

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Kelompok Penelitian

Penelitian ini melibatkan 20 responden yang bersedia mengikuti seluruh tahapan penelitian dan memenuhi kriteria eksklusi serta inklusi. Responden terbagi atas 10 responden sebagai kelompok kontrol dan 10 responden lainnya sebagai kelompok intervensi SEFT. Kedua kelompok sama-sama mendapat kuesioner *pretest* di awal penelitian dan kuesioner *post-test* di akhir penelitian. Pada kelompok intervensi, diberikan intervensi SEFT terlebih dahulu sebelum pengisian kuesioner *post-test*. Pada penelitian ini, seluruh peserta yang pada akhirnya bersedia mengikuti penelitian merupakan mahasiswa Pendidikan Sarjana Kedokteran Umum UMY dengan jumlah 9 wanita dan 1 pria pada kelompok intervensi, dan 9 wanita dan 1 pria pada kelompok kontrol. Seluruh responden penelitian belum menikah

Tabel 3. Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik	Kelompok		<i>p-value</i>
	Kontrol N (%)	Intervensi N (%)	
Usia (mean ± SD)	21,3 ± 0,948	21,2 ± 0,918	0,707
Jenis Kelamin			
- Perempuan	9(90)	9(90)	1,000
- Laki-laki	1(10)	1(10)	
Jenis Fobia			
- Benda	9(90)	7(70)	0,582
- Situasi	1(10)	3(30)	
Pretest (mean±SD)	78,0 ± 3,9	76,5 ± 5,42	0,939

a. Usia, Jenis Kelamin, dan Jenis Fobia

Tabel di atas menunjukkan bahwa usia rata-rata dari responden adalah 21 tahun (standar deviasi kelompok kontrol sebesar $\pm 0,948$ dan kelompok intervensi sebesar $\pm 0,918$). Berdasarkan nilai uji *independent sample t* didapatkan nilai $p=0,707$.

Untuk jenis kelamin, kedua kelompok sangat didominasi oleh perempuan. Berdasarkan uji *Chi-square* nilai $p= 1,000$.

Sedangkan untuk jenis fobia, dibedakan antara situasi dan benda. Berdasarkan uji *Chi-square* nilai $p= 0,582$.

Melihat besarnya nilai p dari kelompok usia dan jenis kelamin yang $>0,05$ artinya berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin tidak terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

b. Hasil Pretest

Sedangkan berdasarkan nilai *pretest* antara kelompok kontrol dan intervensi, ditemukan bahwa nilai *pretest* rata-rata kelompok kontrol adalah sebesar 78,0 (SD $\pm 3,9$) sedangkan kelompok intervensi sebesar 76,5 (SD $\pm 5,42$). Signifikansi diperoleh dengan uji *independent sample t* dengan nilai $p=0,939$

Berdasarkan nilai p pretest $>0,05$ maka tidak terdapat perbedaan pada nilai pretest.

2. Analisis Perubahan Tingkat Kecemasan

Terdapat perubahan skor *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi dan tidak terdapat perubahan skor pada kelompok kontrol seperti yang tertera pada tabel berikut.

Tabel 4. Perubahan Skor Tingkat Kecemasan Berdasarkan SUDS

Perubahan Tingkat Kecemasan	Kontrol	Intervensi
	N	N
Meningkat	0	0
Tetap	10	0
Menurun	0	10
Total	10	10

Berdasarkan tabel di atas, seluruh kelompok kontrol tidak mengalami perubahan tingkat kecemasan sedangkan pada kelompok intervensi seluruh responden mengalami penurunan tingkat kecemasan yang diukur dengan SUDS.

3. Hasil Uji Normalitas Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji normalitas dilakukan sebelum menentukan hipotesis untuk mengetahui apakah data terdistribusi normal atau tidak sehingga dapat diketahui uji parametrik atau nonparametrik yang akan digunakan.

Tabel 5. Hasil uji normalitas terhadap skor pre-post test SUDS pada kelompok kontrol dan intervensi

Pengukuran	Waktu	Kelompok	Rerata	<i>p-value</i>
Tingkat Kecemasan	<i>Pre</i>	Kontrol	78,0	0,046
		Intervensi	76,5	0,147
	<i>Post</i>	Kontrol	83,0	0,328
		Intervensi	27,0	0,009

Pada tabel diatas terlihat bahwa hasil uji normalitas menggunakan uji statistik *Shapiro-Wilk* menunjukkan nilai *p* tingkat kecemasan sebelum (*pre*) pada kelompok kontrol dan sesudah (*post*) intervensi terdapat distribusi yang normal ($<0,05$). Sedangkan nilai *p* yang menunjukkan distribusi tidak normal ditemukan pada hasil uji normalitas terhadap tingkat kecemasan sesudah (*post*) pada kelompok kontrol dan sebelum (*pre*) intervensi ($>0,05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa data tingkat kecemasan pada kelompok intervensi dan kontrol tidak terdistribusi secara normal, sehingga uji statistik yang digunakan adalah uji non parametrik yaitu uji *Wilcoxon*.

4. Perbedaan Tingkat Kecemasan Sebelum dan Sesudah Terapi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji statistik *Wilcoxon* digunakan untuk melihat perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah terapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan pengolahan data hasil uji beda rerata sebelum dan sesudah terapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ditemukan bahwa data tidak terdistribusi secara normal sehingga digunakan uji *Wilcoxon* untuk menentukan hipotesis.

Tabel 6. Hasil uji beda *wilcoxon* terhadap tingkat kecemasan fobia sebelum dan sesudah terapi SEFT pada kelompok intervensi dengan SUDS

Parameter	Kontrol (n=10) Mean (SD)		Intervensi (n=10) Mean (SD)		p^1	p^2
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>		
SUDS	78 (3,9)	83 (3,7)	76,5 (5,42)	27 (7,1)	0,059	0,007

Berdasarkan tabel di atas didapatkan hasil signifikansi *pretest* dan *post-test* tingkat kecemasan dengan SUDS pada kelompok kontrol sebesar 0,059. Hasil tersebut dapat diartikan bahwa tingkat kecemasan kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang bermakna. Sedangkan hasil signifikansi *pretest* dan *post-test* tingkat kecemasan dengan SUDS pada kelompok intervensi didapatkan sebesar 0,007. Hasil tersebut dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada tingkat kecemasan kelompok intervensi. Hal ini dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan yang dirasakan oleh responden sesudah diberikan intervensi terapi SEFT.

Tabel 7. Hasil Uji Selisih *pre-post test* scoring SUDS pada Tingkat Kecemasan Fobia Spesifik

Kelompok	N	Mean(SD)	<i>p-value</i>
Kontrol	10	-57(9,4)	0,001
Intervensi	10	5(2,2)	

Berdasarkan tabel di atas didapatkan hasil bermakna pada uji selisih *pre-post* SUDS antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar p 0,001 ($<0,05$).

B. Pembahasan

Saat dilakukan wawancara sebelum dilakukan *pretest*, seluruh responden membenarkan bahwa terjadi hal yang mereka anggap menyakitkan berhubungan dengan hal-hal yang mereka takuti. Sebagai contoh, salah satu responden yang memiliki fobia spesifik terhadap air yang dalam (*thalassophobia*) mengaku pernah mengalami kejadian hampir tenggelam semasa kanak-kanak beberapa kali. Responden lain yang memiliki rasa takut berlebihan terhadap kucing, pernah dicakar oleh seekor kucing pada masa kanak-kanak. Hal ini sesuai dengan pernyataan Menzies & Clarke (1995) di mana banyak jenis-jenis fobia menunjukkan karakteristik yang sama terhadap *posttraumatic stress disorder* (PTSD). Sebagai contoh, ketika seseorang pernah digigit oleh seekor anjing pada masa lalu, orang itu akan merespon dengan rasa takut ketika bertemu dengan seekor anjing di kemudian hari. Contoh lain adalah ketika mengalami rasa sakit disuntik saat masih kecil, atau mengalami kecelakaan kendaraan bermotor.

Terapi yang paling umum diberikan untuk menyembuhkan fobia spesifik adalah *systemic desensitization*. Namun terapi ini membutuhkan pasien dipapar dengan objek yang ditakuti. Waktu yang digunakan terdiri dari 4-6 sesi pertemuan (12 untuk fobia yang parah). Pasien dipapar menggunakan objek yang ditakuti dari jarak tertentu, kemudian didekatkan secara bertahap sesuai dengan jumlah sesi pertemuan yang berlangsung. Terapi dihentikan saat tujuan terapeutic akhirnya tercapai, bukan ketika pasien merasa fobianya sudah hilang. (McLeod S. A., 2008). Jika jadwal yang digunakan adalah dua sesi pertemuan setiap minggu, keseluruhan terapi akan selesai kira-kira dalam waktu 3,5 minggu (Raymond Lloyd Richmond, 2013)

Penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya oleh Anwar, Zainul; dan Niagara, Siska Triana, (2011) bahwa terapi SEFT mampu menurunkan ketakutan yang berlebihan secara signifikan pada penderita gangguan fobia spesifik. Penurunan level kecemasan atau ketakutan berdasarkan SUDS selama pemberian terapi sangat signifikan dan terdapat perubahan reaksi fisiologis dan respon pada perilaku subyek.

SEFT merupakan metode terapi yang dikembangkan dari terapi EFT. Perbedaan utamanya terletak pada sisi religiusitas di mana SEFT menggunakan aspek spiritual dalam metode terapinya.

Terapi lain yang dapat digunakan untuk mengobati fobia adalah *Cognitive-behavioral therapy* (CBT). CBT merupakan intervensi psycho-sosial dan merupakan terapi yang secara *evidence-based* paling banyak digunakan untuk meningkatkan kesehatan mental (Field TA, 2015). CBT berfokus pada perkembangan cara masing-masing orang dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapi dan mengubah alur yang tidak bermanfaat pada kognisi (co: pikiran, kepercayaan, sikap), kebiasaan, dan regulasi emosi. Pada awalnya CBT digunakan untuk mengatasi depresi tetapi pada saat ini sudah digunakan untuk sejumlah kelainan mental lainnya (McKay D, 2015). CBT berbeda dari *psychotherapy* yang berdasar pada pendekatan masa lalu, seperti pendekatan *psychoanalytic* dimana terapis mencari makna dibalik alam bawah sadar dan kemudian menentukan diagnosis. Sebagai gantinya, CBT merupakan bentuk terapi yang berfokus pada masalah dan berorientasi pada tindakan, yang berarti bahwa CBT digunakan untuk menyembuhkan masalah yang ada pada kelainan

mental yang telah didiagnosis secara spesifik. Peran dari terapis adalah untuk membantu klien dalam menemukan dan melatih strategi yang efektif untuk mengurangi gejala dari penyakit dan hal gejala tersebut dapat dikurangi dengan mengajarkan ketrampilan baru dalam memproses informasi dan *coping mechanisms* (C, 1996).

Konsep dasar pada beberapa pengobatan CBT dalam menangani kecemasan adalah *in vivo exposure*. *Exposure therapy* dilakukan dengan cara memaparkan pasien kepada sumber dari kecemasan tanpa dibarengi niat untuk membahayakan pasien. Dengan melakukan hal tersebut, dianggap dapat membantu pasien melawan kecemasan yang dialami (Joseph & Gray, 2008). Ini berarti pasien akan dipaparkan oleh objek, situasi, atau aktifitas yang ditakuti secara langsung. Sebagai contoh, seorang wanita yang dengan PTSD yang takut pada suatu tempat dimana dia pernah diserang di sana akan dibantu oleh terapis datang ke tempat itu lagi dan secara langsung menghadapi rasa takutnya (Association A. P.)

Terapi CBT pada umumnya melakukan pertemuan secara empat mata antara pasien dengan terapis, terdiri dari 6-18 sesi pertemuan yang berlangsung sekitar satu jam setiap sesi dengan jarak antar pertemuan selama 1-3 minggu. Program pertemuan ini dapat diberikan sesi tambahan yang dilakukan setelah pertemuan bulan pertama dan pertemuan bulan ketiga (Excellence, 2008). Terapi ini membutuhkan sebuah *goal* di mana keberhasilannya ditentukan dengan memberikan "PR" kepada pasien untuk dikerjakan sebelum sesi pertemuan selanjutnya dijalankan. PR ini bisa merupakan sebuah hal sederhana seperti

pasien yang mengalami depresi menghadiri suatu acara sosial, dan dari situ dapat diketahui seberapa besar pasien keinginan untuk sembuh. Dari situ terapis dapat menentukan langkah apa yang selanjutnya harus dilakukan. CBT yang efektif sangat bergantung pada hubungan terapeutik antara terapis dengan pasien (Bender, 2003).

Pada data penelitian dapat dilihat bahwa terdapat penurunan tingkat kecemasan berdasarkan skor SUDS setelah subjek diberi terapi SEFT. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Martha M.Salas MA, 2011), di mana pada penelitian tersebut dapat menurunkan skor SUDS subjek terhadap fobia spesifik secara signifikan ($p=0,002$) menggunakan EFT. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Kartika, 2008), SEFT dapat digunakan untuk mengurangi emosi negatif pada penderita *skizophrenia paranoid* sehingga penderita memiliki perilaku yang lebih adaptif. Terapi SEFT disisi lain juga dapat meningkatkan kecerdasan spiritual pada remaja (Hidayati, 2009).

Aliran energi tubuh yang terganggu dapat dipicu oleh kenangan masa lalu, trauma, proses belajar yang salah dan akan tersimpan di dalam alam bawah sadar. Hal-hal tersebut dapat membuat emosi menjadi kacau, mulai dari yang ringan seperti *bad mood*, malas dan tidak termotivasi melakukan sesuatu, hingga yang berat seperti PTSD, depresi akut, fobia, kecemasan berlebihan dan stress berkepanjangan. Semua ini disebabkan terganggunya sistem energi tubuh, oleh karena itu untuk mengatasinya dengan menetralkan kembali gangguan energi itu melalui SEFT (Zainuddin A. F., 2009).

Sepanjang terapi SEFT terdapat proses relaksasi dan hal ini sangat membantu subyek. Sebagaimana hasil penelitian Jacobson dan Wolpe menunjukkan bahwa relaksasi dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan (Prawitasari, 2002). Pada waktu orang mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem saraf simpatetis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatetis. Dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang dan rasa cemas, sehingga timbul *counter conditioning* dan penghilangan (Bellak dan Hersen, 1977; Prawitasari, dkk, 2002).

Selain adanya proses relaksasi yang mampu mengurangi ketegangan subyek, terapi SEFT juga melakukan afirmasi spiritual, yaitu terdapat pada tahap *tune in* dengan mengucapkan kalimat doa, kepasrahan dan keikhlasan kepada Tuhannya dan afirmasi kalimat ikhlas dan pasrah diucapkan beberapa kali sebagai penegasan dan penguatan atas ketidakberdayaannya dan selanjutnya menyerahkan sepenuhnya kepada Yang Maha Kuasa (Zainuddin A. F., SEFT, 2012), hal ini mampu merubah keyakinan subyek selama ini sehingga subyek lebih adaptif pada objek fobianya. Dengan demikian, terapi yang mengombinasikan antara spiritualitas (melalui doa, keikhlasan, dan kepasrahan) dan *energy psychology* cukup efektif untuk menetralsir emosi negatif sehingga subyek lebih adaptif terhadap objek fobianya.