistik *t test* didapatkan nilai t_{hitung} sebesar 0,632 dan $p = 0,530$ yang lebih besar dari tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa kedudukan kualitas hidup antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan adalah homogen atau setara.

Keadaan awal yang homogen atau setara menunjukkan bahwa kesalahan akibat adanya perbedaan awal terhadap tingkat kecemasan dan kualitas hidup dari kelompok kontrol dan kelompok perlakuan telah dihindari.

Tabel 3. Uji Perbandingan TMAS, CGI-QL pada *posttest* antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan

Statistik	Post Test			
	TMAS (Kecemasan)		QOL (Kualitas Hidup)	
	Kontrol	Perlakuan	Kontrol	Perlakuan
Mean	28,96	24,68	16,56	11,68
Standar Deviasi	3,3226	3,0512	1,3254	0,6272
T _{hitung}	4,774		8,755	
Signifikansi	0,000		0,000	
Keterangan	Bermakna		Bermakna	

Sumber : Data Primer

1. TMAS

Dari perhitungan dengan program Statistik SPSS *Release 12* didapatkan nilai *mean* TMAS *posttest* 28,96 pada kelompok kontrol dan nilai *mean* TMAS *posttest* pada kelompok perlakuan 24,68. Hal ini menunjukkan adanya penurunan tingkat kecemasan $28,96 - 24,68 = 4,28$. Penurunan tingkat kecemasan sebesar 4,28 secara signifikan bermakna. Artinya pemberian CBT dapat menurunkan tingkat kecemasan pada narapidana yang dihukum akibat penyalahgunaan NAPZA. Hal ini dibuktikan dengan uji statistik *t test* yang menunjukkan nilai t_{hitung} sebesar $4,744 > t_{tabel} = t_{5\%,49} = 1,671$ dan $p = 0,000$ yang lebih kecil dari tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$.

2. CGI-QL

Dari perhitungan dengan program Statistik SPSS *Release 12* didapatkan nilai *mean* CGI-QL *posttest* pada kelompok kontrol 16,56 dan nilai *mean* CGI-QL *posttest* kelompok perlakuan sebesar 11,68. Hal ini menunjukkan bahwa ada peningkatan kualitas hidup sebesar $16,56 - 11,68 = 4,88$. Peningkatan kualitas hidup sebesar 4,88 secara signifikan bermakna. Artinya Pemberian CBT dapat meningkatkan kualitas hidup pada narapidana yang dihukum akibat penyalahgunaan NAPZA. Hal ini dibuktikan dengan uji statistic *t test* yang menunjukkan nilai t_{hitung} sebesar $7,876 > t_{tabel} = t_{5\%,49} = 1,671$ dan $p = 0,000$ yang lebih kecil dari tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$.

Tabel 4. Uji Perbandingan CGI-QL pada *posttest* antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan

Karakteristik	Kontrol	Perlakuan	Z (Wilcoxon)	P	Keterangan
CGI (derajat QOL)	25	25	-5,67	0,00	Signifikan
	36,46	14,54			
	911,5	363,5			
CGI (Perbaikan Global)	25	25	-5,069	0,00	Signifikan
	35,58	15,42			
	889,5	385,5			
CGI (Efek Terapiutik)	25	25	-0,99	0,32	Tidak Signifikan
	26,46	24,54			
	661,5	613,5			

Pada Tabel 4 ditampilkan hasil uji perbandingan CGI-QL pada *posttest* antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan. Terdapat perbedaan secara bermakna perubahan nilai CGI-QL derajat QoL pada kelompok yang mendapat perlakuan dibandingkan kelompok kontrol (*Mean Rank* CGI derajat QoL Kelompok Perlakuan = 14,54, sedangkan *Mean Rank* CGI derajat QoL kelompok Kontrol = 36,46 dengan nilai Z (Wilcoxon) = -5,67, $p = 0,00$). Pada penilaian CGI Perbaikan Global terdapat perbedaan bermakna skor CGI Perbaikan Global pada kelompok perlakuan dibandingkan kontrol (*Mean Rank* CGI Perbaikan Global kelompok perlakuan = 15,42, sedangkan *Mean Rank* CGI Perbaikan Global kelompok kontrol = 35,58 dengan nilai Z (Wilcoxon) = -5,069, $p = 0,00$). Sementara itu pada penilaian CGI Efek Terapiutik tidak terdapat perbedaan yang bermakna nilai CGI Efek Terapiutik pada kelompok perlakuan dibandingkan kontrol (*Mean Rank* CGI Efek Terapiutik Kelompok Perlakuan = 24,54, sedangkan *Mean Rank* CGI Efek Terapiutik kelompok Kontrol = 26,46 dengan nilai Z (Wilcoxon) = -0,99, $p = 0,32$). CGI Efek Samping di sini tidak bisa dianalisis karena skor yang ditunjukkan sama yaitu tidak ada efek samping baik pada kelompok perlakuan maupun pada kontrol.

Tabel 5. Uji Interaksi nilai TMAS, CGI Derajat QoL, CGI Perbaikan Global, CGI Efek Terapiutik Berdasarkan Pendidikan, Status, Umur, dan Lama Menjalani Hukuman

Karakteristik	TMAS	CGI derajat QoL	CGI Perbaikan Global	CGI Efek Terapiutik
Pendidikan	p = 0,245	p = 0,681	p = 0,555	p = 0,774
Status	p = 0,880	p = 0,305	p = 0,294	p = 0,323
Umur	p = 0,183	p = 0,177	p = 0,755	p = 0,626
Lama menjalani hukuman	p = 0,718	p = 0,370	p = 0,929	p = 0,855

Pada tabel 5 ditampilkan hasil interaksi skor TMAS, dan masing-masing butir CGI-QL berdasarkan Jenis kelamin, umur, diagnosis, dan pendidikan pasien. Pada penilaian interaksi masing-masing variabel tampak bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna perubahan nilai TMAS maupun CGI-QL berdasarkan pendidikan, status, umur dan lama menjalani hukuman.

BAB V

PEMBAHASAN

Subjek Penelitian.

Pada awal penelitian dengan perhitungan statistik menunjukkan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah homogen atau setara dalam hal demografinya, mencakup : pendidikan, status nikah, umur dan lama menjalani hukuman yang ditunjukkan pada tabel 1. Demikian juga setara dalam hal skor awal TMAS dan CGI-QL yang ditunjukkan pada tabel 2, yang mana dengan perhitungan statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna pada skor awal TMAS dan CGI-QL. Sehingga secara keseluruhan bisa disimpulkan bahwa subjek penelitian adalah berasal dari sampel yang homogen.

Penilaian TMAS dan CGI-QL

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna penurunan tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$) yang mana pada kelompok perlakuan menunjukkan penurunan skor TMAS lebih besar secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol. Demikian juga terdapat perbedaan yang bermakna dalam perubahan skor CGI butir derajat kualitas hidup ($Z = -5,67$; $p < 0,05$). Pada penilaian CGI butir Perbaikan Global terdapat perbedaan bermakna antara kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol ($Z = -5,069$; $p < 0,05$) dan didapatkan perbedaan yang tidak bermakna antara kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol pada pengukuran butir CGI Efek Terapiutik ($Z = -0,99$; $p > 0,05$). Kualitas hidup pada CGI Efek Terapiutik menunjukkan adanya perbaikan walaupun setelah dianalisis secara statistik didapatkan hasil yang tidak bermakna. Hal ini tetap berarti bahwa Terapi CBT efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pada penyalahguna NAPZA, khususnya pada tahanan/ narapidana penyalahguna NAPZA. Ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa sebagian besar orang memerlukan

pertolongan/ bantuan untuk sejumlah simtom- simtom psikiatri yang heterogen (anxietas, depresi, gangguan psikiatri lain) dan dapat disembuhkan dengan psikoterapi. Beberapa penelitian yang membuktikan manfaat psikoterapi terhadap penyalahgunaan NAPZA sehingga digunakan bersama- sama dengan psikofarmakoterapi (Ward, 1992), dengan menggunakan *setting residensial* dalam *therapeutic communities* (Zimberg, 1993).

Penelitian psikoterapi pada penyalahguna NAPZA sangat terbatas. Dua penelitian yang menjadi rujukan dari ahli adiksi adalah; *The New Haven Psychotherapy Study* yang dilakukan oleh sekelompok peneliti dari *Yale University* (Rounsaville & Carroll, 1998) dan *The VA-Penn Psychotherapy Study* yang dilakukan oleh Woody dan teman- temannya dari *Veteran Administration University of Pennsylvania* (Luborsky, 1984). Kedua penelitian tersebut sampai saat ini masih terus berkembang.

Studi VA- Penn membandingkan 3 bentuk kelompok pasien penyalahguna NAPZA (opioida) yang mengikuti *Methadone Maintenance Treatment Program* dan mendapat intervensi konseling dan psikoterapi sebagai berikut: 1. Kelompok yang hanya mendapat konseling, 2. Kelompok yang mendapat konseling dan *Supportive-Expressive Therapy* (SE), dan 3. Kelompok yang mendapat konseling dan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). Konseling dilakukan oleh para profesional dan atau *ex-addict* yang telah mendapat pelatihan. CBT adalah terapi yang berorientasi pada perubahan perilaku melalui penekanan pada koreksi tingkah laku maladaptif, kecemasan, depresi, pikiran- pikiran yang berlebihan dan kurang realistis. Meskipun semua kelompok menunjukkan perubahan yang signifikan, namun kelompok SE dan CBT menunjukkan perubahan yang jauh lebih besar dari kelompok konseling. Tidak ada perbedaan efikasi dari kedua kelompok tersebut (SE dan CBT) (Luborsky, 1984).

Study New Haven melakukan penelitian terhadap *interpersonal psychotherapy* (IPT). IPT adalah individual psikoterapi yang menekankan pada timbulnya konflik interpersonal dan dikaitkan dengan penghentian atau penggunaan kembali NAPZA. IPT berlandaskan pada konsep gangguan psikiatri termasuk: depresi dan adiksi opioida. Kedua gangguan tersebut memiliki hubungan yang erat dengan gangguan fungsi interpersonal serta genesis yang terus menerus menghidupkan gejala-gejala gangguan. Tipe terapi IPT berlangsung singkat, fokus, eksploratif dan suportif. Pasien dalam penelitian secara random dibagi atas: yang mendapat perlakuan IPT dan yang kondisi “*low contact*”. Subjek IPT mendapat sesi IPT 60 menit sekali seminggu dengan psikiater atau psikolog, pertemuan tambahan dengan *significant others* sekali seminggu bila psikoterapis merasa perlu, dan seminggu sekali psikoterapi kelompok. Subjek dengan “*low contact*” mendapat seminggu sekali psikoterapi kelompok dan sesi 20 menit dengan psikiater yang dilarang memberikan nasehat dan mengemukakan interpretasi. Hasil penelitian menunjukkan sedikit perbedaan antara kedua kelompok, kecuali dalam pola pengurangan penggunaan NAPZA. Sebanyak 62% kelompok IPT dan 46% kondisi “*low contact*” drop-out dari penelitian. Pada subjek yang tetap bertahan menunjukkan adanya perubahan perbaikan klinis. Penelitian berargumentasi, bahwa kelompok “*low contact*” telah mendapat psikoterapi kelompok intensif setiap minggu dan itu tidak berarti menguji efikasi IPT. Studi ini menguji perlunya penambahan efek psikoterapi IPT ke dalam psikoterapi kelompok yang biasa dijalankan dalam program terapi adiksi NAPZA. Sampai saat ini, penelitian belum mencapai kesepakatan tentang psikoterapi IPT dalam program terapi adiksi NAPZA (Onken, 1991). Dalam studi lain, IPT diikuti dengan *Relapse Prevention* (RP), yaitu suatu strategi kognitif behavioral dalam mengatasi problema spesifik menyebabkan terjadinya *relaps*, dan menunjukkan hasil yang efektif (Rounsaville dan Carroll, 1998).

Penilaian interaksi variabel yang dianggap sebagai faktor perancu terhadap perubahan nilai TMAS dan CGI-QL.

Pada penilaian interaksi masing-masing variabel tampak bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna perubahan nilai TMAS dan CGI-QL berdasarkan pendidikan, status, umur, dan lama menjalani hukuman seperti yang ditampilkan pada tabel.5. Dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini faktor/ variabel perancu seperti yang disebutkan di atas tidak berpengaruh. Mungkin saja selain faktor/ variabel perancu di atas, masih ada faktor perancu lain yang ikut berpengaruh tapi belum diteliti misalnya ciri kepribadian dasar, ataupun komorbiditas dengan gangguan psikiatri lainnya. Ini sesuai dengan pernyataan bahwa ciri kepribadian tertentu dapat menyebabkan kondisi baik psikologis maupun fisiologis seseorang rawan terhadap penyalahgunaan NAPZA, seperti ciri kepribadian psikopatik, imatur, dan inadekuat (Yongky, 2004).

Keterbatasan

Adapun keterbatasan dari penelitian ini, di samping jumlah sampel yang terbatas, pada penelitian ini juga tidak dikendalikan dalam hal ciri kepribadian dari sampel dimana kepribadian seseorang berkaitan dengan penyalahgunaan NAPZA.

Tinjauan terjadinya kecemasan dan penurunan kualitas hidup pada penyalahguna NAPZA di rutan adalah bersifat holistik mencakup Bio-psiko-sosial, sehingga pendekatannya juga harus holistik. Akan tetapi, dikarenakan keterbatasan waktu, tempat dan juga keterbatasan biaya, maka penelitian ini baru mencakup salah satu pendekatan terapi, yaitu pendekatan secara psikologis. Sedangkan pendekatan lainnya masih belum dilaksanakan.

Walaupun sebelum penelitian terapis mendapat bimbingan dengan pembimbing, dalam hal ini dari Prof. Dr. dr. Aris Sudiyanto, SpKJ(K), tetapi karena

terapis dan penilai adalah peneliti sendiri, tentu saja faktor subjektivitasnya menjadi sangat tinggi, sehingga mungkin hasilnya menjadi bias.

BAB. VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

CBT efektif menurunkan tingkat kecemasan tahanan / narapidana penyalahguna NAPZA ($p < 0,05$)

CBT efektif meningkatkan kualitas hidup tahanan / narapidana penyalahguna NAPZA ($p < 0,05$)

Saran

Perlu adanya penelitian lanjutan dengan disain penelitian klinik acak terkontrol tersamar ganda, jenis penyalahgunaan zat yang lebih spesifik, mengendalikan semua faktor perancu, mencari adanya komorbiditas dengan gangguan psikiatri lain (khususnya depresi), dan juga perlu membandingkan penggunaan CBT pada penyalahguna NAPZA dengan psikoterapi jenis lain untuk hasil yang lebih valid.

CBT adalah efektif untuk pasien dengan penyalahgunaan NAPZA. Dengan demikian penelitian ini dapat digunakan untuk memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang kecemasan, CBT, dan kualitas hidup pada penyalahguna NAPZA.

Penelitian ini juga dapat menjadi landasan penelitian lanjutan sehingga dapat memberikan keuntungan dalam hal penatalaksanaan pasien dengan penyalahgunaan NAPZA di masa mendatang.

Selain itu, penelitian ini bisa dimanfaatkan dalam penyusunan *Standart Operasional Procedure* (SOP) terhadap penatalaksanaan pasien dengan penyalahgunaan NAPZA di Lembaga Pemasyarakatan, dan juga sebagai alternatif terapi tambahan di bidang *liaison psychiatry* dalam penanganan pasien dengan

penyalahgunaan NAPZA pada umumnya dan khususnya dalam penanganan pasien
penyalahgunaan NAPZA di Lembaga Pemasarakatan.

KEPUSTAKAAN

- Cameron, O, and Wychlak, J. F., 1985. "*Personality Development and Psychopatology, A Dynamic Approach*", 2nd Ed. Houghton Mifflin Co., Boston.
- Caroll, K.M., 1998. "*Cognitive Behavioral Treatments of Drug Addiction*". NIDA, Rockville, USA.
- Castellanos, D, and Hunter, T., 1999. "Anxiety Disorders in Children and Adolescent", *Southern Medical Journal*, 92(10):946-954.
- Fanani, M., 1999. "*Tindak Kriminal Ulang pada Narapidana dengan Kepribadian Antisosial*". PIDT, IDAJI III, Juli. Surakarta.
- Gabbard, G.O., 1994. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice- "*The DSM-IV Edition*", Washington DC, Amerycan Psychiatric Press.
- Gee, L., Abbott, J., Conway, P.S., Etherington, C., Webb, K.A., 2000. Development of disease spesific health related quality of life measure for adults and adolescents with cystic fibrosis. *Thorax*. 55: 946-951.
- Hawari, D., 2001. "*Manajemen Stres Cemas dan Depresi*", Edisi ke-1, Cetakan ke-2, Jakarta : Balai Penerbit Fakultas kedokteran Universitas Indonesia.
- Hawari, D., 2005. Aspek Medik, Psikiatrik, Psikososial dan Psikoreligius Sebagai Upaya Antisipasi Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, Alkohol dan Zat Adiktif lain. <http://www.eurocare.org/Projects/medicaleducation/medp42.html>
- Howland, R.H., Thase, M.E., 2002. "*Comorbid Depression and Anxiety*": When and How to Treat, Western Psychiatric Institute and Clinic Pittsburgh, Pennsylvania.
- Husin, A.B., 2000. "*Analisa Situasi Penyalahgunaan Napza di Indonesia*", Komite Penanggulangan Napza Depkes RI, Jakarta.
- Husin, A.B., 2001. "*Opiate Antagonist Maintenance Treatment Program*". Dalam Workshop Training Bidang Program Terapi Adiksi Napza. Makassar, Oktober 2001.
- Izwar, I.S., 2000. "*Aspek Farmakologi NAPZA*". Dalam simposium faktor risiko aspek kejiwaan dan rehabilitasi penyalahgunaan narkoba. Surakarta, 14 Desember 2000.

- Joewana, S., 2005. Aspek Biologi dalam “*Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif*”. Edisi 2, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., 1998. “*Synopsis of Psychiatry*”, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia- Baltimore- New York- London.
- Katzung, B. G., 1989. Penyalahgunaan Obat. In: “*Farmakologi Dasar Klinik*”, 3rd ed, 354- 65, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Kurniyadi, H., Riyanto, B., 2000. “*NAPZA dan Tubuh Kita*”. Penerbit Yayasan Jendela Peduli NAPZA, Jakarta.
- Luborsky, L., 1984. “*Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive- expressive Treatment*”, Basic Books, Inc. USA.
- Maramis, W.F., 2001. Dari stres hingga depresi dan ansietas. “*Simposium Stres, Depresi dan Ansietas Komorbiditas atau permasalahan Klinis*”, Kongres Nasional IV, Ikatan Dokter Ahli Jiwa, Semarang.
- Marazziti, D., and Rotondo, A., 1999. *Genetics of Panic Disorder*. “*CME Reviews Book and Journal Guide*”, Directory of Services Psychiatric facilities, US.
- Mueller, S.W., and Erickson, C. K., 2004. Drug Abuse and Dependency: Understanding Gender Differences in etiology and Management. *Journal of American Pharmaceutical Association*. <http://www.emedicine.health.com>.
- Nuhriawangsa I, 1998. Konsep Dasar Stres. “*Simposium Penyesuaian Diri Terhadap Stres di masa krisis moneter*”, Pelantikan Dokter Baru Periode 124, FK UNS, Surakarta.
- Nuhriawangsa I, 2001. Depresi dan Ansietas, komorbiditas serta permasalahan klinisnya, Simposium Stres, Depresi dan Ansietas Komorbiditas atau Permasalahan Klinis, “*Kongres Nasional IV, Ikatan Dokter Ahli Jiwa Indonesia*”, Semarang.
- Onken, L. S., 1991. Using Psychotherapy Effectively in Drug Abuse Treatment. In Pickens, R. W., Leukefeld, C. G., Schuster, C. R.,: “*Improving Drug Abuse treatment*”. NIDA Research Monograph 106, Rockville, MD 20857, USA. Pp. 267- 278.
- Panjaitan, P.I., Simorangkir P., 1995. “*Lembaga Pemasyarakatan Dalam Perspektif Sistem Peradilan Pidana*”, Cetakan Kedua, Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Rounsaville, B. J., and Carroll, K. M., 1998. Individual Psychotherapy. In Graham, A. W., and Schultz, T. K., (Eds): “*Principles of Addiction Medicine*”, Pp

631-655, Second Edition, ASAM Inc., Washington DC. USA

- Rush., James. R., 2000. "*Opium to Java*", Cornell University Press.
- Saleh, R., 1984, "*Segi Lain Hukum Pidana*". Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Schrag, A., Selaic, C., Jahanshanhi, M., Qiunn, P.N., 2000. The EQ-56-ageneric quality of measure is useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 69: 67-73
- Setiawan, B., 2001. Rancangan Percobaan dalam "*Metodologi Penelitian Bidang Kedokteran*", editor Tjokronegoro, A. dan Sudarsono, S. Cetakan ketiga, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Soen, I.S., 1994. "*TekananDarah Tinggi atau Hipertensi*", Cetakan Pertama, Dabara Publishers, Solo- Indonesia.
- Sudigdo, S., 1995. Pemilihan Subjek Penelitian dalam "*Dasar- Dasar Metodologi Penelitian Klinis*". Binarupa Aksara, Jakarta.
- Sudiyanto, A., 1998. "*Pengaruh Pendidikan Kesehatan Jiwa Keluarga Terhadap Kekambuhan Penderita Gangguan Afektif Berat*". Disertasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Sudiyanto, A., 2003. "*Pengalaman Klinik Penatalaksanaan Non Farmakologik Gangguan Anxietas*", PIDT PDSKJI, Jakarta 5-8 Juli 2003.
- Sudiyanto, A., 2003. Aspek Medik-Psikiatrik Penyalahgunaan NAPZA. Dalam "*seminar penyalahgunaan NAPZA dan solusinya*". Surakarta, Okt. 2003.
- Sudiyanto, A., 2007. Cognitive Behavior Therapy. "*Bimbingan Teknis Psikoterapi*". Bagian Psikiatri FK UNS/ RS. Dr. Moewardi, Surakarta.
- Syamsulhadi, M., 2000. Faktor- Faktor Risiko Individu Penyalahgunaan NAPZA. Dalam "*simposium faktor risiko aspek kejiwaan dan rehabilitasi penyalahgunaan narkoba*". Surakarta, 14 Desember 2000.
- Ward, J., Mattick, R., Hall, W., 1992. "*Key Issues in Methadone MaintenanceTreatment*". Nasional Drug and Alcohol Research Centre University of New South Wales Press Limited, Kensington NSW, Australia.
- Wartono, W.S., 2003. Penyalahgunaan NAPZA dan Solusinya dalam Aspek Hukum. Dalam "*seminar penyalahgunaan NAPZA dan solusinya*". Surakarta, Oktober 2003.

- Wicaksono, I., 1992. “*Ansietas pada wartawan anggota PWI cabang Yogyakarta*”. Karya Tulis untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Spesialis I Program Studi Ilmu Kedokteran Jiwa, Yogyakarta: Laboratorium Ilmu Kedokteran Jiwa, FK UGM.
- Wiyono., 2001. “*Kecemasan Karyawan dalam Menyongsong Otonomi Daerah*”. Skripsi FK UNS , Surakarta.
- Wolffsohn, J. S., Cochrane, A.L., Watt, N.A., 2000. “Implementation methods for version quality of life questionnaires”. *Br. J Ophthalmol.* 84: 1035-1040.
- Yongky., 2004. “Narkoba, Pendekatan Holistik”: Organobiotik, Psikoeducational dan Psikososial Budaya. <http://www.rudycr.tripod.com>.
- Zimberg, S., 1993. Introduction and General Concepts of Dual Diagnosis. In Salomon, J., Zimberg, S., and Shollar, E., (eds): “*Dual Diagnosis-Evaluation, Treatment, Training, and Program Development*”, plenum Publ. Corporation, New York, USA, Chapter 1.

Lampiran 1

No Penelitian:

No RM :

PERSETUJUAN PENELITIAN

(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tempat / tanggal lahir : :

Jenis Kelamin : L / P

Status Perkawinan :

Pendidikan :

Alamat :

Setelah diberi penjelasan mengenai penelitian ini, maka dengan ini saya menyatakan bersedia sebagai peserta penelitian dengan judul : **“KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT) UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN DAN MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP TAHANAN/ NARAPIDANA PENYALAHGUNA NAPZA DI RUMAH TAHANAN KELAS I SURAKARTA”**

Surakarta, tanggal.....

Saya yang membuat pernyataan

()

Lampiran 2.

DATA ISIAN PRIBADI & Lie-MMPI

Nama Responden:
Umur Responden:
Pendidikan :
Jenis kelamin : L/ P

B. SKALA- L-MPPI

Petunjuk : Tulislah (√) jika pernyataan ini sesuai dengan perasaan dan keadaan anda, dan tulislah (X) jika pernyataan di bawah ini tidak sesuai dengan perasaan dan keadaan anda.

1. () Sekali-kali saya berpikir tentang hal-hal buruk untuk diutarakan.
2. () Kadang-kadang saya ingin mengumpat
3. () Saya tidak selalu mengatakan yang benar
4. () Saya tidak membaca setiap rencana surat kabar harian.
5. () Saya kadang-kadang marah
6. () Apa yang dapat dikerjakan hari ini kadang saya tunda sampai besok
7. () Bila sedang tidak enak badan, kadang-kadang saya mudah marah.
8. () Sopan santun saya di rumah tidak sebaik jika bersama orang lain.
9. () Bila saya yakin tidak ada orang yang melihat, mungkin sekali-kali saya akan menyelundup nonton tanpa karcis.
10. () Saya lebih senang menang daripada kalah dalam pertandingan.
11. () Saya ingin mengenal orang-orang penting, karena dengan demikian saya merasa menjadi orang penting juga.
12. () Saya tidak selalu menyukai setiap orang yang saya kenal.
13. () Kadang-kadang saya memperguncingkan orang lain
14. () Saya kadang-kadang memilih orang yang tidak saya kenal dalam suatu pemilihan.
15. () Sekali-sekali saya tertawa juga mendengar lelucon porno

	<p>0=tidak dinilai, 1= sangat nyata, terjadi perbaikan yang cepat nyaris semua ggn kualitas hdp menghilang, 2=sedang, terjadi perbaikan ,sebagian gangguan hilang, 3=minimal, sedikit perbaikan, 4=tidak ada perbaikan atau memburuk</p>	
04	<p>Efek samping</p> <p>0= tidak dinilai, 1=tidak ada, 2=ada tetapi tidak mengganggu kualitas hidup pasien, 3=ada dan mengganggu kualitas hidup pasien secara nyata, 4=berat, melampaui manfaat efek terapeutik</p>	
	<p>Surakarta,</p> <p>Pemeriksa</p>	<p>Jumlah Skor total :</p>

Lampiran 4.

Soal- soal TMAS

Petunjuk:

Berilah tanda (X) pada kolom jawaban (ya) bila anda setuju dengan pernyataan ini atau bila anda merasa pernyataan ini berlaku atau mengenai anda. Sebaliknya berilah tan (X) pada kolom jawaban (tidak) bila anda tidak setuju dengan pernyataan ini atau bila anda merasa pernyataan ini tidak berlaku atau tidak mengenai anda. Jawaban ditulis pada lembar jawaban yang telah tersedia. Lembar soal dikembalikan pada petugas.

No.

1. Saya cepat lelah
2. Saya seringkali mengalami perasaan mual
3. Saya yakin, saya tidak lebih gugup dari kebanyakan orang lain.
4. Saya jarang sakit kepala.
5. Saya sering merasa tegang waktu sedang bekerja.
6. Saya mengalami kesukaran mengadakan konsentrasi mengenai suatu masalah.
7. Saya khawatir kalau memikirkan masalah.
8. Saya sangat merasa gemetar bila saya mencoba untuk berbuat sesuatu.
9. Kalau terjadi sesuatu pada diri saya, saya tidak mudah tersipu.
10. Saya mengalami diare (mencret) satu kali atau lebih dalam sebulan.
11. Saya merasa khawatir bila akan terjadi kegagalan atau kesialan menimpa saya.
12. Saya tidak pernah tersipu- sipu bila terjadi sesuatu pada diri saya.
13. Saya sering merasa takut kalau- kalau muka saya menjadi merah malu.
14. Saya seringkali mengalami mimpi yang menakutkan pada waktu tidur di malam hari.
15. Tangan dan kaki saya biasanya cukup hangat.
16. Saya mudah berkeringat meskipun hari tidak panas.
17. Ketika saya merasa malu, kadang- kadang keringat saya bercucuran, hal ini sangat menjengkelkan saya.
18. Saya hampir tidak pernah berdebar- debar dan saya jarang bernafas tersengal- sengal.
19. Saya sering merasa lapar terus menerus.

20. Saya jarang terganggu untuk rasa sembelit(sakit perut) karena sukar buang air besar.
21. Saya sering terganggu oleh sakit perut.
22. Ketika saya mengkhawatirkan sesuatu, sering kali saya tidak dapat tidur.
23. Tidur saya sering terganggu dan tidak nyenyak.
24. Seringkali saya bermimpi tentang sesuatu yang sebaiknya tidak diceriterakan kepada orang lain.
25. Saya mudah merasa segar.
26. Saya merasa lebih sensitif dari kebanyakan orang lain.
27. Saya seringkali mengkhawatirkan diri saya terhadap suatu hal.
28. Saya menginginkan kebahagiaan seperti orang lain yang saya lihat.
29. Biasanya saya selalu tenang dan tidak mudah kecewa atau putus asa.
30. Saya mudah menangis.
31. Saya seringkali mencemaskan terhadap sesuatu hal atau seseorang.
32. Saya merasa gemetar tiap waktu.
33. Menunggu membuat saya gelisah.
34. Pada waktu- waktu tertentu, saya merasa tidak tenang, sehingga tidak dapat duduk terlalu lama atau diskusi terlalu lama.
35. Kadang- kadang saya merasa gembira sekali sehingga saya sulit untuk tidur.
36. Kadang- kadang saya merasa bahwa saya mengalami kesukaran yang bertumpuk- tumpuk.
37. Saya mengetahui bahwa saya kadang- kadang merasa khawatir tanpa suatu alasan.
38. Bila dibandingkan dengan teman- teman saya yang lain, maka saya tidak sepenakut mereka.
39. Saya seringkali merasa khawatir terhadap suatu hal yang saya tahu bahwa hal itu tidak akan menyulitkan saya.
40. Pada suatu saat saya seringkali merasa sebagai orang yang tidak berguna.
41. Saya mengalami kesukaran untuk merumuskan perhatian terhadap sesuatu pekerjaan.
42. Saya biasanya pemalu.
43. Biasanya saya yakin pada diri sendiri.
44. Saya seringkali dalam keadaan tenang.

Lampiran 6. Analisis Data dengan SPSS *Release 12*

T-Test Kesetaraan

Group Statistics

	Kontrol/Perlakuan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	Kontrol	25	30.4000	5.2757	1.0551
	Perlakuan	25	27.9200	5.1794	1.0359
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	Kontrol	25	17.0000	1.2583	.2517
	Perlakuan	25	16.8000	.9574	.1915

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	Equal variances assumed	.028	.868	1.677	48	.100	2.4800	1.4786	-.4930	5.4530
	Equal variances not assumed			1.677	47.984	.100	2.4800	1.4786	-.4930	5.4530
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	Equal variances assumed	1.939	.170	.632	48	.530	.2000	.3162	-.4358	.8358
	Equal variances not assumed			.632	44.813	.530	.2000	.3162	-.4370	.8370

T-Test Pre Post Kelompok Kontrol

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean	
Pair 1	TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	30.4000	25	5.2757	1.0551
	TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	28.9600	25	3.3226	.6645
Pair 2	CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	17.0000	25	1.2583	.2517
	CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	16.8800	25	1.4236	.2847

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test & TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	25	-.246	.235
Pair 2 CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test & CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	25	.582	.002

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test - TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	1.4400	6.8925	1.3785	-1.4051	4.2851	1.045	24	.307
Pair 2	CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test - CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	.1200	1.2356	.2471	-.3900	.6300	.486	24	.632

T-Test Kelompok Kontrol dan Perlakuan pada Post Test

Group Statistics

	Kontrol/Perlakuan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	Kontrol	25	28.9600	3.3226	.6645
	Perlakuan	25	24.6800	3.0512	.6102
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	Kontrol	25	16.5600	1.3254	.2651
	Perlakuan	25	11.6800	.6272	.1254

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	Equal variances assumed	.165	.686	4.744	48	.000	4.2800	.9022	2.4660	6.0940
	Equal variances not assumed			4.744	47.656	.000	4.2800	.9022	2.4656	6.0944
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	Equal variances assumed	8.798	.005	16.641	48	.000	4.8800	.2933	4.2904	5.4696
	Equal variances not assumed			16.641	34.235	.000	4.8800	.2933	4.2842	5.4758

T-Test Pre Test vs Post Test Pada Kelompok Perlakuan

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	27.9200	25	5.1794	1.0359
	TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	24.6800	25	3.0512	.6102
Pair 2	CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	16.8000	25	.9574	.1915
	CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	13.0400	25	1.8138	.3628

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test & TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	25	.104	.622
	CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test & CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	25	.125	.552

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test - TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test	3.2400	5.7321	1.1464	.8739	5.6061	2.83	24	.009
Pair 2	CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test - CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test	3.7600	1.9425	.3885	2.9582	4.5618	9.68	24	.000

Summarize

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test * Pendidikan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test * Pendidikan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * Pendidikan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * Pendidikan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

Case Summaries

		TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test
Pendidikan	N	4	4
	Mean	27.2500	25.5000
	Std. Deviation	5.9090	2.3805
SMP	N	16	16
	Mean	29.4375	26.1875
	Std. Deviation	5.5853	4.1023
SMA	N	27	27
	Mean	28.7407	27.4815
	Std. Deviation	5.2153	3.9063
S1	N	3	3
	Mean	34.0000	26.0000
	Std. Deviation	3.0000	3.4641
Total	N	50	50
	Mean	29.1600	26.8200
	Std. Deviation	5.3236	3.8263

Summarize

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test * Status	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test * Status	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * Status	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * Status	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

Case Summaries

Status		TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test
Belum Nikah	N	26	26
	Mean	28.1154	27.0000
	Std. Deviation	5.5160	3.6661
Nikah	N	24	24
	Mean	30.2917	26.6250
	Std. Deviation	4.9737	4.0627
Total	N	50	50
	Mean	29.1600	26.8200
	Std. Deviation	5.3236	3.8263

Summarize

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test * umur	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test * umur	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * umur	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * umur	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

Case Summaries

umur		TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test
18 - 23	N	9	9
	Mean	26.2222	28.1111
	Std. Deviation	4.5765	5.3955
23 - 28	N	11	11
	Mean	28.5455	25.6364
	Std. Deviation	6.0887	2.3779
28 - 33	N	10	10
	Mean	30.3000	27.4000
	Std. Deviation	6.2548	2.4585
33 - 38	N	11	11
	Mean	30.8182	26.2727
	Std. Deviation	4.7501	4.0272
38 - 43	N	4	4
	Mean	27.2500	23.5000
	Std. Deviation	4.5000	4.4347
43 - 48	N	3	3
	Mean	31.3333	29.3333
	Std. Deviation	4.1633	2.5166
48 - 53	N	2	2
	Mean	31.5000	30.5000
	Std. Deviation	3.5355	3.5355
Total	N	50	50
	Mean	29.1600	26.8200
	Std. Deviation	5.3236	3.8263

Summarize

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test * jalan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test * jalan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * jalan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * jalan	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

Case Summaries

jalan		TMAS (tingkat Kecemasan) Pre Test	TMAS (tingkat Kecemasan) Post Test
0,9 - 8,2	N	23	23
	Mean	29.5652	26.2609
	Std. Deviation	5.9301	4.0025
8,2 - 15,5	N	13	13
	Mean	27.7692	27.2308
	Std. Deviation	5.4030	3.0043
15,5 - 22,8	N	3	3
	Mean	28.3333	22.0000
	Std. Deviation	.5774	2.6458
22,8 - 30,1	N	6	6
	Mean	29.3333	27.5000
	Std. Deviation	4.3665	3.9875
30,1 - 37,4	N	4	4
	Mean	32.5000	29.7500
	Std. Deviation	5.2599	1.7078
44,7 - 52,0	N	1	1
	Mean	26.0000	33.0000
	Std. Deviation	.	.
Total	N	50	50
	Mean	29.1600	26.8200
	Std. Deviation	5.3236	3.8263

Summarize

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * Pendidikan	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * Pendidikan	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Case Summaries

Pendidikan		CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test
SD	N	1	1
	Mean	17.0000	17.0000
	Std. Deviation	.	.
SMP	N	8	8
	Mean	16.6250	17.0000
	Std. Deviation	1.5059	1.1952
SMA	N	14	14
	Mean	17.1429	16.8571
	Std. Deviation	1.2315	1.7033
S1	N	2	2
	Mean	17.5000	16.5000
	Std. Deviation	.7071	.7071
Total	N	25	25
	Mean	17.0000	16.8800
	Std. Deviation	1.2583	1.4236

Summarize

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * Status	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * Status	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Case Summaries

Status		CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test
Belum Nikah	N	12	12
	Mean	17.1667	16.8333
	Std. Deviation	1.1934	1.1934
Nikah	N	13	13
	Mean	16.8462	16.9231
	Std. Deviation	1.3445	1.6564
Total	N	25	25
	Mean	17.0000	16.8800
	Std. Deviation	1.2583	1.4236

Summarize

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * umur	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * umur	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

Case Summaries

umur		CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test
18 - 23	N	5	5
	Mean	18.0000	17.2000
	Std. Deviation	1.2247	1.6432
23 - 28	N	3	3
	Mean	16.6667	16.6667
	Std. Deviation	.5774	.5774
28 - 33	N	6	6
	Mean	16.5000	16.5000
	Std. Deviation	.8367	.8367
33 - 38	N	6	6
	Mean	16.5000	16.6667
	Std. Deviation	1.3784	2.0656
38 - 43	N	1	1
	Mean	18.0000	19.0000
	Std. Deviation	-	-
43 - 48	N	2	2
	Mean	17.0000	16.5000
	Std. Deviation	2.8284	2.1213
48 - 53	N	2	2
	Mean	17.5000	17.5000
	Std. Deviation	.7071	.7071
Total	N	25	25
	Mean	17.0000	16.8800
	Std. Deviation	1.2583	1.4236

Summarize

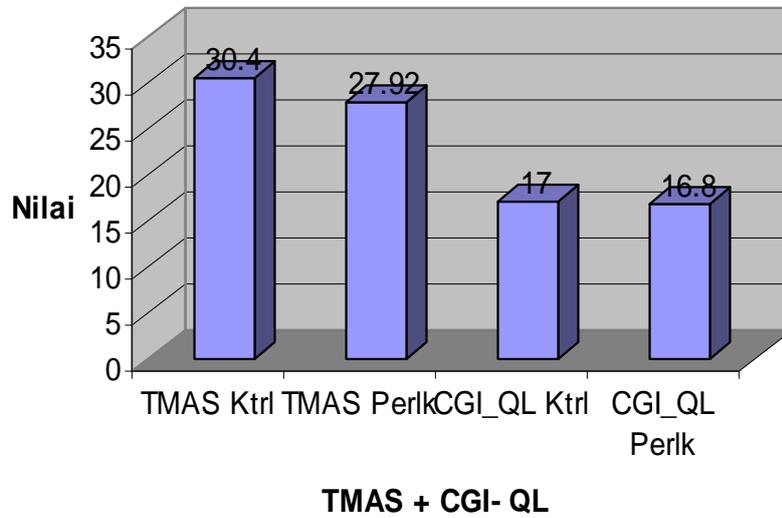
Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test * jalan	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%
CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test * jalan	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

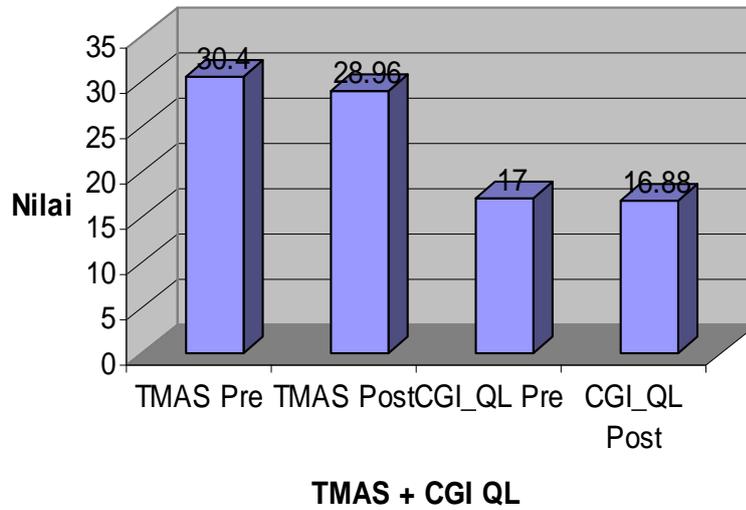
Case Summaries

jalan		CGI-QL (Kualitas Hidup) Pre Test	CGI-QL (Kualitas Hidup) Post Test
0,9 - 8,2	N	12	12
	Mean	17.4167	17.0000
	Std. Deviation	.7930	1.2060
8,2 - 15,5	N	5	5
	Mean	16.4000	16.0000
	Std. Deviation	1.1402	1.0000
22,8 - 30,1	N	3	3
	Mean	16.0000	16.0000
	Std. Deviation	1.7321	1.7321
30,1 - 37,4	N	4	4
	Mean	16.7500	17.5000
	Std. Deviation	1.7078	1.2910
44,7 - 52,0	N	1	1
	Mean	19.0000	20.0000
	Std. Deviation	.	.
Total	N	25	25
	Mean	17.0000	16.8800
	Std. Deviation	1.2583	1.4236

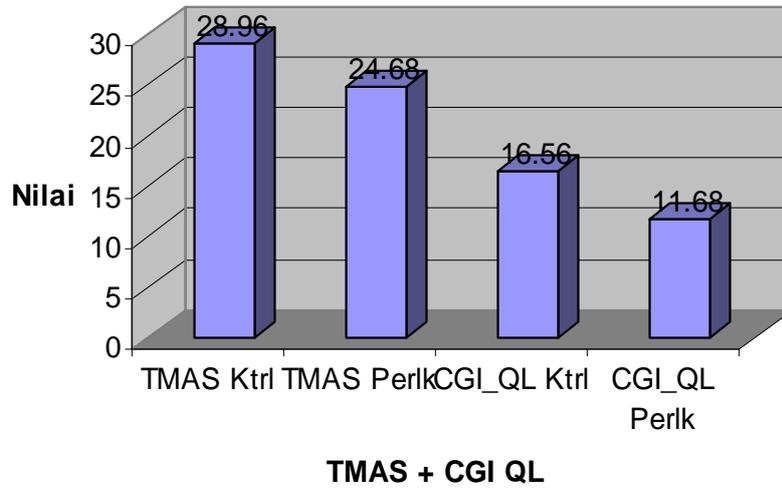
Grafik Kesetaraan



Grafik Pre Post Kelompok Kontrol



Grafik Kontrol Vs Perlakuan Pada Post Test



Grafik Pre Vs Post Pada Perlakuan

