

## LAPORAN KASUS

**GANGGUAN PANIK DENGAN AGORAFOBIA**

Yaslinda Yaunin

Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil  
email : linda\_yns@yahoo.co.id

*Abstrak*

Serangan Panik ditandai dengan gejala anxiety yang berat seperti: berdebar-debar, nyeri dada, sesak nafas, tremor, pusing, merasa dingin atau panas, ada depersonalisasi atau derealisasi, gejala mencapai puncaknya dalam 10 menit. Gangguan Panik merupakan serangan panik yang berulang-ulang dengan onset cepat dan durasi sangat singkat. Karena adanya keluhan fisik berat pada waktu serangan, pasien menjadi ketakutan mereka akan mendapat serangan jantung, stroke dan lain-lain. Kadang pasien berfikir mereka akan kehilangan kontrol atau menjadi gila. Lama-lama pasien akan menghindari tempat-tempat atau situasi serangan paniknya pernah terjadi terutama tempat kegiatan sosial atau tempat yang susah untuk menyelamatkan diri, hal ini dianggap sebagai penyebab terjadinya Agorafobia. Gangguan Panik bisa disebabkan faktor biologik, genetik atau psikososial. Penatalaksanaan sebaiknya kombinasi Psikofarmaka dan Psikoterapi. Pada kasus ini seorang wanita 26 tahun datang dengan keluhan seperti serangan panik berulang sejak 6 bulan sebelumnya, yang tidak mendapat pengobatan adekuat sehingga jatuh menjadi Gangguan Panik dengan Agorafobia. Kalau dilihat etiologi sesuai teori psikososial: pasien ini mengalami cukup banyak trauma pada masa anak yaitu dengan perceraian orangtua, hidup penuh stresor bersama tante serta ibu tiri pada masa-masa sekolah. Ketika tinggal bersama ibu kandung pasien sering menyaksikan pertengkaran ibu dan bapak tirinya. Dengan pemberian Psikofarmaka yang dikombinasi dengan Psikoterapi memberi hasil yang cukup baik.

*Kata kunci: Serangan Panik, Gangguan Panik, Agorafobia*

*Abstract*

Panic Attack is characterized by severe anxiety symptoms: palpitation, chest pain, dyspnoe, tremor, dizziness, chills or hot, depersonalization or derealization, the symptoms reached a peak within 10 minutes. Panic Disorder is several time got Panic Att.ack with rapid onset and short very duration. Because of the physical symptoms during the attack, patient become afraid that they will have heart attack, become stroke etc. Sometimes patient think they will loss control or be crazy. By the time patient will avoid the place and situation their panic attack have occured, especially social activities or the place which escape would be formidable is thought to cause the Agoraphobia. Etiology of Panic Disorder can be biological factors, genetic or psychosocial factors. The most effective treatments are combine pharmacotherapy and psychoterapy. In this case report a 26 years woman come with chief complain like panic attack many time since 6 moths before, cause of not get adequate treatment patient become Panic

Disorder with Agoraphobia. From etiology we consider psychosocial factors: patient had many psychosocial trauma since she was a child that is divorced of her parent, live with her auntie and step mother full with stressor during her schooltime, When she live with her mother, she often face the disharmony of her mother and her step father. With the combination of pharmacotherapy and psychotearpy give good result.

*Key word : Panic Attack, Panic Disorder. Agoraphobia.*

## PENDAHULUAN

Panik berasal dari kata Pan yaitu nama Dewa Yunani yang tinggal dipergunungan dan hutan serta mempunyai tingkahlaku yang sulit diramalkan. Riwayat Gangguan Panik ini berasal dari konsep yang dikemukakan oleh Jacob Mendes DaCosta (1833-1900) gejala-gejala seperti serangan jantung yang ditemukan pada tentara-prajurit Perang Saudara Amerika. Gejala DaCosta meliputi gejala psikologik dan somatik.<sup>(1)</sup>

Istilah Agorafobia pertama kali dipakai tahun 1871 untuk menggambarkan kondisi pasien yang takut pergi ketempat-tempat umum sendirian. Berasal dari bahasa Yunani : Agora dan Phobos yang berarti takut terhadap situasi/suasana pasar.<sup>(1)</sup>

Prevalensi hidup Gangguan Panik kira-kira 1-4% populasi, sedangkan Serangan Panik sekitar 3-6%. Wanita 2-3 kali lebih banyak menderita gangguan ini dibanding laki-laki. Prevalensi Agorafobia kira-kira 2-6%.<sup>(1-4)</sup>

Gangguan Panik bisa terjadi kapan saja sepanjang hidup, onset tertinggi usia 20-an, ditandai dengan perasaan serangan cemas tiba-tiba dan terus menerus, sesak nafas, disertai perasaan akan datangnya bahaya, serta ketakutan akan kehilangan kontrol atau menjadi gila. Bila tidak diobati beresiko terjadinya ide bunuh diri dan percobaan bunuh diri. Penatalaksanaan yang tepat kombinasi farmakoterapi dengan psikoterapi akan memberikan hasil yang lebih baik.<sup>(1,3,4)</sup>

## KASUS

Seorang wanita, Nyonya HN (26 tahun) dirujuk oleh dokter dari salah satu rumah sakit swasta di kota Padang pada tanggal 1 Juni 2009 dengan keluhan utama : jantung berdebar-debar, perasaan gelisah, takut-takut,

cemas-cemas sejak satu tahun sebelumnya. Keadaan makin parah enam bulan kemudian dengan gejala: pasien mulai tidak berani keluar rumah karena takut pingsan, takut mati dan takut menjadi gila, serta takut ditinggal sendirian.

### Riwayat Perjalanan Penyakit Sekarang:

Sejak satu tahun sebelumnya pasien mulai merasa khawatir berlebihan, mudah cemas. Beberapa bulan kemudian dirasakan makin berat karena kadang-kadang nafas terasa sesak, nyeri dada, jantung berdebar-debar cepat, sering kesemutan, keringat banyak. Lama-lama pasien berfikir akan menderita sakit jantung, sehingga cemasnya makin sering datang. Pasien berobat ke RS tempat suami bekerja, dokter mengatakan kondisi fisiknya baik, pasien disarankan untuk lebih rileks dan santai saja serta diberi beberapa obat. Enam bulan berikutnya cemas-cemas belum juga hilang, nafsu makan menurun, ada mual, tidur kurang, bahkan perasaan takut makin meningkat, pasien takut kehilangan kontrol dirinya, takut pingsan karena sesak nafas berulang, dan takut menjadi gila. Karena gejala ini pasien tidak mau keluar rumah, tidak berani lagi kepasar dan tidak berani mengantar anaknya ke sekolah. Tidur dirasakan kurang, bahkan sering mimpi-mimpi buruk tentang masa lalunya. Makan juga kurang, pasien merasakan berat badannya turun. Akibat gejalanya ini pasien tidak lagi bisa menjalankan tugasnya mengurus rumah tangganya serta mengantar anak ke sekolah.

Riwayat Premorbid: Pasien bersaudara 3 orang (2 perempuan dan 1 laki-laki, pasien merupakan anak tertua) berasal dari keluarga yang "broken home", dimana pada waktu pasien kelas IV SD kedua orangtua bercerai dan selanjutnya pasien dibesarkan oleh tantenya,

sedangkan kedua adiknya ikut ibu yang menikah lagi dan tinggal dikota R dan ayahnya juga menikah kembali dan tinggal dikota P. Tantenya membesarkan dengan disiplin yang cukup keras dan beban pekerjaan rumah tangga yang cukup berat bagi anak seusianya yaitu pagi harus membantu tante memasak, mencuci pakaian dan piring. Kadang tidak diizinkan pergi sekolah kalau pekerjaan rumah tangga belum selesai. Pasien merasakan tekanan mental yang berat selama berada dalam asuhan tantenya. Karena tidak tahan hidup bersama tantenya maka pada waktu pasien telah duduk di kelas II SMP pasien lari kerumah ayahnya dan hidup bersama ayah dan ibu tirinya. Selama hidup bersama ibu tiri pasien juga sering dimarahi, bahkan ibu tiri kadang memukul pasien bila tidak melaksanakan perintahnya. Ibu tiri juga sering menghasut ayahnya, sehingga pasien dimarahi ayahnya. Akhirnya pada waktu kelas II SMA ibunya pindah ke kota P dan sejak itu pasien tinggal bersama ibu dan ayah tirinya. Kehidupan bersama ibu memang lebih baik (tidak sering dimarahi), tapi pasien sering menyaksikan pertengkaran ibu dan bapak tirinya. Pasien menikah pada usia muda yaitu setelah tamat SMA dengan pria pilihan bapaknya dan pasien juga mencintainya.

#### Riwayat Perkawinan dan Status

##### Ekonomi:

Pasien menikah dan mempunyai dua anak perempuan, anak pertama sudah sekolah Taman Kanak-Kanak. Pasien merasakan rumah tangganya cukup harmonis, dan ekonomi juga mencukupi.

##### Status Internus dan Neurologis:

Kesadaran komposmentis kooperatif, Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 88x/menit, nafas 24x/menit, suhu afebris, paru dan jantung dalam batas

normal, abdomen dan ekstremitas juga dalam batas normal. Tidak ditemukan kelainan neurologis.

##### Status Mental:

Kontak psikis dapat dilakukan, cukup wajar dan lama. Bicara cukup jelas, sekali-kali tertahan ketika pasien berusaha mengendalikan emosinya. perhatian cukup. Orientasi baik, afek hipotim, emosi labil, arus emosi cepat. Pasien menguraikan riwayat perjalanan masa lalunya dengan emosi yang sangat labil : sedih, sekali-kali berusaha menahan isak tangisnya. Ansietas ada-banyak. Proses fikir cepat, jelas dan tajam. Diskriminatif insight derajat lima (pasien menyadari ketakutan tidak wajar, tapi tidak bisa melepaskan diri dari keadaan tersebut). Tidak ditemukan gangguan persepsi dan isi pikiran, psikomotor aktif, hubungan dengan realita masih cukup baik

##### Penatalaksanaan:

Pasien datang dalam kondisi gangguan psikis yang cukup berat maka pada tahap awal diberikan psikofarmaka yaitu Alprazolam 2 x 0,5 mg, serta roborontia. Seminggu berikutnya pasien kontrol: takut masih ada, tidur kurang, makan kurang. Terapi: Alprazolam 2 x 0,5mg, ditambah fluoxetine 1 x 20 mg (pagi hari) dan roborontia. Dua minggu berikutnya pasien mulai bisa tidur nyenyak dan nafsu makan juga membaik. Pada minggu keempat mulai diberikan Psikoterapi dalam bentuk Psikoterapi Kognitif Perilaku. Terapi dilanjutkan sampai minggu ke 8 sesudah datang pertama, pasien merasakan takut dan cemas sudah sangat sedikit, berdebar-debar tidak ada lagi, makan serta tidur dirasakan cukup dan pasien mengaku sudah berani keluar rumah, tapi untuk pergi kepasar belum sanggup dilakukannya. Minggu ke12 pasien sudah mulai berani kepasar

dengan ditemani suaminya, Terapi dilanjutkan dengan menurunkan dosis Alprazolam pagi hari menjadi : 0,25mg – 0 – 0,5mg dan Psikoterapi dilanjutkan terus. Minggu ke 16 kondisi pasien menurun lagi karena anak tertuanya sakit Typhus sampai harus dirawat di RS. Mengeluh sering pusing, sakit kepala dan susah tidur. Cemas dan takut muncul lagi, pasien khawatir hal terburuk terjadi pada anaknya. Terapi Alprazolam dinaikkan lagi menjadi 2 x 0,5mg, Fluoxetine tetap 1 x 20mg, serta roborontia. Minggu ke20 keluhan pusing dan sakit kepala sudah berkurang, terapi diteruskan. Minggu ke-24 pasien merasa jauh lebih baik: sakit kepala tidak ada lagi, makan dan tidur cukup serta sudah berani mengantar anak kesekolahnya tanpa ditemani. Dosis Alprazolam diturunkan : 0,25mg – 0 – 0,5mg, Fluoxetine 1 x 10mg, roborontia. Psikoterapi sudah memasuki tahap evaluasi. Pada minggu ke 28 kondisi pasien makin membaik dan sudah berani kepasar tanpa ditemani, aktivitas sehari-hari juga terasa lebih baik serta keluhan somatik lainnya tidak dirasakan lagi, perasaan cemas-takut berdebar-debar juga sudah tidak ada. Dosis Alprazolam diturunkan menjadi: 2 x 0,25mg, Fluoxetine 1 x 10mg serta ditambah roborontia. Psikoterapi juga sudah bisa dihentikan dan pasien disarankan kontrol beberapa minggu lagi untuk tahap penurunan dosis psikofarmaka.

#### Prognosis:

Prognosis cukup baik, karena pasien mempunyai keluarga yang mendukung pengobatan dan kesembuhannya, respon psikofarmaka dan psikoterapi sesuai dengan harapan serta tidak ditemukan gangguan kepribadian atau organik.

## **TINJAUAN KEPUSTAKAAN GANGGUAN PANIK DENGAN AGORAFOBIA**

Gangguan Panik (*Panic Disorder*) adalah satu perasaan serangan cemas mendadak dan terus menerus disertai perasaan perasaan akan datangnya bahaya / bencana, ditandai dengan ketakutan yang hebat secara tiba-tiba. Gangguan Panik disebut juga Anxietas Paroksismal Episodik.<sup>(1,3,5,6)</sup>

Agorafobia merupakan jenis Fobia yang menyebabkan ketidakmampuan berat bagi pasien karena membuat seseorang tidak mampu berfungsi dengan baik ditempat kerja maupun dilingkungan sosial diluar rumah. Di Amerika Serikat sebagian besar peneliti percaya bahwa Agorafobia hampir selalu terjadi akibat komplikasi pada pasien dengan gangguan panik. Tetapi sebagian peneliti lain kurang setuju karena Agorafobia bisa juga tanpa riwayat Gangguan Panik. Serangan Panik bisa juga ditemukan pada gangguan mental lain (seperti: Gangguan Depresi) dan kondisi medik tertentu (seperti: Gangguan Putus Zat atau Keracunan).<sup>(1,3,5)</sup>

### **Etiologi**

- 1. Faktor Biologik:** Penelitian berdasarkan biologik pada Gangguan Panik ditemukan peningkatan aktifitas syaraf simpatis. Penelitian neuroendokrin menunjukkan beberapa abnormalitas hormon terutama kortisol. Neurotransmitter yang berpengaruh pada Gangguan Panik adalah Epinefrin, Serotonin, dan Gama Amino Butyric Acid (GABA)

**Zat-zat yang bisa menginduksi terjadinya “Serangan Panik” (*Panicogens*) antara lain**

- Carbon Dioksida (5 s/d 35%)
- Sodium Laktat dan Bicarbonat
- Bahan Neurokimiawi yang bekerja melalui sistem Neu-rotransmitter spesifik (yohimbin,  $\alpha$ 2-adrenergik receptor antagonist, m-chlorophenylpiperazine/mCP, bahan yang berefek sero-tonergik)
- Cholecystokinin dan caffein
- Isoproterenol.

Zat-zat yang menginduksi serangan panik tersebut diperkirakan berreaksi mulanya pada baroreseptor cardiovascular di perifer dan signal ke sistem vagal-afferent terus ke nucleus tractus solitarii diteruskan ke nucleus paragigantocellularis di medulla. Terjadinya hiperventilasi pada pasien gangguan panik mungkin disebabkan hipersensitif akan kekurangan oksigen karena peningkatan tekanan CO<sub>2</sub> dan konsentrasi laktat dalam otak yang selanjutnya akan mengaktifkan monitor asfiksia secara fisiologis.

Bahan Neurokimiawi yang menginduksi panik diduga mempengaruhi sistem noradrenergik, serotonergik dan reseptor GABA dalam susunan syaraf pusat secara langsung.<sup>(1,5)</sup>

**2. Faktor Genetik :** Keluarga generasi pertama pasigot.ien Gangguan Panik 4 – 8 kali beresiko untuk menderita gangguan ini. Kembar monozigot resiko lebih besar daripada dizigot.<sup>(1,4,5,7)</sup>

**3. Faktor Psikososial :**

- Teori Kognitif Perilaku: kecemasan bisa sebagai satu respon yang dipelajari dari perilaku orangtua atau melalui proses kondisioning klasik yang terjadi sesudah adanya stimulus luar yang menyebabkan individu menghindari stimulus tersebut.<sup>(1,5,6)</sup>
- Teori Psikososial: serangan panik muncul karena gagalnya pertahanan mental menghadapi impuls / dorongan yang menyebabkan an-

xietas. Sedangkan Agorafobia akibat kehilangan salah satu orang-tua pada masa anak-anak dan ada-nya riwayat cemas perpisahan. Pengalaman perpisahan traumatik pada masa anak-anak bisa mempengaruhi susunan syaraf yang menyebabkannya menjadi mudah jatuh kepada anxietas pada masa dewasa.<sup>(1,5)</sup> Pasien dengan riwayat pelecehan fisik dan seksual pada masa anak juga beresiko untuk menderita Ganggaun Panik.<sup>(4)</sup>

## **GAMBARAN KLINIK DAN DIAGNOSIS**

Serangan Panik menunjukkan beberapa gejala anxietas yang berat dengan onset cepat. Gejala mencapai puncaknya dalam 10 menit, tapi juga bisa dalam beberapa detik. Pasien mengeluh nafas pendek, sesak nafas, tremor, pusing, merasa panas atau dingin, ada depersonalisasi dan derealisasi. Pasien dengan Serangan Panik akan berulang kali mencari pertolongan, sering dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. Bila tidak diobati seranga panik akan berulang dan pasien akan berulang kali mengunjungi dokter atau seringkali dibawa ke IGD. Lama-lama pasien akan menghindari tempat-tempat atau situasi serangan paniknya pernah terjadi terutama tempat kegiatan sosial atau tempat dimana susah untuk menyelamatkan diri. Lama-lama bisa jatuh pada Agorafobia. Serangan panik akan berkurang di rumah, berada bersama pasangan atau orang yang dikenal sehingga bisa membantu bila terjadi serangannya.<sup>(1-5,7)</sup>

Gangguan Panik merupakan serangan panik yang berulang-ulang dengan onset cepat dan durasi sangat singkat. Karena adanya gejala-gejala fisik pada waktu serangan, pasien menjadi ketakutan mereka akan mendapat serangan jantung, stroke dan lain-lain.

Kadang pasien berfikir mereka akan kehilangan kontrol atau menjadi gila.<sup>(2,5,7)</sup>

Beberapa penelitian menunjukkan terjadi peningkatan resiko ide bunuh diri dan percobaan bunuh diri pada pasien Gangguan Panik. Resiko bunuh diri ini tinggi pada pasien dengan comorbiditas Depresi Berat.<sup>(4,5)</sup>

**DIAGNOSIS SERANGAN PANIK**  
Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM IV) adalah :

Adanya satu periode ketakutan sangat hebat atau kegelisahan dimana 4 (empat) atau lebih gejala-gejala dibawah ini dapat ditemukan dan mencapai puncaknya dalam waktu 10 menit :

1. Palpitasi, jantung terasa berat dan peningkatan denyut jantung.
2. Keringat banyak.
3. Menggigil atau gemeteran.
4. Perasaan nafasnya pendek atau tertahan-tahan.
5. Merasa tercekik.
6. Nyeri dada.
7. Mual atau rasa tidak nyaman diperut.
8. Merasa pusing, goyang / hoyong, kepala terasa ringan atau nyeri.
9. *Derealisasi* (merasa tidak didunia realita), atau *depersonalisasi* (merasa terpisah dari diri sendiri).
10. Takut kehilangan kendali diri atau menjadi gila.
11. Takut mati
12. *Parestesia* (menurunnya sensasi).
13. Merasa kedinginan atau merah kepanasan.<sup>(1-3,5)</sup>

**DIAGNOSIS GANGGUAN PANIK**  
menurut DSM IV ADALAH :

A. Harus ada 1 dan 2 kriteria dibawah ini :

1. Adanya Serangan Panik yang tidak diharapkan secara berulang-ulang.
2. Paling sedikit satu Serangan Panik diikuti dalam jangka waktu 1 bulan (atau lebih) oleh satu (atau lebih) keadaan-keadaan berikut :
  - a) Kekhawatiran yang terus menerus tentang kemungkinan akan mendapat serangan panik.
  - b) Khawatir tentang implikasi daripada serangan panik atau akibatnya (misal: hilang kendali diri, mendapat serangan jantung atau menjadi gila).
  - c) Adanya perubahan yang bermakna dalam perilaku sehubungan dengan adanya serangan panik.

B. Ada atau tidak adanya agorafobia.

C. Serangan Panik tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari satu zat (misal: penyalahgunaan zat atau obat-obatan) atau kondisi medis umum (hipertiroid).

D. Serangan Panik tidak bisa dimasukkan pada gangguan mental emosional lain.<sup>(1-3,5)</sup>

#### GAMBARAN KLINIK AGORAFOBIA

Pasien dengan Agorafobia akan menghindari situasi / tempat sulit mendapatkan pertolongan. Mereka lebih suka bepergian bersama teman atau saudara pada daerah-daerah yang ramai/sibuk seperti: pasar, jalan raya. Pasien akan selalu minta ditemani setiap saat akan meninggalkan rumah, bahkan pada keadaan yang sudah cukup

berat pasien menolak keluar rumah.<sup>(1,3,5,7)</sup>

#### DIAGNOSIS AGORAFOBIA MENURUT DSM IV ADALAH:

- A. Cemas berlebihan apabila berada ditempat-tempat atau situasi-situasi yang sangat sulit untuk menyelamatkan diri (atau akan mengalami rasa malu hebat) atau pertolongan mungkin tidak bisa didapatkan dalam keadaan yang tidak diharapkan atau situasi yang menjadi predisposisi serangan panik atau gejala-gejala menyerupai panik. Ketakutan pada Agorafobia ciri khasnya adalah takut pada situasi-situasi terbuka (misal: diluar rumah sendirian, berada dalam keramaian atau berdiri dalam satu antrian, berada diatas jembatan, dalam perjalanan dengan bus, kereat api atau mobil).
- B. Situasi-situasi tersebut akan dihindari (membatasi perjalanan) atau bila dikerjakan akan ditandai dengan adanya *distress* atau kecemasan akan kemungkinan terjadinya satu serangan panik atau gejala-gejala menyerupai panik, atau sering minta ditemani ditemani kalau keluar rumah.
- C. Kecemasannya atau penghindaran terhadap situasi yang ditakuti (fobia) tidak bisa digolongkan kedalam gangguan mental lainnya.<sup>(1-3,5)</sup>

#### Penatalaksanaan

- I. Non Psikofarmakologik
  - 1) Terapi Kognitif Peri-laku.
  - 2) Terapi Keluarga.
  - 3) Psikoterapi Berorientasi Insight (Tilikan).
  - 4) Psikoterapi Kombinasi.<sup>(1-3,5)</sup>
- II. Psikofarmakologik  
Pemberian Psikofarmaka perlu dipertimbangkan bila telah ter-

jadi Agorafobia, Depresi, ide atau percobaan bunuh diri, dan gejala sudah cukup berat.

Pemakaian Trisiklik Anti-depresan (Imipramine, Clomipramine, Maprotiline, Amitriptiline) harus hati-hati karena efek samping yang kurang menyenangkan seperti : mulut kering, konstipasi, somnolent, disfungsi seksual, anxietas, hipotensi orthostatistik). Selective Serotonin ReUptake Inhibitor (SSRI) seperti: Pemakaian Paroxetine, Sertraline dan Fluoxetine cukup efektif untuk Gangguan Panik. Pemberian golongan Benzodiazepine (Alprazolam, Clonazepam, Lorazepam) punya kemampuan spesifik sebagai anti panik, tapi pemakaian jangka lama harus sangat hati-hati karena akan mudah menimbulkan toleransi serta penurunan atau penghentian pengobatan bisa menimbulkan efek “ *classical withdrawal*” seperti terjadinya rebound fenomena dari gejala panik.<sup>(1,2,4)</sup>

Meskipun Farmakoterapi cukup efektif mengatasi gejala-gejala awal Gangguan panik, kombinasi Psikoterapi dan Farmakoterapi memberikan hasil yang lebih baik pada beberapa kasus.<sup>(1-3,5)</sup>

#### Prognosis

Kira-kira 30% – 40% pasien sembuh sempurna, 50% masih mempunyai gejala yang ringan tapi tidak mengganggu aktifitas kehidupan sehari-hari. Sekitar 10% – 20% masih terus mengalami gejala yang signifikan.<sup>(1)</sup>

#### ANALISA KASUS

Telah dikemukakan kasus seorang wanita 26 tahun datang dengan keluhan: jantung berdebar-debar, pera-

saan gelisah, takut-takut, cemas-cemas, Beberapa bulan kemudian dirasakan makin berat karena kadang-kadang nafas terasa sesak, nyeri dada, jantung berdebar-debar cepat, dengan sering kesemutan, keringat banyak. Lama-lama pasien berfikir akan menderita sakit jantung, sehingga takut pingsan, takut mati dan takut menjadi gila, takut ditinggal sendirian serta tidak berani keluar rumah. Status mental: afek hipotim, emosi labil, arus emosi cepat, sekali-kali berusaha menahan isak tangisnya. Ansietas ada banyak. Proses fikir cepat, jelas dan tajam. Diskriminatif insight derajat lima (pasien menyadari ketakutan tidak wajar, tapi tidak bisa melepaskan diri dari keadaan tersebut). Tidak ditemukan gangguan persepsi dan isi pikiran, psikomotor aktif, hubungan dengan realita masih cukup baik anamnesa dan status mental sesuai dengan diagnosis Gangguan Panik dengan Agorafobia.<sup>(1-5,7)</sup> Dari riwayat masa lalu pasien bisa dipertimbangkan etiologinya adalah faktor psikososial yaitu pengalaman traumatik pada masa anak dengan perceraian orangtua, hidup dengan tante dan ibu tiri pada usia sekolah dasar dan menengah yang penuh dengan stresor psikososial serta kehidupan ibu kandung dengan bapak tiri yang tidak harmonis telah mempengaruhi perkembangan mental pasien sampai masa dewasa.<sup>(1,5,6)</sup>

Penatalaksanaan yang diberikan adalah kombinasi psikofarmaka dengan psikoterapi memberikan hasil cukup baik dan pada akhir minggu ke28: cemas, takut, berdebar-debar tidak dirasakan lagi, keluhan somatik juga sudah tidak ada dan pasien sudah berani keluar rumah sendiri (mengantar anak sekolah, pasar). Aktifitas hidup sehari-hari dirasakan membaik, serta dosis obat sudah mulai diturunkan.<sup>(1-5)</sup> Prognosis cukup baik pasien mempunyai keluarga yang mendukung pengobatan

dan kesembuhannya, respon psikofarmaka dan psikoterapi sesuai dengan harapan serta tidak ditemukan gangguan kepribadian atau organik.<sup>(1)</sup>

#### KEPUSTAKAAN

1. Sadock, BJ.; Sadock, VA :Panic Disorder and Agoraphobia in Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Xth ED, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia- USA, 2007, p: 587-597.
2. Shelton, RC.: ANXIETY DISORDERS in CURRENT Diagnosis & Treatment Psychiatry .Second Edition; edited by Michael H. Ebert, MD; Barry Nurombe, MD; Peter T. Loosen, MD, PhD; James F. Leckman, MD; The McGraw-Hill Companies Inc., Singapore, 2008, p: 351-378.
3. Taylor, CT; Pollack, MH; LeBeau, RT; and Simon, NM : Anxiety Disorder : Panic, Social Anxiety, and Generalized Anxiety in Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, Mosby Inc, 2008, p : 429-433.
4. Katon, WJ: Panic Disorder in The New England Journal of Medicine, June 1, 2006, p: 2360-2367.
5. Han, J. Park, M; Hales, RE.: Anxiety Disorders in Lippincott's Primary Care Psychiatry edited by: Robert M. McCarron, Glen L. Xiong, James A. Bourgeois, Lippincott

- 
- Williams & Wilkins, Philadelphia, 2009, p: 61-79.
6. DEPARTEMEN KESEHATAN INDONESIA, DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK: PEDOMAN PENGGOLONGAN DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA di INDONESIA III, 1993, hal :173-179.
7. Bagot,R.; Bredy, TW; Zhang, T,Gratton,A, Meaney,MJ.: Developmental Origin of Neurobiological Vulnerability for PTSD in Understanding Trauma Edited by Laurence J.Kirmayer, Robert Lemelson, Mark Barad, Cambridge University PressUSA, 2007,p:103-104.