

Studi Kasus: Dinamika Psikologis dan Peran Terapi Kognitif Perilaku dalam Menurunkan Kecemasan Individu dengan Gangguan Cemas Menyeluruh disertai Serangan Panik

Roselli Kezia Ausie

Fakultas Psikologi, Universitas Kristen Maranatha, Bandung, Indonesia

e-mail: roselli.ka@psy.maranatha.edu

Abstract

This study aims to provide an overview of the psychological mechanisms of individual with Generalized Anxiety Disorder (GAD) accompanied by panic attacks. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) was provided in an effort to reduce anxiety symptoms. The intervention was conducted over eight sessions, consisting of psychoeducation, relaxation, cognitive restructuring, and problem-solving exercises. The research method used was a qualitative approach with a case study design involving one participant. Measurements were conducted through interviews, observations, and the Beck Anxiety Inventory questionnaire. The results of the study indicate how cognitive distortions play a role in anxiety disorders. Cognitive Behavioral Therapy found to be an effective approach in reducing anxiety symptoms from severe to moderate. Cognitive distortions, such as the belief in always needing to control everything, changed to a more adaptive way of thinking, where the participant learned to distinguish between things that can and cannot be controlled. Changes in daily activities and problem-solving actions were also observed in the subject. A follow-up three weeks after the intervention showed that cognitive, emotional, and behavioral changes were sustained. Panic attacks were not reported by subject post-intervention.

Keywords: *Generalized Anxiety Disorder, Panic Attack, Case Study, Cognitive Behavioral Therapy.*

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran mekanisme psikologis individu dengan gangguan kecemasan menyeluruh (Generalized Anxiety Disorder/GAD) disertai serangan panik. Terapi Kognitif Perilaku (Cognitive Behavioral Therapy/CBT) diberikan dalam upaya mengurangi gejala kecemasan. Intervensi dilakukan dalam delapan sesi yang terdiri dari psikoedukasi, relaksasi, restrukturisasi kognitif dan latihan penyelesaian masalah. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus dengan satu partisipan. Pengukuran dilakukan dengan wawancara, observasi, serta kuesioner Beck Anxiety Inventory. Hasil penelitian mengindikasikan bagaimana distorsi kognitif berperan dalam gangguan kecemasan. Terapi kognitif perilaku menjadi pendekatan yang efektif dalam menurunkan gejala cemas dari parah menjadi sedang. Distorsi kognitif berupa keyakinan untuk selalu mengontrol semua hal berubah menjadi lebih adaptif dengan mampu memisahkan hal yang dapat dikontrol dan tidak dapat dikontrol. Perubahan dalam aktivitas sehari-hari dan tindakan penyelesaian masalah juga terobservasi pada subjek. *Follow-up* tiga minggu pasca intervensi menunjukkan perubahan kognitif, emosi dan perilaku dapat bertahan. Serangan panik juga tidak dialami oleh subjek.

Kata Kunci: Gangguan Cemas Menyeluruh, Serangan Panik, Studi Kasus, Terapi Kognitif Perilaku.

I. Pendahuluan

Gangguan kecemasan menyeluruh (*Generalized Anxiety Disorder / GAD*) merupakan salah satu jenis gangguan kecemasan yang ditandai dengan kekhawatiran berlebihan serta sulit dikendalikan dalam berbagai aspek kehidupan sehari-hari. Pada DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) gangguan kecemasan menyeluruh termasuk dalam kategori gangguan cemas. Gangguan ini ditandai dengan beberapa simtom utama yaitu kecemasan yang terus-menerus terjadi selama enam bulan terakhir, kesulitan mengendalikan kecemasan tersebut, muncul gejala fisik dan fisiologis yang mengganggu, serta menimbulkan distress bagi individu

yang mengalaminya. Hal ini menggambarkan bagaimana gangguan kecemasan menyeluruh bukan hanya berdampak pada aspek afektif, tetapi dapat mengganggu keberfungsian sehari-hari seperti kehidupan sosial, pendidikan, atau pekerjaan.

Gangguan cemas menyeluruh juga sering kali disertai dengan serangan panik. Pada penelitian terdahulu ditemukan dari 254 pasien, sebanyak 21% mengalami serangan panik (Van Ameringen et al., 2013). Penelitian lain juga menemukan prevalensi 22% GAD hadir bersamaan dengan gangguan panik (M. Turki et al., 2020). Mengacu pada DSM-5-TR serangan panik merupakan ketidaknyamanan dan ketakutan bersifat intensif dan terjadi secara tiba-tiba (APA, 2022). Dijelaskan pula bahwa serangan panik dapat terjadi dengan pemicu yang spesifik, seperti terpapar objek atau situasi menakutkan, maupun tanpa pemicu yang spesifik. Upaya untuk menjelaskan mekanisme gangguan cemas menyeluruh disertai dengan serangan panik sudah banyak dilakukan dalam penelitian terdahulu. Salah satu mekanisme yang dapat menjelaskan hal ini adalah adanya distorsi kognitif pada individu (West Brook David et al., 2011).

Keyakinan disfungsional (*dysfunctional belief*) pada area kognitif membentuk pikiran dan berdampak pada berbagai fungsi kognitif termasuk distorsi kognitif yang menjadi karakteristik berbagai psikopatologi (Rachman, 2004). Distorsi kognitif yang mengarah pada psikopatologi biasanya memiliki karakteristik seperti pemaknaan secara berlebihan, terlalu sering muncul, kaku dan tidak akurat (Özdemir & Kuru, 2023). Distorsi kognitif berdampak pada setiap aspek kehidupan individu dan evaluasi terhadap diri sendiri, pengalaman di masa sekarang maupun masa depan (Kaplan et al., 2017; Stevanovic & Zalsman, 2019). Beberapa tipe distorsi kognitif meliputi *arbitrary inference*, *mental filter*, *overgeneralization*, *minimizing or disqualifying the positive*, *all or nothing*, *personalization*, *catastrophizing*, *should statements*, *mindreading*, *emotional reasoning* dan *labelling* (De Graaf et al., 2009). Model kognitif pada gangguan kecemasan melibatkan bias dalam memproses informasi melalui skema kognitif atau keyakinan (*belief*) seperti intepretasi bahwa ada ancaman maupun bahaya ketika sebenarnya tidak ada ataupun misinterpretasi risiko dari bahaya itu sendiri (Özdemir & Kuru, 2023).

Terapi Kognitif Perilaku (*Cognitive Behavior Therapy / CBT*) saat ini menjadi pendekatan psikoterapi yang paling banyak diteliti dalam menangani berbagai gangguan klinis. Berbagai penelitian terkait terapi kognitif perilaku yang telah dilakukan menunjukkan indikasi efektivitas yang baik dalam menangani berbagai gangguan kecemasan (Bhattacharya et al., 2023; Powell et al., 2024). Mekanisme dari terapi kognitif perilaku adalah individu difasilitasi untuk dapat mengembangkan cara pikir yang lebih rasional dan adaptif dengan menggunakan berbagai prinsip kognitif dan perilaku (West Brook David et al., 2011). Lebih lanjut, terapi kognitif perilaku bertujuan untuk mengubah siklus negatif yang berdampak pada area kognitif, perilaku, dan

fisiologis yang mendorong individu lebih mampu mengelola kecemasan serta keluhan fisik yang dirasakan (Greer et al., 2010).

Penelitian ini merupakan studi kasus dengan satu subjek. Subjek pada penelitian ini adalah seorang perempuan berusia 35 tahun. UI merupakan ibu rumah tangga dan suaminya bekerja sebagai karyawan di salah satu Badan Usaha Milih Negara. Penelitian terdahulu menemukan bahwa perempuan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan cemas karena berasosiasi dengan faktor psikososial maupun biologis (McLean et al., 2011a). Pada studi yang sama ditemukan pula bahwa gangguan cemas pada perempuan secara signifikan lebih menghambat berbagai aspek kehidupan sehari-hari dibandingkan laki-laki. Data pada DSM-5-TR (APA, 2022) juga menggambarkan prevalensi gangguan cemas yang memang lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

1.1 Riwayat Kasus

Partisipan dalam penelitian ini adalah UI, seorang perempuan berusia 36 tahun berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi menengah. UI sudah menikah dan memiliki dua anak laki-laki. UI berasal dari pulau Sulawesi dan saat ini tinggal di salah satu kota yang terletak di Pulau Jawa tempat suaminya bekerja. Ia merupakan anak ke-2 dari dua bersaudara. Kakak perempuannya bekerja sebagai Pendeta. Sejak kecil, UI menghayati bahwa nilai-nilai agama Kristen seperti memaafkan, memandang masalah dari sudut pandang positif, dan selalu bersyukur dalam berbagai keadaan menjadi dasar pendidikan di dalam keluarganya hingga saat ini. UI menilai kedua orangtuanya membesarkan ia dengan baik sehingga ia dapat terbiasa mengatur kegiatan sehari-harinya secara mandiri dan sistematis. Pujian dan apresiasi dari orangtua terkait sikap UI semakin memotivasinya untuk menjadi semakin mandiri dan teratur dalam beraktivitas. Sebelum menikah, ia pernah bekerja di bidang keuangan yang mana tugasnya adalah untuk mengatur pembukuan dengan rinci. Hal ini dirasa UI sejalan dengan latar belakangnya yang memang senang dengan keteraturan.

Saat ini anak pertama UI berusia 8 tahun dan merupakan anak berkebutuhan khusus dengan diagnosa autisme. Dengan jarak enam tahun, anak keduanya berusia 2 tahun. UI mencari bantuan Psikolog secara mandiri setelah mengalami serangan panik sebanyak 2 kali dan berkonsultasi dengan Psikiater terkait keluhan cemas yang dirasakan. Saat pertama kali datang, UI menceritakan bagaimana kecemasan yang dirasakan sudah mulai muncul sejak anak ke-2nya lahir. Akan tetapi, kecemasan semakin dirasa mengganggu sekitar satu tahun sebelum akhirnya ia memutuskan untuk berkonsultasi ke Psikiater dan Psikolog.

Anak pertama UI merupakan anak berkebutuhan khusus dengan diagnosa autisme. Saat ini, anaknya terus menjalani terapi baik dengan terapis yang setiap hari mendampingi maupun

dengan dokter untuk mengoptimalkan berbagai aspek perkembangannya. Ketika anaknya mendapatkan diagnosa, ia sempat merasa marah dan menyangkal informasi dari dokter tersebut. Akan tetapi, dengan dukungan dari suami, ia mulai dapat menerima dan fokus untuk meningkatkan berbagai aspek psikologis maupun fisik anaknya. Subjek merasa tidak ada kecemasan yang signifikan menghambatnya pada saat itu. Hampir semua keperluan dan kebutuhan anak pertamanya ia tangani sendiri. Ia merasa perlu memastikan semua hal yang berhubungan dengan anaknya terkendali seperti urusan makan, pakaian, hingga mainan anaknya. Hal ini dilakukan meski ia memiliki sumber bantuan dari terapis anak dan juga asisten rumah tangga.

Ketika hamil anak ke-2, ayah UI meninggal. Karena sedang mempersiapkan proses melahirkan, UI merasa tidak terlalu fokus mengelola kedukaan yang pada saat itu dirasakan. Setelah anak ke-2 lahir, UI mengamati dirinya semakin terpacu untuk dapat mengendalikan semua urusan kedua anaknya meskipun terdapat beberapa sumber bantuan yang tersedia mulai dari keluarga, pengasuh dan terapis. Ia juga berkali-kali menolak untuk menerima bantuan dari orang lain. Hal ini juga diamati oleh suaminya UI memilih untuk pergi mengisi bahan bakar mobilnya sendiri bersama anak-anaknya padahal sejak berpacaran UI selalu enggan jika harus mengurus perihal kendaraan. Ketika bertemu dengan teman-teman, tidak jarang UI hanya pergi bertiga dengan kedua anaknya. Hal ini disadari UI menyulitkan tetapi ia akan merasa aman dan nyaman jika menggunakan strategi tersebut. UI berpikir anaknya akan aman selama ia mengawasi secara langsung.

Sejak awal tahun 2024, ia mulai merasakan kecemasan yang membuatnya sulit melakukan aktivitas sehari-hari dengan adaptif. Kecemasan yang dirasakan, sering kali dihayati tidak jelas sumbernya. Ia mendeskripsikan kekhawatirannya seperti muncul tiba-tiba tanpa ada pola tertentu. Beberapa contoh situasinya adalah ketika anaknya sedang duduk bermain muncul kecemasan dalam diri UI bagaimana kalau anaknya tiba-tiba terluka, saat ia pergi ke tempat umum ada kecemasan jika kedua anaknya tiba-tiba berlari dan hilang, serta ketika ia akan bertemu dengan teman-temannya muncul kecemasan kalau ia akan tidak nyaman berbincang dengan mereka. Kecemasan-kecemasan tersebut hampir setiap hari muncul dan pada akhirnya memilih untuk menghindari banyak aktivitas. Pergi keluar rumah ataupun bertemu dengan orang lain menjadi kegiatan yang paling sering dihindari. Kalaupun pada akhirnya UI melakukan kegiatan tersebut maka harus berusaha keras untuk menahan rasa cemas dan berbagai keluhan fisik yang muncul.

Dalam rentang waktu satu tahun, UI juga mengalami beberapa kali serangan panik. Pertama, kepanikan tiba-tiba muncul saat sedang berada di rumahnya. Saat itu ia sedang mengamati kedua anaknya bermain didampingi oleh pengasuh. Secara tiba-tiba kepalanya terasa pusing, mual dan seperti kehilangan kendali atas dirinya sendiri. Ia pun berusaha untuk

menenangkan diri dengan melakukan interaksi bersama anggota keluarganya sambil berharap ia akan terdistraksi dari situasi panik tersebut. Ia juga pernah mengalami serangan panik saat berada di dalam *lift* rumah sakit sendirian. Sebelum serangan panik datang, ia menyadari kalau kecemasannya mulai meningkat. Ia membayangkan kalau satu per satu pengguna *lift* turun dan dirinya sendirian maka jika terjadi sesuatu pada dirinya tidak ada orang yang dapat menolong. Setelah itu, ia pun merasa panik dengan keluhan fisik yang serupa seperti sebelumnya yaitu pusing, mual, dan kehilangan keseimbangan. Pasca kejadian tersebut, ia sempat dibawa ke IGD dan diminta untuk beristirahat sejenak. Pasca serangan panik pertama, kecemasan yang dirasakan semakin sering muncul dengan intensitas yang lebih mengganggu. Kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada diri UI semakin besar setiap kali serangan panik dialami.

Berdasarkan paparan kondisi subjek, penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran dinamika psikologis pada individu dengan gangguan cemas menyeluruh disertai dengan serangan panik. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi pada pengembangan ilmu Psikologi Klinis dan secara praktis menjadi referensi bagi para praktisi dalam menangani klien dengan gangguan cemas menyeluruh yang disertai serangan panik.

II. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan kepada satu subjek yang menjadi klien pada salah satu biro layanan psikologi. Studi kasus dapat fokus pada satu kasus untuk mendalami kasus yang dianggap penting, ekstrem atau berpotensi memberikan pemahaman teoretis (Yin, 2018). Dalam penelitian kualitatif, terdapat beberapa tipe pengumpulan data yaitu data observasi, wawancara, dokumen serta berbagai materi digital (Creswell & David Creswell, 2018). Dalam penelitian ini sumber data utama yang digunakan adalah observasi dan wawancara. Wawancara dilakukan dengan teknik *in-depth interview* sebagai salah satu bagian dari teknik wawancara tidak terstruktur yang merupakan salah satu teknik pengumpulan data utama dalam penelitian kualitatif (Ranjit Kumar, 2010). Menggunakan desain *pre-post single subject*, asesmen dalam penelitian ini dilakukan dengan mengukur tingkat kecemasan sebelum dan setelah intervensi menggunakan *Beck Anxiety Inventory* (BAI). BAI merupakan kuesioner *self-report* yang fokus mengukur komponen fisiologis terkait kecemasan (Beck & Steer, 1990a).

Adapun intervensi yang digunakan dalam penelitian ini adalah terapi kognitif perilaku dengan tujuan untuk memfasilitasi restrukturisasi kognitif sehingga subjek dapat memiliki pola kognitif yang lebih adaptif (West Brook David et al., 2011). Terdapat delapan sesi intervensi yang mencakup psikoedukasi, teknik relaksasi, restrukturisasi kognitif dan latihan meningkatkan kemampuan penyelesaian masalah. Intervensi yang dilakukan merupakan modifikasi dari

rancangan terapi yang terlebih dulu sudah dilakukan oleh Dewinta & Menaldi (2018) pada subjek dengan gangguan kecemasan menyeluruh. Dalam beberapa sesi intervensi, subjek juga diminta untuk menuliskan pikiran, perasaan dan perilaku yang diobservasi selama sesi intervensi dilakukan. Analisa dalam penelitian ini juga didukung dengan perbandingan skor asesmen subjek dan rangkuman sesi intervensi yang memberikan informasi kondisi subjek melalui observasi dan wawancara.

Tabel I. Gambaran intervensi

| Sesi | Gambaran singkat |
|-----------|---|
| Sesi 1 | Psikoedikasi tentang gangguan cemas dan terapi kognitif perilaku. |
| Sesi 2 | Latihan teknik relaksasi pernapasan dan identifikasi gejala fisiologis saat mengalami kecemasan. |
| Sesi 3 | Pengenalan tentang <i>self-talk</i> dan teknik ABC (<i>antecedent, behaviour, consequence</i>). Subjek diberikan tugas rumah untuk melatih teknik ABC. |
| Sesi 4 | Diskusi tugas rumah tentang teknik ABC dan melakukan latihan lanjutan. Subjek kembali diberikan tugas rumah untuk melatih teknik ABC. |
| Sesi 5 | Diskusi tugas rumah dan melakukan restrukturisasi kognitif menggunakan teknik <i>socratic questioning</i> . Subjek diberikan tugas rumah untuk melatih restrukturisasi kognitif. |
| Sesi 6 | Diskusi tugas rumah dan kembali melakukan latihan restrukturisasi kognitif. Tugas rumah tentang restrukturisasi kognitif juga kembali diberikan. |
| Sesi 7 | Diskusi tugas rumah dan mengevaluasi perubahan kognitif yang dihayati oleh subjek. Subjek diberikan informasi tentang langkah penyelesaian masalah dan latihan untuk mengaplikasikan pada beberapa situasi sehari-hari. |
| Sesi 8 | Persiapan terminasi dengan melakukan diskusi tentang berbagai potensi situasi yang dapat kembali meningkatkan kecemasan dan mempersiapkan diri untuk mencegah kekambuhan. |
| Follow-up | Tiga minggu pasca sesi ke-8, terapis melakukan observasi dan wawancara untuk mengamati perubahan subjek. |

Teknik triangulasi digunakan dalam penelitian ini sebagai upaya menguji kredibilitas data. Terdapat tiga jenis teknik triangulasi yang biasa digunakan dalam penelitian kualitatif, yaitu triangulasi sumber, triangulasi teknik, dan triangulasi waktu (Sugiyono, 2013, 2019). Dalam penelitian ini dilakukan triangulasi teknik dan triangulasi waktu. Sumber data berasal dari observasi, wawancara dan BAI. Pengambilan data juga dilakukan sebanyak 8 kali dalam rentang waktu lima bulan yaitu sejak bulan November 2024 hingga Maret 2025. Dengan dua teknik triangulasi yang digunakan, diharapkan kredibilitas data kualitatif dalam penelitian ini terhindari dari bias maupun subjektivitas.

III. Hasil Penelitian dan Pembahasan

3.1 Hasil

Berdasarkan hasil pemeriksaan psikologis yang telah dilakukan, subjek UI menunjukkan gejala yang mengarah pada gangguan kecemasan menyeluruh dengan serangan panik. Pada DSM-5-TR (APA, 2022) gangguan ini tercatat dengan kode F41.1. Dari empat kriteria diagnosa gangguan cemas menyeluruh, UI menunjukkan gejala pada seluruhnya. Dalam rentang waktu enam bulan sejak memiliki keluhan gangguan cemas menyeluruh, UI mengalami setidaknya tiga

kali serangan panik yang disertai dengan berbagai simtom fisiologis secara tiba-tiba dan berintensitas tinggi.

Asesmen untuk mengukur kecemasan subjek juga dilakukan dengan BAI. Skor BAI subjek sebelum intervensi adalah 38 yang berarti menunjukkan gangguan cemas pada taraf berat (*severe*) (Beck & Steer, 1990b). Pasca intervensi, skor BAI subjek adalah 26 yang termasuk dalam kategori sedang (*moderate*). Simtom kecemasan yang dilaporkan oleh UI melibatkan aspek emosi (gelisah dan ketakutan), aspek kognitif (khawatir sesuatu yang buruk terjadi, takut kehilangan kendali akan diri sendiri), serta aspek fisiologis (jantung berdebar, sulit bernafas, dan hilang keseimbangan).

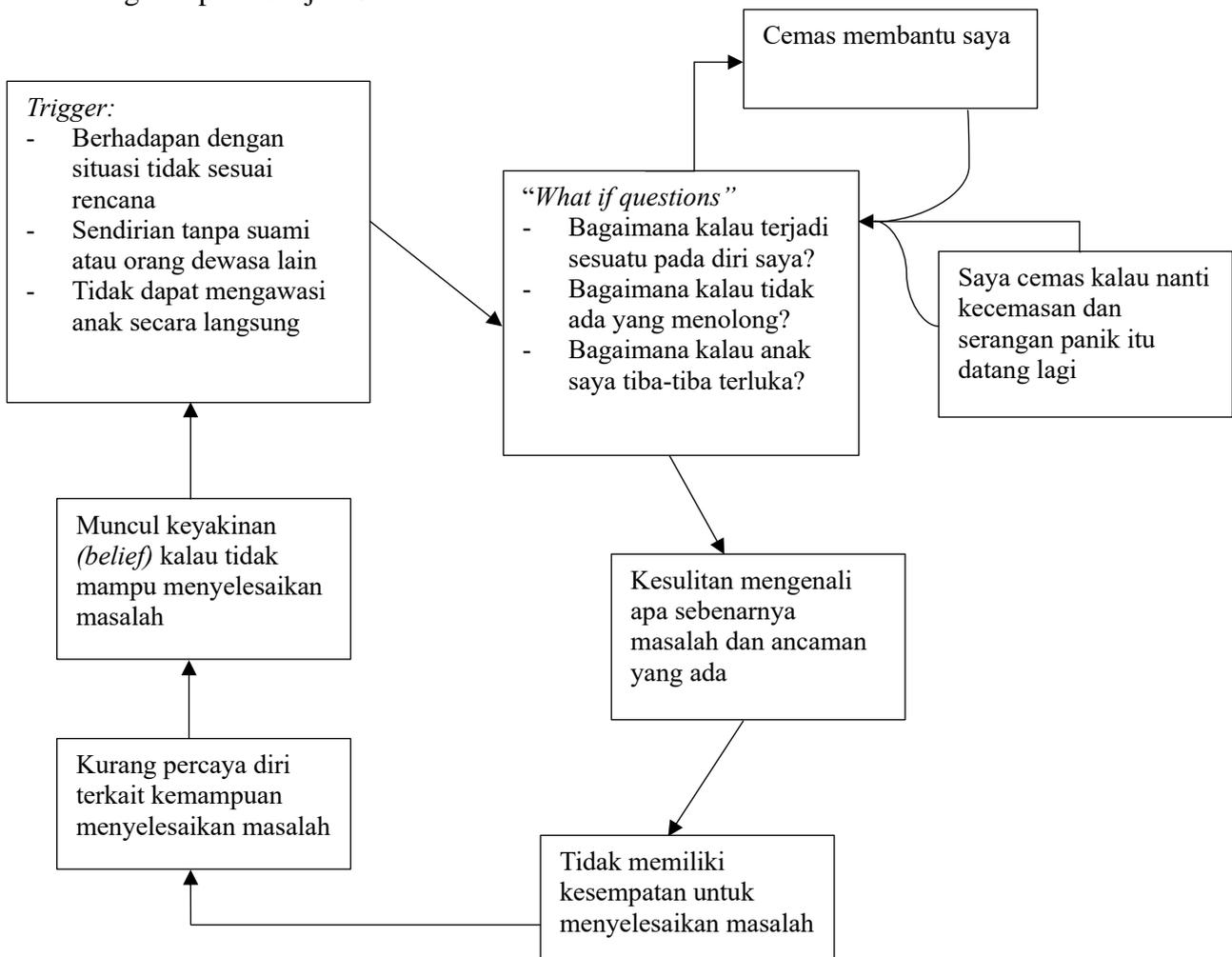
Berikut adalah uraian gejala kecemasan yang dialami oleh UI berdasarkan kriteria diagnosa dari DSM-5-TR:

Tabel II. Diagnosa gangguan cemas menyeluruh dan serangan panik subjek UI

| Simtom | Kemunculan | Data |
|--|------------|--|
| Kecemasan dan kekhawatiran berlebih, terjadi selama 6 bulan, pada beberapa aktivitas yang dijalani | V | Kecemasan dan kekhawatiran yang dirasakan oleh subjek sudah dirasakan lebih dari enam bulan sejak pertama kali melakukan konsultasi ke tenaga profesional. |
| Kesulitan untuk mengendalikan kekhawatiran tersebut | V | Subjek merasa kewalahan dengan kecemasan yang dirasakan hampir setiap harinya sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain. |
| Kecemasan dan kekhawatiran berhubungan dengan setidaknya 3 dari 6 gejala berikut ini: 1. Terus-menerus gelisah 2. Mudah lelah 3. Sulit berkonsentrasi dan fokus 4. Mudah tersinggung 5. Otot tegang 6. Gangguan tidur (sulit tidur atau mempertahankan tidur, gelisah selama tidur, kualitas tidur yang tidak memuaskan) | V | Gejala kecemasan yang dikeluhkan oleh subjek baik melalui wawancara maupun asesmen BAI meliputi perasaan gelisah yang terus-menerus muncul, kesulitan untuk fokus mengerjakan aktivitas yang biasanya mudah diselesaikan, lebih mudah merasa lelah, tidak tenang selama tidur, serta membayangkan berbagai kemungkinan buruk di masa depan. |
| Kecemasan, kekhawatiran, dan gejala fisik menyebabkan distress klinis yang signifikan atau kesulitan dalam aspek sosial, pekerjaan atau area keberfungsian lainnya. | V | Subjek merasa terganggu dengan kecemasan yang dialami. Beberapa kegiatan seperti mengasuh anak, bersosialisasi dengan teman-teman dan pergi keluar rumah bersama kedua anak menjadi terhambat. Ia berupaya untuk menghindari banyak aktivitas yang biasanya dilakukan. |
| <i>Specifier : Panic attack</i> Simtom tiba-tiba muncul dalam keadaan tenang: 1. Palpitasi, jantung berdebar lebih kencang. 2. Berkeringat 3. Gemetar 4. Nafas terasa sesak 5. Merasa seperti tercekik 6. Rasa sakit pada area dada 7. Mual atau sakit perut | V | Subjek melaporkan tiga kali kejadian <i>panic attack</i> yaitu saat berada di rumah, di <i>lift</i> rumah sakit sendirian dan ketika akan naik pesawat. Simtom fisik yang dialami oleh subjek yaitu: jantung berdebar, gemetar, sesak nafas, mual dan ketakutan yang intensif akan kematian dan kehilangan kendali terhadap dirinya sendiri. |

8. Pusing, kehilangan keseimbangan, *light-headed* atau *pingsan*
9. Merinding atau terasa sensasi panas
10. Mati rasa
11. Derealisasi (merasa tidak berada pada realita) atau depersonalisasi (merasa terlepas dari diri sendiri)
12. Takut kehilangan kendali atau “menjadi gila”
13. Takut akan kematian

Westbrook et al. (2011) menggambarkan bahwa setiap individu dengan gangguan psikologis memiliki model kognitif yang khas. Pada gangguan cemas menyeluruh, individu menjadi terlalu fokus pada pertanyaan “*what if*” yang memicu kecemasan. Hal ini kemudian mendorong individu untuk menghindari masalah yang sebenarnya ada. Jika terus-menerus terjadi, individu dapat mengembangkan pemaknaan yang keliru terkait kecemasan itu sendiri. Kecemasan dapat dipandang sebagai strategi yang efektif dalam menghadapi ancaman di kehidupan sehari-hari, atau sebagai *safety behavior* (West Brook David et al., 2011). Penyelesaian masalah yang efektif pun menjadi sulit untuk dilakukan karena adanya kecemasan. Hal ini dapat mempengaruhi keyakinan diri individu dalam menyelesaikan masalah selanjutnya. Berikut adalah gambaran model kognitif pada subjek UI:



Bagan 1. Model kognitif gangguan cemas menyeluruh dan serangan panik

Berdasarkan model kognitif di atas, tampak bahwa terkait kecemasan yang dirasakan oleh subjek UI terdapat peran model kognitif di dalamnya. Dalam kehidupan sehari-hari, terdapat beberapa situasi yang menjadi pemicu dari kecemasan subjek. Situasi yang tidak sesuai dengan rencana, keadaan ketika UI seorang diri tanpa ditemani oleh orang dewasa lain serta kondisi ketika dirinya menghayati tidak dapat mengawasi secara optimal kedua anaknya. Saat dihadapkan dengan situasi-situasi tersebut, secara kognitif terpicu pertanyaan-pertanyaan pengandaian (*what if questions*). Dari sekian banyak pertanyaan yang dilaporkan oleh subjek UI, beberapa yang sering muncul adalah bagaimana jika terjadi sesuatu yang buruk pada dirinya seperti sakit atau kehilangan kendali sehingga ia menyakiti orang lain termasuk anaknya. Selain itu, subjek juga sering membayangkan jika dirinya berada di situasi bahaya dan tidak ada orang lain yang dapat memberikan pertolongan baginya. Pikiran bahwa diri tidak berdaya cukup sering muncul saat ia sedang berada sendirian di luar rumah atau hanya ia yang mengasuh kedua anaknya. UI berpikir bahwa ia harus selalu mampu mengendalikan setiap hal dalam kehidupannya agar ia dan anak-anaknya dapat tenang. Terkait dengan anak, subjek UI juga sering berpikir bagaimana jika anaknya mengalami sakit, luka atau terpapar bahaya. Pikiran-pikiran ini terutama berkaitan dengan anak pertamanya yang merupakan anak berkebutuhan khusus sehingga membutuhkan pengawasan lebih dalam aktivitas sehari-harinya. Pikiran-pikiran ini menjadi konsisten muncul karena dihayati sebagai *safety behavior*, artinya subjek UI merasa dengan berpikir demikian ia dapat lebih waspada dan aman menjalani kegiatan sehari-hari. Akan tetapi, hal ini justru menjadi pemicu kecemasan dan mengembangkan kekhawatiran selanjutnya yaitu ketakutan jika kecemasan yang mengganggu tersebut kembali muncul.

Aspek kognitif pada diri oleh UI menghambat ia untuk secara objektif mengenali ancaman dan masalah yang dihadapi. Mengacu pada penelitian dari Graaf et al. (2009) terdapat beberapa jenis distorsi kognitif yang dapat menghambat kemampuan mengenali dan mengatasi masalah, yaitu *catastrophizing* dan *should statements*. UI kerap merasa khawatir jika gejala fisiologis kecemasannya mulai muncul dan membuat ia membayangkan berbagai kemungkinan terburuk yang mungkin terjadi. Saat berhadapan dengan situasi yang tidak pasti atau yang tidak sesuai dengan rencana, kecemasan subjek UI juga meningkat. Hal ini berkaitan dengan keyakinannya bahwa ia harus mampu merencanakan dan mengontrol setiap kegiatannya. Keyakinan yang dimiliki ini justru menghambat ia dalam menyelesaikan masalah.

Kesulitan untuk menilai situasi dengan objektif tersebut membuat subjek UI tidak mendapatkan kesempatan yang mencukupi dalam menyelesaikan berbagai ketidaknyamanannya. Berbagai situasi yang dirasa mengancam pun terus-menerus muncul dan tidak teratasi secara efektif. Hal ini membuat UI menghayati dirinya semakin tidak berdaya dalam menghadapi ancaman dan ketidaknyamanan. Sebagaimana yang terlihat pada model kognitif, keyakinan ini

kelak akan berdampak pada bagaimana subjek memaknai situasi yang menjadi pemicu kecemasannya. Model kognitif ini dapat menjelaskan bagaimana gejala kecemasan pada subjek UI dapat berkembang menjadi gangguan cemas menyeluruh disertai serangan panik. Distorsi kognitif dan keyakinan yang dimiliki menjadi hambatan bagi UI untuk berfungsi secara optimal dalam aktivitasnya di rumah, baik sebagai ibu maupun secara pribadi, dan di luar rumah.

Terapi kognitif perilaku dilakukan untuk mengubah pikiran maladaptif yang dimiliki oleh UI. Hasil yang didapatkan adalah penurunan level kecemasan dari berat ke sedang yang terukur melalui kuesioner BAI. Selain itu, melalui observasi dan wawancara juga ditemukan beberapa perubahan dalam aspek kognitif dan perilaku UI yang berhubungan dengan menurunnya level kecemasan. Perubahan tersebut dapat dilihat pada tabel rangkuman hasil intervensi (tabel 3). *Follow-up* dilakukan tiga minggu pasca sesi intervensi selesai dilakukan dengan metode observasi dan wawancara. Didapatkan bahwa distorsi kognitif yang dimiliki oleh UI sebelum intervensi berkurang. Ia dapat melihat situasi dengan lebih seimbang. UI mampu mengenali hal yang dapat dikontrol dan tidak dapat dikontrol dalam kehidupannya sehari-hari. Pikiran bahwa serangan paniknya akan datang kembali juga jarang muncul. UI dapat kembali ke aktivitasnya sehari-hari seperti berolahraga, bertemu dengan teman-teman dan bersosialisasi dengan rekan-rekan kerja suaminya. UI juga dapat menghabiskan waktu hanya dengan kedua anaknya tanpa kehadiran suami serta pengasuhnya dengan lebih nyaman.

Tabel III. Rangkuman Hasil Intervensi

| Sebelum intervensi | Sesudah intervensi |
|--|---|
| Skor BAI: 38 (<i>severe</i>) Sebelum sesi intervensi, UI berpikir bahwa dirinya harus mampu mengontrol semua urusan anak-anaknya. Ia baru merasa tenang jika dirinya mengawasi penuh kedua anaknya. Setiap kali pergi dengan keluarga, UI akan merencanakan secara detail mulai dari jam berangkat, seluruh aktivitas yang akan dilakukan hingga jam pulang. Jika ada yang tidak berjalan sesuai rencana, ia akan merasa sangat cemas. Ketika pergi ke tempat ramai, UI akan memegang erat anaknya dan berusaha menjaga anaknya tetap tenang. Ia cemas jika orang-orang di sekitar akan terganggu | Skor BAI: 26 (<i>moderate</i>) UI menceritakan bahwa dia sudah dapat meminta bantuan dari suami dan pengasuh anaknya untuk mendampingi anaknya bermain. UI meminta kedua anaknya didampingi saat bermain sambil ia beristirahat karena kurang tidur pada malam sebelumnya. Ketika pergi ke pusat perbelanjaan, UI tidak dapat makan di restoran yang sudah direncanakan karena penuh. Ia pun segera mencari tempat makan lain yang dirasa lebih sepi. UI menyadari bahwa saat berpergian akan ada hal yang dapat dikontrol dan tidak dapat dikontrol sehingga ia perlu lebih fleksibel mencari alternatif ketika rencananya tidak dapat berjalan sesuai. UI menyadari kalau anaknya memang memiliki kesulitan dalam mengendalikan perilakunya terutama di tempat yang ramai. Jika ada yang terganggu, ia berpikir dirinya dapat meminta maaf. Sementara jika orang |

dengan sikap anaknya yang kerap kali kurang terkendali.

UI beberapa kali menolak ajakan temannya untuk bertemu karena cemas jika serangan paniknya muncul dan dinilai aneh.

Ketika salah satu dari kedua anak UI sakit, ia akan panik dan segera membawa ke rumah sakit. Hal ini akan dilakukan tanpa mempertimbangkan jam.

Kegiatan bermain anak membuat UI merasa cemas jika terjadi sesuatu yang buruk pada anaknya. Melihat anak berlari atau memanjat sangat membuat ia cemas.

Serangan panik saat berada sendirian di rumah dan di *lift* rumah sakit.

tersebut tetap tidak memberikan maaf maka itu sudah diluar kendalinya

UI sudah beberapa kali pergi bertemu dengan temannya dan mengikuti kelas olahraga. Saat awal bertemu UI memang merasakan ketidaknyamanan seperti deg-degan dan lemas. Akan tetapi, seiring dengan ia berinteraksi ketidaknyamanannya berkurang. UI pun dapat menghayati ada emosi senang yang muncul saat bertemu dengan teman-temannya.

Anak pertama UI sempat demam dan ia pun memberikan obat penurun panas di rumah. Ia memutuskan untuk menunggu selama sekitar tiga jam sampai obatnya bekerja baru memutuskan apakah akan ke rumah sakit. Akhirnya, demam anaknya mereda dan ia tidak perlu ke rumah sakit. UI mempraktikkan relaksasi pernapasan sambil menunggu demam anaknya berkurang.

Ketika bermain, tangan anak ke-2 UI sempat tersangkut di mainan. Pada saat itu, ia dapat dengan tenang melepaskan tangan anaknya dari mainan tersebut alih-alih panik. Teknik relaksasi pernapasan dipakai oleh UI untuk membantunya lebih tenang dan berpikir tentang solusi yang dapat diambil.

Tidak ada serangan panik yang dilaporkan. Ketika kecemasan mulai meningkat, UI akan melakukan relaksasi pernapasan dan memberikan afirmasi kepada diri sendiri bahwa dirinya dalam situasi yang sebenarnya cukup aman.

3.2 Pembahasan

Gangguan kecemasan menyeluruh merupakan salah satu jenis gangguan psikologis yang termasuk dalam kluster gangguan kecemasan (APA, 2022). Gangguan ini ditandai dengan kecemasan serta kekhawatiran yang secara intensif muncul dalam rentang waktu enam bulan. Kecemasan hadir disertai dengan beberapa bentuk gejala fisiologis. Individu dengan gangguan ini akan mengalami kesulitan dalam mengontrol kekhawatirannya sehingga pada kehidupan sehari-hari akan berusaha menahan kecemasan tersebut dengan upaya yang tidak mudah. Gangguan ini akan menghambat keberfungsian individu dalam beberapa aspek kehidupannya seperti relasi sosial, pekerjaan dan pendidikan. Gangguan kecemasan menyeluruh sering kali menunjukkan komorbiditas dengan serangan panik. Sebanyak 21% pasien gangguan kecemasan menyeluruh dilaporkan juga mengalami serangan panik (Van Ameringen et al., 2013). Mekanisme ini

berkaitan dengan intensitas kecemasan yang dapat memicu reaksi fisiologis yang intensif dan secara tiba-tiba. Gangguan cemas sendiri memiliki prevalensi yang lebih tinggi terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki (APA, 2022; McLean et al., 2011b).

Dalam penelitian ini, subjek UI pertama kali memutuskan untuk berkonsultasi dengan Psikiater dan Psikolog karena merasa kesulitan mengendalikan kecemasannya. Secara umum, ia merasa sulit melakukan berbagai kegiatan yang sebelumnya mampu dilakukan dengan mandiri. Jalan-jalan bersama kedua anak, menyetir mobil, bertemu teman-teman hingga jauh dari anak menjadi aktivitas yang sangat mencemaskan untuknya. Saat kecemasannya meningkat, ia merasakan berbagai gejala fisiologis terutama pusing, mual dan kehilangan keseimbangan. Kecemasan ini sangat sering muncul dalam rentang waktu lebih dari enam bulan belakangan. Selama rentang waktu tersebut, terdapat setidaknya tiga serangan panik yang dilaporkan oleh UI. Pertama terjadi ketika ia sedang di rumah dan bermain dengan kedua anaknya, lalu ketika ia sedang berada di *lift* rumah sakit sendirian dan ketika akan naik pesawat. Pada situasi tersebut, reaksi fisiologis yang dirasakan oleh UI sangatlah mengganggu. Ketakutan bahwa ia akan kehilangan kendali dan mati sangat kuat dirasakan olehnya. Pengalaman serangan panik tersebut semakin membuat subjek lebih sering merasakan kecemasan di kehidupannya sehari-hari.

Dalam DSM-5-TR (APA, 2022) digambarkan bahwa salah satu faktor risiko gangguan kecemasan adalah pengalaman masa kecil dan pola asuh. Sejak kecil, subjek UI menghayati bahwa dirinya dituntut untuk selalu menjalani rutinitasnya secara teratur. Ia akan berusaha untuk merencanakan seluruh kegiatannya dan memastikan rencana tersebut berjalan dengan baik. Nilai-nilai agama dalam keluarganya juga ditanamkan dengan kuat. Aturan terkait apa yang baik dan buruk kerap kali disampaikan oleh kedua orangtua sejak ia kecil hingga dewasa. Di satu sisi, subjek UI menyetujui nilai-nilai tersebut tetapi dalam beberapa kondisi ia merasa cukup sulit memenuhi tuntutan dari nilai-nilai yang diajarkan tersebut. Setelah beranjak dewasa, UI menilai kebiasaan dan nilai yang ditanamkan sejak kecil cukup kuat mempengaruhi perilakunya. Bekerja dengan teratur menjadi kebiasaan yang selalu dimiliki oleh UI terlebih lagi karena dirinya bekerja di bidang keuangan yang membutuhkan keteraturan serta ketelitian tinggi.

Setelah menikah, UI saat ini sudah memiliki dua orang anak. Anak pertama UI mendapatkan diagnosa autisme dan masih terus dalam penanganan dokter serta terapis. Pada awalnya, sulit bagi UI untuk menerima fakta bahwa anaknya mendapatkan diagnosa tersebut. Akan tetapi, UI dan suami berusaha untuk segera menerima dan memberikan usaha terbaik untuk optimalisasi tumbuh kembang anaknya. Dalam pengasuhan anak pertamanya, UI sangat terlibat dan dengan detail mengatur seluruh keperluan anaknya. Meski subjek menyewa jasa terapis yang terus menemani anak dan pengasuh yang juga turut membantu, UI tidak pernah betul-betul memberikan kewenangan penuh kepada terapis maupun pengasuh. Upaya UI untuk mendukung

perkembangan anaknya berdampak positif. Anaknya menunjukkan perkembangan yang positif dan ia kerap kali mendapatkan apresiasi serta pujian dari orang-orang di sekitar. Hal ini menjadi penguat bagi UI untuk terus mengontrol semua hal yang berhubungan dengan anaknya.

Saat anak pertama berusia sekitar 5 tahun, UI mengandung anak ke-2. Setelah anak ke-2 lahir, subjek tetap berusaha untuk memastikan kedua anaknya mendapatkan pengawasan dan pendampingan penuh darinya. Pada awalnya, ia merasa mampu dan memang harus mengurus semua hal sendirian. Dalam banyak kesempatan, ia mampu pergi hanya bertiga dengan kedua anaknya. Sama seperti sebelumnya, kemandirian dan kemampuan subjek mendapatkan banyak apresiasi dari teman-teman serta keluarganya. Meski demikian, sebenarnya UI merasa rutinitas tersebut sebenarnya sangat melelahkan. Kesulitannya meminta bantuan, bahkan pada suaminya, membuat ia menghayati bahwa dirinya harus bisa mengendalikan semua hal. Penghayatan tersebut yang kemudian berkembang menjadi keyakinan (*belief*) yang keliru.

Mengacu pada model kognitif dari gangguan cemas, informasi yang diterima individu akan melalui proses berpikir yang keliru (Özdemir & Kuru, 2023). Individu dapat menginterpretasi bahwa dirinya berhadapan dengan ancaman yang sangat berisiko ketika sebenarnya tidak ada bahaya atau dengan risiko yang sebenarnya rendah. Pola kognitif yang melebih-lebihkan risiko dari bahaya dan mengecilkan kemampuan mengatasi bahaya tersebut menjadi dasar berkembangnya gangguan kecemasan (Clark, 2011).

Dari berbagai pengalaman hidupnya, subjek UI tampak mengembangkan distorsi kognitif dengan jenis *should statement*. Ia memiliki dorongan kuat untuk dapat mengendalikan semua aspek kehidupannya terutama yang berhubungan dengan anak-anak. Manifestasi dari pikiran tersebut tampak dari perilakunya yang tidak dapat membagi tugas dengan terapis serta pengasuh anaknya. Ia juga tidak dapat meninggalkan anaknya bermain tanpa dirinya meski ada orang dewasa yang mengawasi seperti pengasuh ataupun terapis. Selain itu, ketika hendak berpergian, ia akan mengatur mulai dari jam berangkat, proses perjalanan, aktivitas selama di luar rumah hingga jam kembali ke rumah. Jika ada satu hal saja yang tidak berjalan sesuai rencana maka kecemasannya akan meningkat.

Selain itu, distorsi kognitif dengan tipe *catastrophizing* juga berkembang dalam diri subjek. Ketika ada ancaman atau bahaya dengan risiko yang sebenarnya rendah, ia akan menghayati bahwa dampak pada dirinya sangatlah signifikan. Hal ini tampak ketika muncul simptom fisiologis seperti jantung berdebar kencang, ia akan menghayatinya sebagai pertanda jika kecemasan yang lebih besar akan segera dirasakan. Penghayatan inilah yang pada akhirnya justru membuat intensitas kecemasannya meningkat serta memicu kemunculan gangguan panik pada diri individu. Dalam model kognitif, peran distorsi kognitif dianggap paling signifikan dalam kemunculan gangguan cemas dan menentukan seberapa kronis gangguan tersebut akan

berkembang (Özdemir & Kuru, 2023). Selain itu, Asmadi (2008) memisahkan dua faktor yang berperan dalam memicu kecemasan yaitu ancaman terhadap integritas personal (*personal integrity*) dan ancaman terhadap sistem diri (*self-system*). Pada subjek UI, keterbatasannya mengontrol setiap aspek kehidupannya dan anak-anaknya menjadi ancaman terhadap integritas personalnya. Sementara, penilaian orang tentang dirinya secara personal dan sebagai ibu dari dua anak dengan salah satunya memiliki kebutuhan khusus menjadi ancaman bagi sistem diri, terutama keberhargaan dirinya. Kedua faktor tersebut berperan meningkatkan risiko berkembangnya gangguan cemas menyeluruh dan serangan panik yang dialami oleh subjek.

Berdasarkan konsep model kognitif, untuk mengurangi gejala kecemasan pada individu dengan gangguan cemas, dibutuhkan strategi yang efektif dalam memutus siklus kognitif kecemasan. Banyak penelitian terdahulu yang menunjukkan efektivitas terapi kognitif perilaku dalam mengatasi gangguan cemas. Kombinasi pemberian psikoedukasi, teknik relaksasi, dan restrukturisasi kognitif dapat secara efektif menurunkan gejala cemas pada individu dengan gangguan cemas menyeluruh (Dewinta & Menaldi, 2018). Dalam penelitian ini, subjek UI telah mengikuti delapan sesi terapi kognitif perilaku yang terdiri dari psikoedukasi tentang gangguan kecemasan, latihan teknik relaksasi, restrukturisasi kognitif dan latihan menyelesaikan masalah. Pada subjek UI, terobservasi adanya penurunan simptom kecemasan yang diukur melalui BAI. Keluhan-keluhan terkait kecemasan menurun secara frekuensi dan intensitas kemunculannya. Selain itu, distorsi kognitif yang sebelumnya dimiliki oleh UI yaitu harus mengendalikan semua hal mulai berubah menjadi ada hal yang memang dapat dikontrol dan tidak dapat dikontrol. Dari aspek perilaku, UI sudah mulai dapat mengenali solusi yang lebih efektif dalam mengatasi masalah sehari-harinya. Ketika sedang lelah, alih-alih memaksakan diri untuk mengawasi kedua anak, ia dapat meminta suami atau pengasuh untuk menggantikannya menemani anak-anak bermain. Kegiatan bertemu dengan teman-teman dan keluar rumah bersama keluarga yang sebelumnya dihindari karena cemas serangan panik akan datang sudah dapat kembali dilakukan oleh UI.

Sebelum mengikuti terapi, setiap kali berhadapan dengan situasi yang dinilai mengancam, subjek akan secara otomatis menilai dirinya tidak mampu mengatasi kecemasan tersebut. Setelah intervensi, subjek mampu menilai ketidakpastian dalam kehidupannya sehari-hari merupakan hal yang wajar dan dialami oleh semua orang. Subjek dapat menilai bahwa terdapat hal yang memang mungkin dikendalikan tetapi banyak hal yang tidak dapat sepenuhnya dikendalikan. Dengan berpikir demikian, subjek dapat perlahan-lahan kembali melakukan aktivitasnya dengan mandiri. Ia dapat pergi ke studio olahraga sendiri tanpa anak-anak maupun pengasuh, ia dapat berjalan ke gedung pertemuan di area rumahnya sendiri tanpa meminta temannya untuk menjemput dan ia dapat dengan lebih tenang mengatasi kedua anaknya yang bersamaan menangis. Terkait serangan

cemas, subjek UI tidak mengalami serangan cemas pasca memiliki kemampuan relaksasi pernapasan dan restrukturisasi kognitif. Psikoedukasi tentang gangguan kecemasan yang dimiliki membantu subjek untuk lebih memahami kondisinya dan melengkapi diri dengan bantuan yang dibutuhkan. Ketika dirinya sedang lelah, ia menyadari kecemasan menjadi lebih rentan meningkat sehingga penting untuknya mengkomunikasikan hal ini pada suami serta pengasuh anaknya untuk dapat mengambil alih berbagai keperluan anaknya. Strategi penyelesaian masalah ini tampak lebih efektif dan juga meningkatkan keyakinan diri subjek bahwa ia memiliki sumber daya yang memadai, baik internal maupun eksternal, untuk mengatasi berbagai situasi menantang di kehidupannya. Perubahan yang dilaporkan sejalan dengan temuan pada penelitian terdahulu yang menggambarkan efektivitas terapi kognitif perilaku dalam menurunkan gejala kecemasan pada individu dengan gangguan cemas menyeluruh (Dewinta & Menaldi, 2018; Hofmann et al., 2012; Yousefy et al., 2010). Terapi kognitif perilaku, melalui restrukturisasi kognitif dapat menurunkan gejala kecemasan, meningkatkan kendali akan pikiran yang adaptif, dan mengembangkan kemampuan relaksasi sebagai salah satu strategi efektif menurunkan gejala fisiologis dari kecemasan.

IV. Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil asesmen, dinamika psikologis dan diagnosa yang ditegakkan dapat disimpulkan bahwa keluhan yang dialami oleh UI merujuk pada gangguan cemas menyeluruh yang disertai dengan serangan panik. Mengacu pada DSM-5 TR, simtom yang dikeluhkan oleh UI memenuhi kriteria penegakkan diagnosis. Gangguan ini muncul dipicu oleh adanya distorsi kognitif bahwa dirinya harus mengendalikan semua hal dalam hidupnya yang membuat subjek kesulitan untuk mengendalikan kecemasannya dan mendorong siklus kecemasan yang terus menerus terjadi. Serangan panik yang menyertai juga berkontribusi pada berkembangnya distorsi kognitif yang dimiliki oleh UI. Terapi kognitif perilaku menjadi pendekatan yang dapat dipertimbangkan untuk menurunkan simtom kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan menyeluruh disertai serangan panik. Terapi ini efektif dalam menurunkan simtom kecemasan, merubah distorsi kognitif menjadi cara pikir yang lebih adaptif dan meningkatkan produktivitas sehari-hari yang sebelumnya terganggu akibat kecemasan dengan intensitas tinggi. Kesadaran akan distorsi kognitif dan perubahan pikiran yang lebih adaptif berasosiasi dengan menurunnya gejala kecemasan yang dilaporkan. *Follow-up* yang dilakukan tiga minggu pasca intervensi juga menunjukkan bahwa perubahan kognitif, emosi dan perilaku yang dihasilkan pasca intervensi dapat bertahan.

Bagi peneliti di bidang Psikologi Klinis dapat melakukan studi lebih lanjut tentang gangguan cemas menyeluruh yang disertai dengan serangan panik terutama terkait efektivitas

intervensi yang diberikan. Pengembangan modul terstandarisasi dapat menjadi arah penelitian selanjutnya. Bagi praktisi yang menangani pasien dengan gangguan cemas menyeluruh disertai serangan panik dapat menggunakan pendekatan terapi kognitif perilaku untuk menurunkan gejala kecemasan pasien. Identifikasi distorsi kognitif menjadi langkah yang krusial dalam penanganan. Latihan rutin dan berkala dalam mengembangkan cara pikir yang adaptif juga perlu menjadi porsi besar dalam proses intervensi.

Daftar Pustaka

- APA. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*.
- Asmadi. (2008). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Salemba Medika.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990a). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990b). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*.
- Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, J. K., & Hofmann, S. G. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 25, Issue 1, pp. 19–30). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>
- Clark, D. A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. Guilford Press.
- Creswell, J. W., & David Creswell, J. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*.
- De Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. H. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: The dysfunctional attitude scale (form A) revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9229-y>
- Dewinta, P., & Menaldi, A. (2018). Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Case Study of Arrhythmia Patient. *Humaniora*, 9(2), 161. <https://doi.org/10.21512/humaniora.v9i2.4715>
- Greer, J. A., Park, E. R., Prigerson, H. G., & Safren, S. A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 294–313. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.4.294>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. In *Cognitive Therapy and*

- Research* (Vol. 36, Issue 5, pp. 427–440). Springer New York LLC.
<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Kaplan, S. C., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Olino, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2017). The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Validation in a Sample of Adults with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 41(4), 576–587.
<https://doi.org/10.1007/s10608-017-9838-9>
- M. Turki, J. Ben Thabet, N. Charfi, M. Mezghanni, M. Maalej Bouali, N. Zouari, L. Zouari, & M. Maalej. (2020). Generalized anxiety disorder comorbidities: Panic and depressive disorder. *European Psychiatry*.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011a). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011b). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Özdemir, İ., & Kuru, E. (2023). Investigation of Cognitive Distortions in Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 12(19). <https://doi.org/10.3390/jcm12196351>
- Powell, C. L. Y. M., Chiu, C. Y., Sun, X., & So, S. H. wai. (2024). A meta-analysis on the efficacy of low-intensity cognitive behavioural therapy for generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05306-6>
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1227–1255. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.009>
- Ranjit Kumar. (2010). *Research Methodology - A step-by-step guide for beginners*.
- Stevanovic, D., & Zalsman, G. (2019). Changes in cognitive distortions and affectivity levels in adolescent depression after acute phase fluoxetine treatment. *Cognitive Neuropsychiatry*, 24(1), 4–13. <https://doi.org/10.1080/13546805.2018.1532284>
- Sugiyono. (2013). *Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Alfabeta.
- Sugiyono. (2019). Metode Penelitian Pendidikan (kuantitatif, kualitatif, kombinasi, R&D dan penelitian pendidikan). *Metode Penelitian Pendidikan*.

Van Ameringen, M., Simpson, W., Patterson, B., & Mancini, C. (2013). Panic attacks in generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 52–55. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab1f6>

West Brook David, Kennerley Helen, & Kirk Joan. (2011). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy*.

Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.).

Yousefy, A., Khayyam-Nekouei, Z., Sadeghi, M., & Roohafza, H. (2010). *The effect of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety in heart disease patients. THE EFFECT OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN REDUCING ANXIETY IN HEART DISEASE PATIENTS*. <https://www.researchgate.net/publication/277244261>