

**EVALUASI PEMERIKSAAN PSIKOMETRI PADA TATALAKSANA AWAL
GANGGUAN CEMAS MENYELURUH DENGAN GANGGUAN DEPRESIF
BERULANG: SEBUAH LAPORAN KASUS**

I PUTU RISDIANTO EKA PUTRA¹, MARIANTO², LUH PUTU FEBY SRIANDARI³

KSM Psikiatri, RSD Mangusada, Bali¹, PPDS-1 Program Studi Spesialis Kedokteran Jiwa,
Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar^{2,3}

e-mail: marianto@student.unud.ac.id

ABSTRAK

Laporan kasus ini membahas seorang pasien perempuan berusia 32 tahun yang mengalami gangguan cemas menyeluruh dan gangguan depresif berulang, episode kini berat tanpa gejala psikotik. Pasien datang dengan keluhan kecemasan berlebihan yang telah berlangsung selama tiga tahun dan semakin memburuk dalam tiga bulan terakhir, disertai keluhan fisik seperti nyeri ulu hati, berdebar-debar, dan sering merasa akan pingsan. Selain kecemasan, pasien juga mengalami gejala depresi seperti perasaan sedih, mudah lelah, gangguan tidur, dan kehilangan minat terhadap aktivitas sehari-hari. Hasil pemeriksaan status mental menunjukkan adanya mood cemas dan sedih dengan preokupasi terhadap masalah kesehatan. Penilaian psikodinamik mengidentifikasi adanya mekanisme pertahanan ego seperti represi dan somatisasi yang berkaitan dengan pengalaman traumatis masa lalu serta pola asuh yang ketat. Formulasi diagnostik mengarah pada diagnosis utama gangguan cemas menyeluruh dan gangguan depresif berulang, dengan faktor kepribadian anankastik dan cemas menghindar yang mendukung gejala klinis pasien. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi farmakoterapi dengan sertraline, clobazam, dan risperidone, serta intervensi non-farmakologis berupa psikoedukasi, psikoterapi suportif, relaksasi, dan psikoterapi psikodinamik. Terapi keluarga juga diterapkan untuk meningkatkan dukungan dari suami dan keluarga. Prognosis pasien bersifat dubia ad bonam, dengan faktor pemberat berupa mekanisme pertahanan ego imatur dan dukungan keluarga yang kurang optimal. Laporan ini menyoroti pentingnya pendekatan holistik dalam manajemen gangguan cemas dan depresi yang melibatkan psikoterapi dan dukungan keluarga selain terapi farmakologi.

Kata kunci: Gangguan cemas menyeluruh, gangguan depresif berulang, psikoterapi psikodinamik, mekanisme pertahanan ego

ABSTRACT

This case report discusses a 32-year-old female patient who presented with generalized anxiety disorder and recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms. The patient presented with complaints of excessive anxiety that had persisted for three years and had worsened in the last three months, accompanied by physical complaints such as heartburn, palpitations, and frequent feelings of fainting. In addition to anxiety, the patient also experienced depressive symptoms such as feelings of sadness, fatigue, sleep disturbances, and loss of interest in daily activities. The results of the mental status examination showed an anxious and sad mood with preoccupation with health problems. Psychodynamic assessment identified the presence of ego defense mechanisms such as repression and somatization related to past traumatic experiences and strict parenting. The diagnostic formulation led to a primary diagnosis of generalized anxiety disorder and recurrent depressive disorder, with anankastic and anxious-avoidant personality factors supporting the patient's clinical symptoms. The management provided included pharmacotherapy with sertraline, clobazam, and risperidone, as well as non-pharmacological interventions in the form of psychoeducation, supportive

Online Journal System: <https://jurnalp4i.com/index.php/healthy>

psychotherapy, relaxation, and psychodynamic psychotherapy. Family therapy was also applied to increase support from the husband and family. The patient's prognosis was *dubia ad bonam*, with aggravating factors in the form of immature ego defense mechanisms and less than optimal family support. This report highlights the importance of a holistic approach in the management of anxiety and depressive disorders involving psychotherapy and family support in addition to pharmacological therapy.

Keywords: Generalized anxiety disorder, recurrent depressive disorder, psychodynamic psychotherapy, ego defense mechanisms

PENDAHULUAN

Komorbiditas depresi dan gangguan cemas merupakan hal yang sering terjadi. Gangguan cemas menyeluruh (GCM) ditandai dengan kekhawatiran berlebihan yang mengambang atau “free-floating” dan berlangsung lama, sering kali menyebabkan penderitaan signifikan serta hendaya dalam berbagai aspek kehidupan. Gejala kecemasan dapat mencakup ketegangan motorik, overaktivitas sistem otonom, serta ketidakmampuan untuk mengendalikan kekhawatiran yang intens. Sementara itu, gangguan depresif berulang ditandai oleh episode depresi berat yang datang secara berulang, mengganggu kemampuan individu untuk berfungsi dan berdampak pada kualitas hidup. (APA, 2010; Redayani, 2010)

Pasien dengan GCM dan depresi sering kali menunjukkan komorbiditas yang memperberat gejala klinis, dengan gejala somatik seperti nyeri, mual, dan gangguan tidur yang kerap kali mengarahkan mereka ke layanan medis umum sebelum mendapatkan penanganan psikiatri. Pada kasus ini, kondisi gangguan cemas dan depresif pasien berkaitan erat dengan faktor-faktor psikososial dan dinamika psikologis yang kompleks, termasuk trauma masa lalu, pola asuh otoriter, serta konflik interpersonal yang tidak terselesaikan. Mekanisme pertahanan ego yang imatur, seperti represi dan somatisasi, memperkuat dan mempersulit pengelolaan gejala klinis pasien. (Amir, 2013; APA, 2010).

Pemeriksaan psikometri digunakan untuk membantu mendiagnosis dan mengobati gangguan mental dengan menilai pikiran, perasaan, dan pola perilaku seseorang. Pemeriksaan psikometri pada kasus ini dapat membantu diagnostik hingga evaluasi (Amir, 2013; Kaplan & Sadock, 2010; APA, 2010) sehingga dapat dilakukan penatalaksanaan gangguan tersebut.

Laporan kasus ini menampilkan seorang perempuan 32 tahun dengan gangguan cemas menyeluruh dan gangguan depresif berulang yang dilakukan pemeriksaan sehingga dilakukan pendekatan holistik yang mencakup terapi farmakologis tetapi juga intervensi psikoterapi dan dukungan keluarga. Tatalaksana kasus ini juga mencakup psikoterapi psikodinamik, psikoedukasi, serta terapi keluarga adalah komponen penting yang dapat membantu pasien memahami akar psikologis dari kecemasan dan depresinya, serta memperkuat dukungan dari keluarga yang berdampak besar pada prognosis. (Nurmiati, 2010; Sadock, Sadock and Ruiz, 2015).

Hasil dari penilaian psikometri ini sangat membantu bagi dokter dan terapis. Informasi tersebut dapat menunjukkan kekuatan dan tantangan mental seseorang, serta bagaimana seseorang dapat menangani stres dan berinteraksi dengan orang lain, sehingga tenaga medis dapat menawarkan dukungan yang lebih personal dan efektif. (Amir, 2013; Kaplan & Sadock, 2010; APA, 2010).

LAPORAN KASUS

Penulisan laporan kasus ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif melalui metode studi kasus untuk memahami dan menganalisis kondisi pasien dengan GCM dan gangguan depresif berulang. Data diperoleh melalui beberapa tahapan berikut:

1. Pengumpulan Data Anamnesis

Anamnesis dilakukan dengan teknik autoanamnesis langsung dari pasien dan heteroanamnesis dari suami pasien. Data yang dikumpulkan meliputi riwayat psikiatri, keluhan utama, riwayat gangguan saat ini, riwayat gangguan psikiatri dan medis sebelumnya, riwayat keluarga, serta latar belakang pribadi pasien. Pengumpulan data dilakukan secara mendalam untuk mendapatkan gambaran lengkap tentang kondisi psikologis, sosial, dan biologis pasien.

2. Pemeriksaan Status Mental dan Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan status mental dilaksanakan untuk menilai berbagai aspek psikologis pasien, termasuk penampilan, perilaku, mood, afek, proses pikir, serta orientasi kognitif. Pemeriksaan fisik dan neurologis dilakukan untuk mengevaluasi kondisi kesehatan umum dan mengecualikan kemungkinan gangguan medis yang dapat memengaruhi kondisi mental pasien.

3. Pemeriksaan Penunjang Psikometri

Beberapa tes psikometri dilakukan untuk menilai tingkat kecemasan dan depresi, antara lain *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI), dan *Young Mania Rating Scale* (YMRS). Tes tambahan, seperti *Yale Brown OCD Scale* (YBOCS), juga diterapkan untuk mendeteksi kemungkinan adanya gejala obsesif-kompulsif. Hasil tes psikometri dianalisis untuk mengukur tingkat keparahan gejala pasien.

4. Formulasi Diagnostik dan Psikodinamik

Formulasi diagnostik dilakukan sesuai dengan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III) untuk memastikan diagnosis utama dan diagnosis banding. Pendekatan psikodinamik digunakan untuk memahami faktor psikologis yang mendasari kecemasan dan depresi pasien, melibatkan analisis pola asuh, mekanisme pertahanan ego, dan pengalaman masa lalu yang berpotensi memengaruhi kondisi mental saat ini.

5. Intervensi dan Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien meliputi pendekatan farmakoterapi dengan pemberian obat-obatan, yaitu sertraline, clobazam, dan risperidone. Intervensi non-farmakologis meliputi psikoedukasi, terapi suportif, terapi relaksasi, dan psikoterapi psikodinamik. Terapi keluarga juga diterapkan untuk memberikan dukungan pada keluarga pasien dalam menangani gangguan psikiatri ini. Setiap intervensi disesuaikan dengan kondisi dan respons pasien untuk meningkatkan hasil terapi secara holistik.

6. Evaluasi dan Prognosis

Evaluasi dilakukan melalui pemantauan respons pasien terhadap pengobatan dan psikoterapi secara berkala. Tingkat keparahan gejala serta dukungan keluarga dievaluasi untuk menentukan prognosis, yang disusun berdasarkan faktor-faktor meringankan dan memberatkan kondisi pasien.

Metodologi ini memungkinkan pengumpulan data yang komprehensif dan analisis yang mendalam, sehingga dapat menghasilkan laporan kasus yang informatif dan bermanfaat dalam penatalaksanaan pasien dengan komorbiditas gangguan cemas dan depresi.

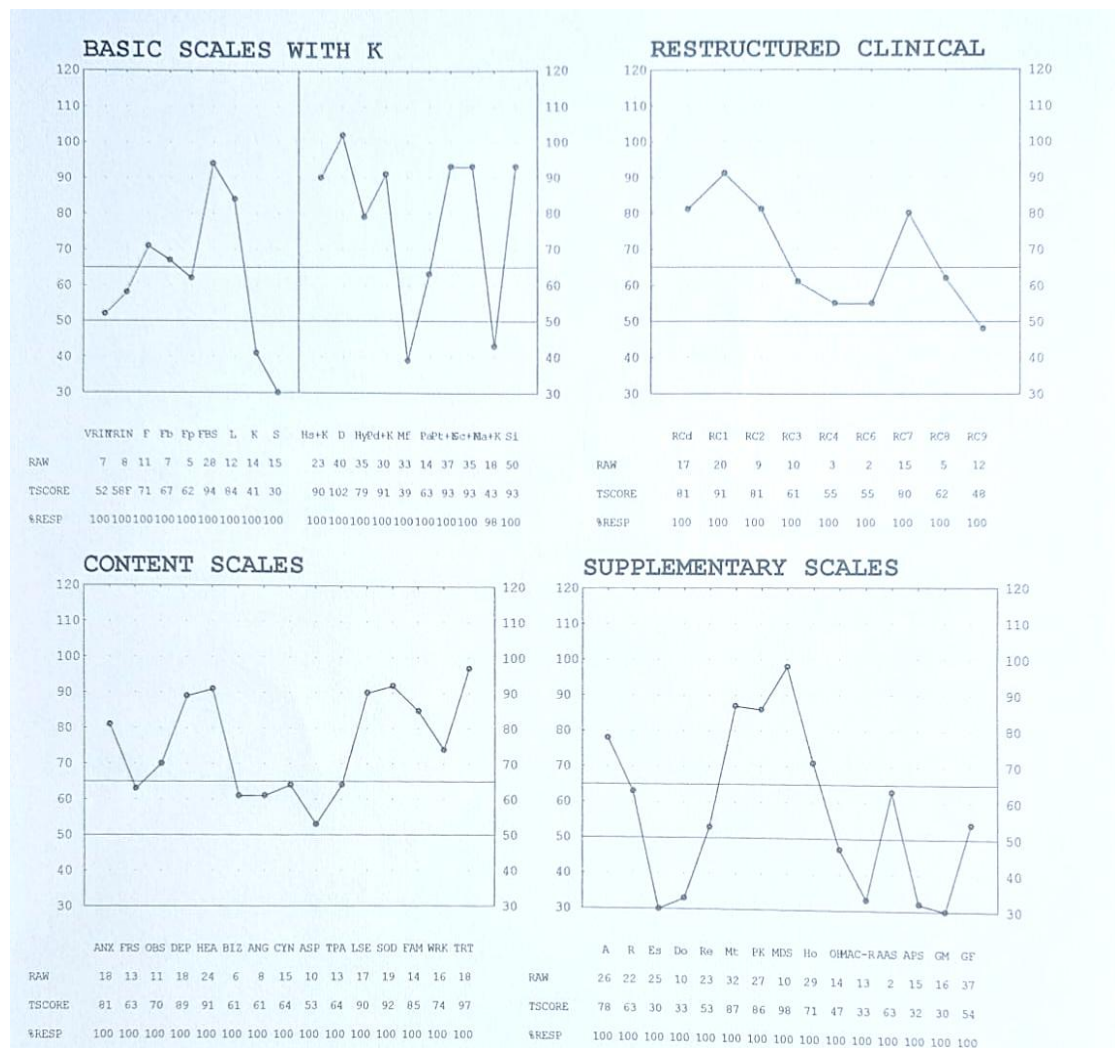
HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Perempuan berusia 32 tahun datang ke Poliklinik Jiwa dikonsulkan dari bagian Penyakit Dalam karena kecemasan berlebihan yang sudah berlangsung selama tiga tahun dan semakin berat dalam tiga bulan terakhir. Keluhan ini disertai gejala fisik seperti nyeri ulu hati, berdebar-debar, leher tegang, serta perasaan sering akan pingsan. Selain itu, pasien mengalami gejala

depresi seperti perasaan sedih yang berulang, mudah lelah, gangguan tidur, serta penurunan minat pada aktivitas sehari-hari. Pasien memiliki riwayat trauma masa kecil dimana terjadi kekerasan fisik dan verbal sampai pernah terjadi kekerasan seksual. Kedua orang tua pasien juga telah menikah dan bercerai hingga tiga kali, yang berkontribusi terhadap pembentukan karakter saat ini. Pasien telah mengalami gejala depresi beberapa kali sebelumnya hingga pernah mengakhiri hidup. Pasien sempat membaik sebelumnya tanpa pengobatan.

Hasil pemeriksaan status mental menunjukkan bahwa pasien tampak cemas, dengan mood cemas dan sedih yang sesuai antara *mood* dan afek. Pasien memiliki preokupasi terhadap kesehatan dan mengalami insomnia tipe campuran. Tes psikometri didapatkan BDI menunjukkan skor 31 (depresi berat), BAI menunjukkan skor 45 (kecemasan berat), YBOCS didapatkan 22 skor sedang. Pemeriksaan *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) menunjukkan tingkat kecemasan dan depresi pasien yang tinggi disertai kecemasan pasien terhadap kesehatan dirinya. Hal ini selaras dengan apa yang dikeluhkan pasien. Pasien dapat melakukan pemeriksaan tekanan darah berulang kali dalam sehari.



Gambar 1. Hasil MMPI Pasien

Diagnosis pasien adalah gangguan cemas menyeluruh dan gangguan depresif berulang, episode kini berat tanpa gejala psikotik, dengan ciri kepribadian anankastik dan cemas menghindar. Penatalaksanaan meliputi sertraline 50 miligram tiap 24 jam intraoral pagi, Copyright (c) 2024 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan

clobazam 10 miligram tiap 12 jam intraoral malam, dan risperidone 0.5 miligram tiap 24 jam intraoral malam, serta psikoterapi psikodinamik, psikoedukasi, dan terapi relaksasi. Psikoterapi keluarga juga diberikan untuk meningkatkan dukungan suami.

Pembahasan

Gangguan cemas menyeluruh (GCM) dan gangguan depresif berulang adalah dua gangguan yang sering muncul bersamaan, saling memperburuk kondisi klinis pasien. Pada kasus ini, pasien menunjukkan kecemasan yang intens dengan gejala somatik, sesuai dengan gejala GCM yang sering kali mengambang (*free-floating*) dan mencakup ketegangan motorik serta hiperaktivitas sistem otonom. Gejala depresi yang menyertai, seperti kehilangan minat, perasaan sedih, dan kelelahan, menunjukkan bahwa pasien memenuhi kriteria gangguan depresif berulang episode berat. Riwayat trauma masa kecil serta pola asuh yang otoriter turut berkontribusi pada pola kecemasan dan gangguan afektif pada pasien. (Amir, 2013; Kaplan & Sadock, 2010; APA, 2010).

Menurut teori diatesis-stres, kecenderungan genetik pasien terhadap kecemasan dipicu oleh faktor lingkungan yang menekan, seperti pola asuh keras, trauma kekerasan fisik dan seksual, serta konflik interpersonal. Mekanisme pertahanan ego imatur yang dominan pada pasien, yaitu represi, displacement, dan somatisasi, mengindikasikan bahwa pasien cenderung menekan emosi negatif ke dalam alam bawah sadar dan memanifestasikannya melalui gejala fisik. Hal ini sesuai dengan karakter anankastik pada pasien, yang sering ditandai oleh kecenderungan untuk perfeksionisme dan rigiditas dalam menghadapi situasi yang tidak sesuai dengan harapannya. (Maslim, 2001; Sadock, Sadock and Ruiz, 2015).

Pemeriksaan psikometri yang dilakukan pada pasien mengkonfirmasi adanya gangguan kecemasan dan depresif yang terjadi pada pasien. Hal ini juga tergambar dari RC7 pasien yang tinggi. *Ego strength* pada pasien ini sangat lemah, hal ini menunjukkan penatalaksanaan yang perlu dilakukan dengan pendekatan psikoterapi psikodinamik.

Terapi farmakologi menggunakan sertraline sebagai SSRI yang ditujukan untuk mengurangi gejala depresi, serta clobazam untuk mengurangi kecemasan akut. Risperidone diberikan dalam dosis rendah untuk membantu mengurangi kecemasan dan memberikan efek sedatif agar pasien lebih tenang. Psikoterapi psikodinamik menjadi bagian penting dalam intervensi ini, berfokus pada eksplorasi konflik psikologis masa lalu dan meningkatkan kesadaran pasien terhadap mekanisme pertahanan ego yang maladaptif. Psikoedukasi juga dilakukan untuk membantu pasien dan keluarga memahami penyakit dan pentingnya pengobatan. (Kessler et al, 2005; Loosen and Shelton, 2019).

Dukungan keluarga, terutama dari suami, sangat penting bagi prognosis pasien. Psikoterapi keluarga membantu keluarga memahami kebutuhan pasien dan berpartisipasi dalam perawatan yang lebih efektif. Hal ini penting mengingat faktor lingkungan, termasuk konflik interpersonal dengan keluarga, merupakan sumber stres yang signifikan bagi pasien. (Atkinson et al, 2002; Gabbard, 2010)

Secara keseluruhan, penatalaksanaan ini diharapkan dapat membantu pasien mengembangkan mekanisme koping yang lebih adaptif, meningkatkan fungsi sehari-hari, serta memperbaiki relasi interpersonal. Prognosis pasien dinilai dubia ad bonam, dengan faktor pemberat berupa kepribadian anankastik dan dukungan keluarga yang terbatas. Dukungan berkelanjutan melalui terapi farmakologi dan psikoterapi berpotensi meningkatkan kualitas hidup pasien. (Frogat, 2006; Sadock, Sadock and Ruiz, 2015).

Hasil dan pembahasan ini memberikan wawasan mengenai keterkaitan antara gejala cemas dan depresi, serta peran intervensi holistik dalam menangani kasus dengan komorbiditas ini.

KESIMPULAN

Laporan ini mempresentasikan seorang perempuan berusia 32 tahun dengan diagnosis gangguan cemas menyeluruh dan gangguan depresif berulang, episode kini berat tanpa gejala psikotik. Kondisi pasien dipengaruhi oleh faktor psikologis, genetik, dan lingkungan, termasuk riwayat trauma masa kecil serta pola asuh yang ketat, yang berkontribusi pada pembentukan kepribadian anankastik dan kecemasan berlebihan. (Jeffrey Akaka et al., 2013).

Penatalaksanaan kasus ini dimulai dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik diikuti dengan pemeriksaan psikometri sehingga pada pasien pendekatan komprehensif yang mencakup terapi farmakologi dengan sertraline, clobazam, dan risperidone untuk mengendalikan gejala cemas dan depresi, serta intervensi psikoterapi psikodinamik yang berfokus pada eksplorasi konflik psikologis masa lalu. Psikoedukasi dan terapi keluarga juga diterapkan untuk memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarganya tentang pentingnya dukungan dan penanganan yang berkesinambungan. (Amir, 2013; Kaplan & Sadock, 2010; APA, 2010; Loosen and Shelton, 2019).

Dukungan keluarga dan intervensi psikososial merupakan komponen penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi risiko kekambuhan. Prognosis pasien dinilai dubia ad bonam, dengan faktor-faktor seperti mekanisme pertahanan ego imatur dan keterbatasan dukungan keluarga yang mempengaruhi hasil jangka panjang. Melalui pengelolaan yang holistik dan dukungan yang berkelanjutan, diharapkan pasien dapat mencapai stabilitas emosional yang lebih baik dan meningkatkan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. (Amir, 2013; Kaplan & Sadock, 2010; APA, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder second edition*. New York: American Psychiatric Association.
- Amir, N. (2013). *Gangguan Kecemasan: Teori dan Penanganannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Atkinson RL, Atkinson R, Smith, Edward. (2002). *Hilgard's introduction to psychology*. New York: Harcourt College Publishers.
- Fava, A. G., Rafaelli, C., Tossani, E., & Grandi, S. (2008). *Agoraphobia is a disease: A tribute to Sir Martin Roth*. *Journal of Psychotherapy and psychosomatics*, 77(3), 133-138. <https://doi.org/10.1159/000116606>
- Frogat, W. (2006). *A brief introduction to Cognitive Behavior Therapy*. New Zealand.
- Gabbard, G.O. (2010). *Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2010). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication*. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Loosen, P. T., & Shelton, R. C. (2019). *Mood Disorders: Clinical Treatment and Research Advances*. New York: Oxford University Press.
- Maslim R. (2001). *Diagnosis gangguan jiwa: rujukan ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian

