

**COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT) UNTUK MENGATASI GANGGUAN  
OBSESIF KOMPULSIF****Cahyaning Suryaningrum**Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang  
csuryaningrum@yahoo.co.id

Prevalensi gangguan obsesif-kompulsif di suatu populasi atau masyarakat relatif kecil, namun bukan berarti kondisi tersebut dapat diabaikan. Orang yang mengalami gangguan obsesif-kompulsif tidak akan merasakan kenyamanan dan ketenangan dalam keseharian hidupnya. Penelitian ini bermaksud untuk melihat apakah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* efektif untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif. Jenis penelitian ini adalah studi kasus. Subyeknya adalah seorang individu yang menunjukkan simptom-simptom *Obsessive Compulsive Disorder (OCD)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dapat mengurangi simptom *OCD*, yang ditunjukkan dengan menurunnya tingkat kecemasan, pemikiran negatif dan perilaku kompulsif. Subyek merasakan perubahan yang besar setelah mengikuti terapi; tingkat kenyamanan terhadap dirinya sendiri juga lebih baik dibanding sebelumnya.

*Kata kunci: Cognitive Behavior Therapy, Gangguan Obsesif Kompulsif.*

*Prevalence of obsessive-compulsive in a population or community is just a small number, but it doesn't mean these conditions can be ignored since the sufferer always feel uncomfot in everyday life. This study aimed to examine the effectiveness of Cognitive Behavior Therapy (CBT) to decrease the symptom of obsessive-compulsive disorder. This research use case study method. Subject is individu who has symptoms of obsessive-compulsive disorder. The result showed that Cognitive Behavior Therapy (CBT) is effective to cope obsessive-compulsive disorder, characterized by reducing levels of anxiety, obsessive thoughts and compulsive behaviors. Subjects felt a big change after following this therapy. They also fell more comfort with herself after involve in this therapy.*

*Keywords : Cognitive Behavior Therapy, Obsessive Compulsive Disorder*

Pada dasarnya setiap orang pernah memiliki pemikiran yang negatif atau mengganggu. Dari suatu studi ditemukan bahwa 84% orang normal melaporkan pernah memiliki pemikiran-pemikiran yang terus berulang dan mengganggu (Rachman & Desilva, dalam Hoeksema, 2001). Orang akan mudah memunculkan pemikiran-pemikiran yang negatif dan juga perilaku-perilaku yang kaku dan berulang ketika mereka mengalami distress. Yang membedakan dengan orang yang mengalami gangguan obsesif-kompulsif adalah bahwa orang-orang yang “normal” akan mampu menghentikan pemikiran-pemikiran negatif tersebut sehingga tidak sampai mengganggu dirinya; sedangkan penderita gangguan obsesif-kompulsif tidaklah demikian (Hoeksema, 2001).

Gangguan obsesif-kompulsif mencakup pola obsesi atau kompulsi yang berulang-ulang, atau kombinasi keduanya. Obsesi adalah pikiran-pikiran yang persisten dan mengganggu, yang menimbulkan kecemasan dan di luar kemampuan individu untuk mengendalikannya. Kompulsi adalah dorongan-dorongan yang tidak bisa ditolak untuk melakukan tingkah laku tertentu secara berulang seperti mandi berulang-ulang, mencuci tangan atau baju berulang-ulang (Nevid, Rathus, & Greene, 2003). Jumlah penderita gangguan obsesif-kompulsif di suatu populasi atau masyarakat tidaklah besar. Dibanding gangguan kecemasan lain misalnya fobia sosial, fobia spesifik, dan gangguan kecemasan menyeluruh, prevalensinya relatif lebih kecil, yaitu 2% sampai 3% (APA, 2000).

Meskipun jumlahnya relatif kecil dalam suatu masyarakat, namun bukan berarti kondisi tersebut dapat diabaikan. Bagaimanapun juga, apabila sudah berlabel gangguan, maka dapat dipastikan bahwa orang yang mengalaminya merasa terganggu dan ingin lepas dari gangguan itu. Orang yang mengalami gangguan obsesif-kompulsif tidak akan merasakan kenyamanan dan ketenangan dalam keseharian hidupnya. Kompulsi yang seringkali dilakukan sebagai jawaban dari pikiran obsesi biasanya akan muncul cukup sering sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari atau menimbulkan distress yang signifikan (Nevid dkk., 2003). Contoh kasus, seorang penderita gangguan ini bisa menghabiskan waktu berjam-jam untuk mengecek dan mengecek kembali pintu-pintu dan jendela sebelum meninggalkan rumah; itu pun masih menyisakan keraguan. Hal ini tentu saja dapat menyebabkan keterlambatan, membuang-buang waktu dan mungkin sekali akan merugikan orang lain. Contoh lain, seorang klien mahasiswa pernah datang ke peneliti mengeluhkan bahwa pikiran dan tindakannya yang kompulsif dalam mencuci piring, mencuci baju, dan mengunci pintu, membuatnya sering tergesa-gesa berangkat ke kampus bahkan menjadi sering terlambat. Ada pula yang memiliki simptom selalu ingin memeriksa berkali-kali tugas kampus yang sudah diselesaikannya maupun mengecek berkali-kali jawaban ujiannya yang akhirnya membuat klien tertekan dan tidak yakin diri dalam mengerjakan tugas maupun mengerjakan soal ujian.

Melihat dampak gangguan tersebut, bagaimanapun juga mereka perlu dibantu untuk mengatasi gangguannya. Menurut pengakuan beberapa klien peneliti, sebenarnya mereka ingin sekali untuk dapat lepas dari gangguannya namun tidak tahu bagaimana caranya. Selain itu, mengingat dampak yang ditimbulkan cukup merugikan bagi perkembangan kepribadian, kehidupannya sehari-hari dan kehidupan sosialnya; dan mereka juga tidak semestinya terus menerus hidup dalam penderitaan perlu kiranya diupayakan suatu metode untuk membantu mereka mengatasi gangguannya yang selanjutnya dapat diterapkan sendiri oleh mereka (*self help*) tanpa harus terus menerus bergantung pada terapis. Dalam penanganan gangguan obsesif-kompulsif meski faktor biologis akhir-akhir ini mendapat perhatian sebagai faktor yang mempengaruhi

gangguan tersebut, namun penelitian kali ini hanya terfokus pada penanganan yang bersifat psikologis atau psikoterapi.

Penelitian ini bermaksud untuk melihat apakah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* efektif untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif. Alasan pemilihan teknik ini adalah karena akar gangguan ini bersumber dari adanya kecenderungan membesar-besarkan risiko atau hal-hal buruk yang diyakininya akan terjadi (Nevid dkk., 2003). Jadi, pemikiran memegang peranan penting pada gangguan obsesif-kompulsif, oleh karena itu upaya penanganan diarahkan pada aspek tersebut. Terapi kognitif adalah terapi yang memfokuskan pada bagaimana *mengubah pemikiran atau keyakinan yang negatif* (Beck, 1979; Martin & Pear, 2003; Antony & Swinson, 2000). Karena banyaknya penelitian yang menunjukkan bahwa kesuksesan penerapan teknik kognitif akan lebih besar bila disertai teknik-teknik modifikasi tingkah laku (misalnya pemberian tugas-tugas rumah dan *exposure*) daripada teknik “menyerang” pemikiran irasional semata-mata yang merupakan prosedur terapi kognitif (Martin & Pear, 2003) maka teknik yang akan digunakan untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif dalam penelitian ini adalah gabungan dari kedua pendekatan tersebut yaitu *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*.

Terapi ini selanjutnya diharapkan dapat diterapkan oleh mereka sendiri dalam kehidupannya sehari-hari tanpa harus bergantung pada terapis (*self help*). Hal ini selaras dengan Butler (1999) yang menyarankan upaya *mengajari* seseorang mengurangi aspek-aspek yang merugikan sehingga tidak lebih lama menyebabkan distress dalam kehidupan daripada membuang energi “mengobati” gangguan yang rasanya tak mungkin dilakukan.

### Gangguan Obsesif-Kompulsif

Suatu obsesi adalah pikiran, ide, atau dorongan yang intrusif dan berulang dan berada di luar kemampuan seseorang untuk mengendalikannya. Obsesi dapat menjadi sangat kuat dan persisten sehingga dapat mengganggu kehidupan sehari-hari dan menimbulkan *distress* serta kecemasan yang signifikan (Nevid dkk., 2003; Hoeksema, 2001). Suatu kompulsi adalah perilaku yang berulang (seperti mencuci tangan atau memeriksa kunci pintu) atau tindakan mental repetitif (seperti berdoa, mengulang-ulang kata-kata tertentu, atau menghitung) yang dirasakan seseorang sebagai keharusan atau dorongan yang harus dilakukan (APA, 2000).

Kompulsi seringkali sebagai jawaban terhadap pikiran obsesif dan muncul dengan cukup sering serta kuat sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari atau menyebabkan *distress* yang signifikan. Kebanyakan kompulsi berupa dua kategori, yaitu ritual pengecekan (*checking*) dan ritual bersih-bersih (*cleaning*). Ritual pengecekan, seperti memeriksa secara berulang apakah pintu-pintu sudah terkunci sebelum meninggalkan rumah akan menyebabkan keterlambatan dan mengganggu orang lain. Demikian pula bila memiliki kompulsi bersih-bersih, akan memakan waktu beberapa jam dalam sehari.

Kompulsi sering menyertai obsesi dan akan menimbulkan perasaan lega karena kecemasan yang ditimbulkan oleh pikiran-pikiran obsesif. Dengan mencuci tangan 40 hingga 50 kali berturut-turut setiap kali menyentuh gagang pintu di tempat umum, pencuci tangan yang kompulsif akan merasakan kelegaan dari kecemasan yang dimunculkan oleh pikiran obsesifnya bahwa kotoran atau kuman-kuman masih

menempel di kulit. Penderita gangguan obsesif-kompulsif percaya bahwa tindakan kompulsifnya akan mencegah terjadinya suatu peristiwa yang menakutkan, meskipun tidak ada dasar realistis untuk keyakinan ini dan juga tingkah lakunya jauh dari masuk akal untuk situasi seperti itu. Ritual kompulsif seperti itu juga mengurangi kecemasan yang akan terjadi seandainya tingkah laku tersebut dicegah untuk dilakukan (Foa, dalam Nevid dkk., 2003).

Para ahli kognitif menghubungkan gangguan obsesif-kompulsif dengan kecenderungan untuk membesar-besarkan risiko suatu peristiwa yang menakutkan atau mencemaskan (Nevid dkk., 2003). Mereka akan melakukan ritual untuk mencegahnya karena memperkirakan akan terjadi hal yang mengerikan. Menurut teori kognitif-perilaku, yang membedakan orang yang mengalami gangguan obsesif-kompulsif dengan yang tidak adalah dalam hal kemampuan untuk menghentikan pikiran-pikiran yang negatif dan mengganggu. Orang yang tidak mempunyai gangguan obsesif-kompulsif mampu menghentikan pikiran-pikiran yang negatif dan mengganggu tersebut dengan mengabaikan atau menghilangkan, dan membiarkannya berlalu dengan waktu.

Individu yang mempunyai gangguan obsesif-kompulsif mengalami kesulitan dalam menghentikan pikiran-pikiran tersebut disebabkan karena (a) mengalami depresi atau selalu cemas dalam kesehariannya sehingga mudah memunculkan pikiran-pikiran negatif meski hanya berupa kejadian kecil, (b) memiliki tendensi berpikir moralitas dan kaku, berpandangan bahwa pikiran-pikiran negatif adalah sesuatu yang tidak dapat diterima dan membuat mereka akan merasa cemas dan bersalah bila memiliki pemikiran negatif seperti itu, (c) meyakini bahwa harus mampu mengontrol semua pikiran-pikiran dan memiliki kesulitan untuk menerima bahwa setiap orang mempunyai pemikiran yang kadang-kadang memang menimbulkan perasaan takut atau cemas.

### ***Cognitive Behavior Therapy* untuk Mengatasi Gangguan Obsesif-Kompulsif**

Mendasarkan pada perspektif kognitif dan perilaku, teknik yang umumnya diterapkan untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif adalah *exposure with response prevention* (Abel, dalam Holmes, 1997). Klien dihadapkan pada situasi dimana ia memiliki keyakinan bahwa ia harus melakukan tingkah laku ritual yang biasa dilakukannya namun mereka cegah untuk tidak melakukan ritual itu. Jika klien dapat mencegah untuk tidak melakukan ritual tersebut dan ternyata sesuatu yang mengerikannya tidak terjadi, hal ini dapat membantu dalam mengubah keyakinan individu akan tingkah laku ritual.

Teknik *exposure with response prevention* dalam penerapannya biasanya disertai dengan restrukturisasi kognitif, latihan relaksasi dan modeling (Hoeksema, 2003). Oleh karena itu, teknik CBT yang akan diterapkan dalam penelitian ini adalah latihan relaksasi, restrukturisasi kognitif, modeling dan *exposure with response prevention*.

## **METODE PENELITIAN**

### **Subyek Penelitian**

Subyek dalam penelitian ini adalah seorang mahasiswa yang memiliki ciri-ciri atau simptom gangguan obsesif-kompulsif berusia 20 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan telah mengalami OCD selama 5 tahun.

### **Metode Pengumpulan Data**

Elemen desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *ABA design*, di mana A adalah fase sebelum terapi, B adalah fase terapi atau intervensi yang kemudian dilanjutkan dengan fase tindak lanjut A (Kazdin, 1998). Metode asesmen yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi, *self report* dan kuesioner.

Wawancara dilakukan sebagai metode untuk melakukan asesmen pada tahap pra terapi, selama proses terapi, pasca terapi dan tindak lanjut. Fokus wawancara tahap asesmen pra terapi adalah untuk mengetahui secara lebih detil/mendalam mengenai gangguan obsesif-kompulsif subyek yang pada akhirnya nanti akan digunakan sebagai data sebelum terapi. Wawancara selama proses terapi dilakukan terutama untuk mengetahui perkembangan gangguan obsesif-kompulsif subyek selama terapi berlangsung, dan mengidentifikasi perubahan-perubahan maupun hambatan-hambatan yang mungkin muncul dari diri subyek selama terapi. Wawancara saat pasca terapi dilakukan untuk mengetahui perubahan apa yang terjadi setelah terapi dibandingkan dengan keadaan subyek sebelum terapi dan untuk mengetahui faktor-faktor yang banyak berperan terjadinya perubahan. Pada tahap tindak lanjut wawancara dilakukan untuk mengetahui perkembangan kecemasan subyek setelah terapi dihentikan.

Observasi dalam penelitian ini bersifat non partisipan yang berarti peneliti tidak terlibat dalam aktivitas yang diamatinya (Poerwandari, 2001). Observasi dilakukan oleh peneliti dan subyek sendiri terhadap tingkah laku yang menjadi fokus terapi. Observasi oleh peneliti terutama dilakukan pada saat pelaksanaan *exposure* dalam setting terapi. Observasi yang dilakukan oleh subyek adalah dalam bentuk *self monitoring* saat melakukan *exposure* selama proses terapi dan pada tahap tindak lanjut. Menurut Martin & Pear (2003), *self-monitoring* adalah observasi langsung yang dilakukan oleh klien sendiri terhadap tingkah lakunya. Dalam penelitian ini *self report* dibuat oleh subyek pada saat pelaksanaan tugas restrukturisasi kognitif, setelah melakukan *exposure* dan pada tahap tindak lanjut.

Kuesioner yang dipakai dalam penelitian ini adalah kuesioner riwayat hidup yang memberikan data demografi seperti tempat tinggal, status perkawinan, agama dan latar belakang keluarga, kesehatan, riwayat pendidikan dan sebagainya (Martin & Pear, 2003). Kuesioner riwayat hidup diberikan kepada subyek untuk mendapatkan gambaran mengenai diri pribadi subyek secara menyeluruh dan hal-hal yang perlu digali lebih lanjut akan diperdalam melalui wawancara. Kuesioner kedua adalah berupa form evaluasi yang meliputi: (1) Penilaian subyek terhadap dirinya sendiri setelah mengikuti terapi; (2) Penilaian subyek terhadap terapi itu sendiri. Kuesioner evaluasi ini sebagai data pelengkap dari wawancara pada tahap pasca terapi, yaitu saat dilakukannya evaluasi setelah terapi dihentikan.

### **Prosedur *Cognitive Behavior Therapy***

*Pertama*, latihan relaksasi, berupa relaksasi otot progresif (Soewondo, 2003) untuk belajar menegangkan dan mengendurkan bermacam-macam kelompok otot serta belajar memperhatikan perbedaan antara rasa tegang dan rileks. *Kedua*, restrukturisasi kognitif, prosedur terapi untuk mengurangi tingkat kecemasan subyek yang disebabkan oleh pemikiran-pemikiran negatif dan menggantikannya dengan pemikiran-pemikiran yang lebih positif, dan. *Ketiga*, *Exposure with response prevention* (Abel, dalam Holmes, 1997), untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif. Subyek dihadapkan pada situasi dimana ia memiliki keyakinan bahwa ia harus melakukan tingkah laku ritual yang biasa dilakukannya (bila tidak akan menimbulkan “bahaya”) namun mereka dicegah untuk

tidak melakukan ritual itu. Jika Subyek dapat mencegah untuk tidak melakukan ritual tersebut dan ternyata sesuatu yang mengerikannya tidak terjadi, hal ini dapat membantu dalam mengubah keyakinan individu akan tingkah laku ritual tadi.

### **Penilaian dan Pengukuran**

Penilaian dan pengukuran dilakukan sebelum treatment (pra terapi), selama terapi berlangsung, segera setelah keseluruhan terapi selesai diberikan (pasca terapi), dan terakhir pada tahap tindak lanjut (setelah terapi dihentikan). Penilaian dan pengukuran sebelum terapi dilakukan untuk mengetahui bagaimana pola pemikiran obsesif dan tingkah laku kompulsif subyek yang selama ini dilakukan. Penilaian selama terapi dilakukan terus menerus pada setiap sesi selama terapi berlangsung dimulai setelah teknik relaksasi dan restrukturisasi kognitif diberikan yaitu apakah subyek mampu menghasilkan alternatif-alternatif pemikiran yang semula negatif menjadi lebih positif. Pencatatan dan pengukuran selama *exposure* mengacu pada identifikasi pemikiran obsesif dan tingkah laku kompulsif yang telah dibuat pada pertemuan awal terapi. Dengan demikian, akan diketahui apakah ada perubahan pemikiran obsesif dan tingkah laku kompulsinya.

Penilaian setelah terapi (pasca terapi) dilakukan segera setelah keseluruhan terapi selesai diberikan. Sedangkan penilaian dan pengukuran pada tahap tindak lanjut dilakukan dua minggu setelah pasca terapi (tindak lanjut ke-1) dan satu bulan setelah pasca terapi (tindak lanjut ke-2). Penilaian dan pengukuran pada tahap tindak lanjut dilakukan untuk mengetahui apakah perubahan pemikiran obsesif dan tingkah laku kompulsif subyek yang terjadi selama terapi berlangsung relatif menetap setelah terapi dihentikan. Proses penilaian dan pengukuran tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah teknik-teknik terapi kognitif-tingkah laku yang telah diterapkan efektif untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif subyek. Evaluasi penerapan terapi kognitif-tingkah laku untuk mengetahui adanya perubahan pada diri subyek dalam penelitian ini bersifat behavioral (melakukan pengukuran) dan *non* behavioral (dengan menanyakan kepada subyek).

## **HASIL PENELITIAN**

### **Pemikiran yang muncul**

Setelah terapi selama 1,5 bulan intensif (9 sesi) mulai dari berlatih relaksasi, restrukturisasi kognitif hingga melakukan *exposure* selama delapan hari berturut-turut, di awal *exposure* ke-1 subyek masih memiliki pemikiran yang obsesif, namun semakin hari pemikiran yang lebih rasional dapat dimunculkan subyek untuk menggantikan pemikiran yang obsesif itu. Hanya saja, pada aktivitas mencuci baju subyek masih membutuhkan waktu lebih lama untuk dapat memunculkan pemikiran yang lebih rasional. Hal ini dapat dipahami mengingat aktivitas mencuci baju yang kompulsif ini paling lama diderita oleh subyek dengan derajat simtom yang lebih berat dibanding aktivitas lainnya.

**Tabel 1. Pemikiran yang muncul pada HN mulai dari pra-terapi hingga exposure ke-2**

Aktivitas	Pra terapi		Pemikiran yang muncul								
			Exposure ke-1			Exposure ke -2					
			Hari ke- 1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4	Hari ke-5	
Mencuci piring	Piring dicuci kotor	yang masih	Piring yang dicuci masih kotor	Piring yang dicuci sudah bersih	Piring yang dicuci sudah bersih	Piring yang dicuci sudah bersih	Piring yang dicuci sudah bersih	yang sudah bersih			
Mencuci baju	Baju dicuci kotor	yang masih	Baju yang dicuci masih kotor	Baju yang dicuci masih kotor	Baju yang dicuci masih kotor	Baju yang dicuci masih kotor	Baju yang dicuci sudah bersih jadi tidak perlu dikucek atau dibilas lagi	Baju sudah bersih jadi tidak perlu dikucek atau dibilas lagi	Baju sudah bersih jadi tidak perlu dikucek atau dibilas lagi	Baju sudah bersih jadi tidak perlu dikucek atau dibilas lagi	Baju sudah bersih jadi tidak perlu dikucek atau dibilas lagi
Mengunci pintu	Pintu dikunci	belum	Pintu belum dikunci	Pintu sudah terkunci, tidak perlu dicek lagi	Pintu sudah terkunci, tidak perlu dicek lagi	Pintu sudah terkunci, tidak perlu dicek lagi	Pintu sudah terkunci, tidak perlu dicek lagi	Pintu sudah terkunci, tidak perlu dicek lagi			
Mencuci tangan dan kakli	Telah dan menyentuh sesuatu yang kotor	yang	Telah menyentuh sesuatu yang kotor	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.	Tangan dan kaki sudah bersih, tidak ada kotoran yang menempel.

Keterangan : h-1: hari ke-satu; h-2: hari ke-dua; dan seterusnya s.d h-5: hari ke-lima

**Frekuensi perilaku kompulsif**

Setelah *exposure* selama delapan hari berturut-turut, hasil menunjukkan bahwa perilaku kompulsif subyek cenderung menurun. Hal ini berarti bahwa terapi yang diterapkan pada subyek dapat mengurangi frekuensi perilaku kompulsifnya dari hari ke hari.

**Tabel 2. Frekuensi perilaku kompulsif HN setiap kali beraktivitas mulai dari pra-terapi hingga exposure ke-2**

Aktivitas	Pra terapi	Frekuensi setiap kali beraktivitas							
		Exposure-1			Exposure-2				
		h-1	h-2	h-3	h-1	h-2	h-3	h-4	h-5
Mencuci piring	5	5	5	4	4	4	4	3	3
Mencuci baju	5	5	5	5	5	4	4	3	3
Mengunci pintu	5	3	3	3	3	2	2	1	1
Mencuci tangan dan kaki	5	3	3	2	2	1	1	1	1

Keterangan :

h-1: hari ke-satu; h-2: hari ke-dua; dan seterusnya s.d h-5: hari ke-lima

**Tingkat kecemasan**

Sama halnya dengan frekuensi perilaku kompulsif subyek, penurunan tingkat kecemasan subyek juga berlangsung perlahan-lahan. Penurunan yang berarti terlihat pada kecemasan saat melakukan aktivitas mengunci pintu dan mencuci tangan dan kaki; yaitu dari 50 saat pra terapi menjadi 5 di akhir hari *exposure* ke-2 (untuk mengunci pintu) dan dari 30 saat pra terapi menjadi 5 di akhir hari *exposure* ke-2 (untuk mencuci tangan dan kaki). Meski aktivitas lain tidak terlalu besar penurunan tingkat kecemasannya namun sudah menurun dibanding saat pra terapi. Hal ini berarti terapi yang diterapkan pada subyek ini dapat menurunkan tingkat kecemasannya

**Tabel 3. Tingkat kecemasan HN mulai dari pra-terapi hingga exposure ke-2**

Aktivitas	Pra terapi	Tingkat kecemasan							
		Exposure-1			Exposure-2				
		h-1	h-2	h-3	h-1	h-2	h-3	h-4	h-5
Mencuci piring	75	75	70	60	60	50	50	40	40
Mencuci baju	75	75	75	70	70	60	60	50	40
Mengunci pintu	50	50	45	40	40	30	20	10	5
Mencuci tangan dan kaki	30	30	20	15	15	10	10	5	5

Keterangan :

h-1: hari ke-satu; h-2: hari ke-dua; dan seterusnya s.d h-5: hari ke-lima

**DISKUSI**

Dari data penelitian di atas menunjukkan bahwa *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dapat mengurangi simptom obsesif-kompulsif. Hal tersebut tidak terlepas dari teknik-teknik yang dirancang atau diberikan untuk subyek, yaitu latihan relaksasi, restrukturisasi kognitif, dan *exposure with response prevention* yang mengacu pada

pengatasan simptom-simptom pokok gangguan obsesif-kompulsif, yaitu adanya kecemasan, pemikiran obsesif, dan perilaku kompulsif. Meskipun untuk menangani gangguan obsesif-kompulsif lazimnya digunakan teknik *exposure with response prevention* saja (Abel, dalam Holmes, 1997) namun teknik-teknik yang dirancang dalam penelitian ini merupakan gabungan dari teknik-teknik kognitif dan tingkah laku yang sebenarnya merupakan satu kesatuan (satu paket) yang tidak dapat berdiri sendiri dalam memberikan perubahan (Antony & Swinson, 2000).

Pemberian latihan relaksasi dan restrukturisasi kognitif dalam terapi ini didasarkan pada karakteristik simptom obsesif-kompulsif bahwa tindakan kompulsif subyek selalu dilatari adanya pemikiran obsesif dan kecemasan terlebih dahulu. Oleh karena itu pemberian kedua teknik tersebut sebelum teknik *exposure with response prevention* dipandang akan lebih efektif karena subyek akan lebih terbantu dan mudah ketika harus mencegah perilaku kompulsinya saat *exposure*.

Dari data penelitian terlihat bahwa terjadinya penurunan tingkat kecemasan dan perubahan pemikiran diawali sejak subyek mendapat latihan relaksasi dan restrukturisasi kognitif dan terus berangsur-angsur hingga terapi dihentikan. Hal tersebut mendukung pernyataan banyak ahli (Martin & Pear, 2003; Antony & Swinson, 2000; Butler, 1999; Sarason & Sarason, 1999; Cottone, 1992; Wells & Clark, 1997) yang mengatakan bahwa relaksasi dan restrukturisasi kognitif menolong untuk mengurangi kecemasan dan mencegah perilaku kompulsif.

Perilaku kompulsif subyek tampaknya mulai menunjukkan penurunan yang berarti ketika *exposure with response prevention* mulai diterapkan. Dasar penerapan teknik tersebut adalah subyek dihadapkan pada situasi dimana ia memiliki keyakinan bahwa ia harus melakukan tingkah laku ritual yang biasa dilakukannya, namun mereka dicegah untuk tidak melakukan ritual itu. Jika subyek dapat mencegah untuk tidak melakukan ritual tersebut dan ternyata sesuatu yang dikhawatirkannya tidak terjadi, hal ini dapat membantu dalam mengubah keyakinan individu akan tingkah laku ritual tadi (Abel, dalam Holmes, 1997). Hal ini yang terjadi pada subyek penelitian ini. Dengan *exposure* berkali-kali subyek diajak untuk berlatih melawan tindakan kompulsifnya (dengan menerapkan relaksasi dan restrukturisasi kognitif juga). Semakin sering *exposure* dilakukan subyek akan semakin nyaman dan semakin menemukan bahwa pemikiran-pemikiran, keyakinan-keyakinan maupun berbagai interpretasinya selama ini tidak benar dan berlebihan (Antony & Swinson, 2000). Perubahan pada subyek dapat dilihat dari menurunnya frekuensi perilaku kompulsif subyek dari hari ke hari meskipun untuk aktivitas mencuci piring dan mencuci baju belum mencapai titik yang memuaskan. Namun peneliti berkeyakinan bahwa bila masa terapi diperpanjang, penurunan frekuensi perilaku kompulsif subyek akan semakin berarti. Apalagi simptom obsesif-kompulsif subyek dalam penelitian ini dapat dikatakan belum terlalu berat.

Selain teknik-teknik terapi yang diberikan, keberhasilan teknik terapi tersebut tampaknya juga ditunjang oleh kesediaan subyek untuk mengikuti terapi atas kemauannya sendiri, motivasi yang kuat untuk berubah, dan keaktifan atau keterlibatan subyek secara penuh selama menjalani sesi-sesi terapi termasuk belajar menerapkan ke situasi-situasi di luar fokus terapi. Di samping itu, hal-hal lain yang diperoleh dari penelitian ini yang mungkin perlu dicermati lebih lanjut adalah :

- a. Pada dasarnya teknik terapi ini dapat juga diterapkan untuk perilaku-perilaku/tindakan-tindakan obsesif-kompulsif lainnya di luar fokus terapi dalam

penelitian sepanjang memenuhi simptom gangguan obsesif-kompulsif. Hal ini sesuai dengan yang biasa diprediksikan para *behaviorist* yaitu bahwa efek menguntungkan dari melakukan treatment terhadap satu tingkah laku dapat menggeneralisir ke tingkah laku-tingkah laku yang lain (Craighead dkk., 1994).

- b. Hal ini berarti pula bahwa pada dasarnya teknik-teknik terapi ini dapat diterapkan sendiri oleh subyek di luar perilaku yang menjadi fokus terapi (*self help*) tanpa bantuan terapis karena keterampilan yang telah dibekalkan kepadanya. Hal ini sesuai dengan saran Butler (1999), yaitu lebih baik mengajari seseorang daripada mengobatinya. Subyek sendiri (dari asesmen pasca terapi) juga memiliki keyakinan akan dapat menerapkan sendiri teknik-teknik yang telah dipelajari tanpa bantuan terapis setelah terapi dihentikan.

## **SIMPULAN DAN IMPLIKASI**

### **Simpulan**

Secara keseluruhan, dengan melihat perubahan yang terjadi pada subyek dalam beberap sesi, yaitu perubahan pemikiran obsesif yang semula irasional menjadi lebih rasional, adanya penurunan ketegangan dan penurunan perilaku kompulsif yang terjadi pada subyek dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dengan teknik relaksasi, restrukturisasi kognitif dan *exposure with respon prevention* efektif untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif.

### **Implikasi**

Keterbatasan penelitian ini adalah waktu terapi (sesi) yang kurang panjang dalam arti terapi sudah dihentikan sebelum perubahan yang signifikan terjadi dan tidak dilakukannya masa tindak lanjut untuk memantau perubahan subyek dikarenakan keterbatasan waktu penelitian. Untuk itu, saran bagi peneliti selanjutnya adalah: Pertama, penambahan jumlah subyek untuk kepentingan memberikan landasan yang kuat dalam menyimpulkan efek dari terapi. Kedua, perlu memperpanjang sesi terapi hingga terjadi perubahan yang lebih signifikan sebelum dihentikan. Ketiga, tindak lanjut dan terus memonitor perkembangan subyek setelah terapi guna mengetahui seberapa jauh efek terapi terus bertahan atau menetap merupakan hal yang sangat penting dilakukan. Keempat, dalam teori disebutkan bahwa *exposure* yang dilakukan dengan atau tanpa kehadiran terapis akan sama efektifnya. Disarankan untuk mencoba menerapkan *exposure* dengan kehadiran terapis untuk mengetahui apakah lebih memberikan perubahan yang lebih cepat atau tidak. Teknik *modeling* mungkin bisa diterapkan juga sebelum dilakukan *exposure with respons prevention* untuk memberi fakta realistis dan keyakinan pada subyek bahwa pemikiran obsesifnya tidaklah beralasan hingga tidak perlu melakukan tindakan kompulsif.

## **REFERENSI**

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Revised (2000). Washington, DC.

- Antony, M.M. & Swinson, R.P. (2000). *Shyness & social anxiety workbook*. Canada: New Harbinger Publications, Inc.
- Barker, C., Pistrang, H., & Elliot, R. (1996). *Research methods in clinical and counselling psychology*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Beck, A.T' (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Meridian, Penguin Books, Ltd.
- Butler, G. (1999). *Overcoming social anxiety and shyness*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Craighead, L.W., Craighead, W.E., Kazdin, A.E., & Mahoney, M.J. (1994). *Cognitive and behavioral interventions*. Boston: Allyn and Bacon.
- Holmes, D.S. (1997). *Abnormal psychology*. Third Edition. New York: Addison-Wesley Educational Publisher Inc.
- Kazdin, A.E. (1998). *Methodological issues & strategies in clinical research*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kerlinger, F.N. (1992). *Asas-asas penelitian behavioral*. Edisi ketiga. Terjemahan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Martin, G., & Pear, J. (2003). *Behavior modification: What it is and how to do it*. Seventh Edition. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Nevid, J.S.; Rathus, S.A.. & Green, E.B. (2003). *Abnormal psychology in changing world*. New Jersey: Prentice Hall.
- Nevid, J.S.; Rathus, S.A.. & Green, E.B. (2003). *Psikologi abnormal*. Edisi kelima. Jilid 1. Terjemahan. Jakarta: Erlangga
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Abnormal psychology*. Second Edition. New York: McGraw-Hill.
- Poerwandari, K. (2001). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3) Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1999). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior*. Ninth Edition. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Soewondo, S. (2003). *Modul latihan relaksasi*. Jakarta: Lembaga Psikologi Terapan Universitas Indonesia.