

Gambaran Klinik dan Psikofarmaka pada Penderita Gangguan Kecemasan

Yusuf Alam Romadhon

Dokter PTT Puskesmas Kartasura II Kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah

ABSTRAK

Dari aspek klinik kecemasan dapat dijumpai pada orang dengan stres normal; pada orang dengan sakit fisik berat, lama dan kronis; pada penderita gangguan psikiatri berat atau merupakan gangguan yang berdiri sendiri. Dikenal 5 jenis gangguan kecemasan, yaitu 1) gangguan panik, 2) gangguan cemas umum, 3) gangguan fobik, 4) gangguan obsesif kompulsif dan 5) gangguan stress pasca trauma.

Untuk penyembuhan dengan baik dan mencegah ketergantungan obat anxiolitik diberikan terapi kombinasi yaitu psikoterapi dan psikofarmaka. Pendekatan psikofarmaka adalah dengan obat-obatan anxiolitik yang meliputi tranquilizer minor baik golongan benzodiazepin maupun non benzodiazepin, hipnotik, antidepresan trisiklik, monoamin inhibitor (MAOI), serotonin reuptake inhibitor (SRI) dan specific serotone reuptake inhibitor (SSRI).

Kata kunci: gangguan kecemasan - gambaran klinik - psikofarmaka

PENDAHULUAN

Istilah kecemasan dalam psikiatri muncul untuk merujuk suatu respons mental dan fisik terhadap situasi yang menakutkan dan mengancam. Secara mendasar lebih merupakan respons fisiologis ketimbang respons patologis terhadap ancaman. Sehingga orang cemas tidaklah harus abnormal dalam perilaku mereka, bahkan kecemasan merupakan respons yang sangat diperlukan. Ia berperan untuk menyiapkan orang untuk menghadapi ancaman (baik fisik maupun psikologik).⁽³⁾

Perasaan cemas atau sedih yang berlangsung sesaat adalah normal dan hampir semua orang pernah mengalaminya. Cemas pada umumnya terjadi sebagai reaksi sementara terhadap stress kehidupan sehari-hari.⁽⁹⁾

Bila cemas menjadi begitu besar atau sering seperti yang disebabkan oleh tekanan ekonomi yang berkepanjangan, penyakit kronik dan serius atau permasalahan keluarga maka

akan berlangsung lama; kecemasan yang berkepanjangan sering menjadi patologis. Ia menghasilkan serombongan gejala-gejala hiperaktivitas otonom yang mengenai sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler, gastrointestinal dan bahkan genitourinarius (**Tabel 1**). Respons kecemasan yang berkepanjangan ini sering diberi istilah gangguan kecemasan, dan ini merupakan penyakit.^(1,3,9)

Dari aspek klinik kecemasan dapat dijumpai pada orang yang menderita stress normal; pada orang yang menderita sakit fisik berat, lama dan kronis; pada orang dengan gangguan psikiatri berat (skizofrenia, gangguan bipolar dan depresi); dan pada segolongan penyakit yang berdiri sendiri yang dinamakan gangguan kecemasan.^(1,10) Yang dibahas di sini adalah kelompok terakhir yang terdiri dari 5 macam yaitu: 1) gangguan panik, dengan ciri munculnya mendadak tanpa faktor pencetus; 2) gangguan cemas umum, yaitu kecemasan

yang diderita bersifat mengambang bebas dan berlangsung menahun (kronik); 3) gangguan fobik yaitu kecemasan atau ketakutan terhadap situasi atau obyek tertentu (spesifik); 4) gangguan obsesif kompulsif, yaitu kecemasan yang mendorong penderita secara menetap untuk mengulangi pikiran atau perilaku tertentu dan; 5) gangguan stress pasca trauma yaitu kecemasan yang timbul setelah penderita mengalami peristiwa yang sangat menegangkan.⁽¹⁾

PREVALENSI GANGGUAN KECEMASAN

Survai terkini di Amerika (1996) melaporkan bahwa 15 - 33% pasien yang datang berobat ke dokter non psikiater merupakan pasien dengan gangguan mental.⁽¹⁾ Dari jumlah tersebut minimal sepertiganya menderita gangguan kecemasan.⁽¹⁾ Di Indonesia penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kecamatan Tambora Jakarta Barat tahun 1984 menunjukkan bahwa di puskesmas jumlah gangguan kesehatan jiwa yang sering muncul sebagai gangguan fisik adalah 28,73% untuk dewasa dan 34,39% untuk anak.⁽⁵⁾

DIAGNOSIS GANGGUAN KECEMASAN

Dalam makalah ini yang akan dibicarakan adalah diagnosis praktis. Pendekatan ini dianjurkan untuk dipakai oleh para dokter umum yang mempunyai banyak pasien dalam praktek medis sehari-hari.⁽¹⁾

Dari anamnesis dan pemeriksaan pasien dapat ditegakkan diagnosis kerja (secara cepat) untuk gangguan kecemasan apabila didapatkan keluhan baik somatik (fisik) maupun psikologis dan kognitif serta tanda-tanda obyektif kecemasan.^(1,3) Keluhan-keluhan dan tanda-tanda obyektif yang sering didapatkan dalam praktek medis sehari-hari yang merujuk pada gangguan kecemasan adalah sebagai berikut (**Tabel 1**).⁽¹⁻³⁾

Tabel 1. Keluhan dan Tanda Obyektif dari Gangguan Kecemasan^(1,3)

<p>Keluhan Kognitif dan Psikologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan cemas, khawatir, was-was - Ragu-ragu untuk bertindak atau memutuskan sesuatu, takut salah. - Perasaan takut dalam situasi, obyek atau keadaan tertentu (sendirian, gelap, kamar tertutup, berada di ketinggian dsb.) - Tidak enak, gelisah - Takut mati, takut menjadi gila atau pikiran-pikiran yang cenderung negatif baik terhadap diri-sendiri ataupun lingkungan - Merasa tegang - Insomnia, sulit untuk memulai (jatuh) tidur/<i>early insomnia</i> - Mudah terkejut, terlalu waspada - Mudah marah (<i>irritable</i>) - Perasaan cemas tersebut mempengaruhi hampir semua aspek kehidupan penderita sehingga fungsi pertimbangan akal sehat, perasaan dan perilakunya terpengaruhi.
<p>Keluhan Fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurologik dan Vaskuler <ul style="list-style-type: none"> - Sakit kepala, pusing, kepala terasa enteng - Nggluyer (<i>dizziness</i>), seperti mau pingsan - Vertigo (pusing berputar) - Tangan gemetaran - Pandangan kabur - Baal dan kesemutan • Kardiovaskuler

- Palpitasi (berdebar-debar/deg degan : Jawa)
- Nyeri dada, dada terasa panas
- **Respirasi**
 - Nafas pendek
 - Dispnoe (sesak nafas)
 - Hiperventilasi (frekuensi nafas sering)
- **Gastrointestinal**
 - Mulut kering
 - Tenggorokan seperti tercekik; tenggorokan kering
 - Perasaan tidak enak di lambung
 - Nausea dan vomitus (mual dan muntah)
 - Diare
- **Genitourinarius**
 - Sering berkemih
 - Nyeri saat berkemih
 - Ejakulasi prematur
 - Impotensia
- **Sistim Muskuloskeletal**
 - Nyeri otot kepala terutama otot leher
 - Sakit dan nyeri otot
- **Kulit**
 - Keringat berlebihan
 - Telapak tangan dan kaki basah dan terasa dingin

Tanda Obyektif

- Penderita tampak gugup, gelisah, tidak dapat duduk santai
- Suara bergetar, gagap
- Palpitasi
- Hiperventilasi
- Berkeringat banyak atau telapak tangan dan kaki lembab

PSIKOFARMAKOLOGI

Untuk penyembuhan dengan baik pasien dengan gangguan kecemasan adalah kombinasi farmakoterapi (psikofarmaka) dengan psikoterapi. Mengapa kombinasi? Pertimbangannya adalah bahwa psikoterapi mempunyai keunggulan tidak adiktif tetapi kerugiannya lambat dalam efek terapetiknya. Sebaliknya anxiolitik mempunyai keunggulan efek terapetik cepat dalam menurunkan tanda dan gejala kecemasan tetapi mempunyai kerugian resiko adiksi. Dalam terapi kombinasi diberikan obat anxiolitik terlebih dahulu sampai 2 minggu, kemudian dilakukan psikoterapi yang dimulai pada awal minggu kedua di samping obat anxiolitik masih tetap diberikan tetapi secara bertahap diturunkan dosisnya (*tapering off* sampai minggu ke empat pengobatan).⁽¹⁾ Ada juga yang membedakan kasus baru dan lama. Kasus baru diberikan sampai 2 bulan bebas gejala kemudian dilakukan *tapering off* untuk penghentian pengobatan; kasus lama diberikan sampai 6 bulan bebas gejala kemudian dilakukan *tapering off* untuk penghentian pengobatan.⁽⁵⁾ Psikoterapi yang sering digunakan untuk gangguan kecemasan adalah psikoterapi berorientasi *insight*, terapi perilaku, terapi kognitif atau psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek.⁽¹⁾

Obat-obatan yang sering digunakan untuk anxiolitik (mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan kecemasan) adalah golongan benzodiazepin, non-benzodiazepin, anti-depresan: trisiklik, monoamin inhibitor [MAOI], serotonin reuptake inhibitor [SRI], specific serotonin reuptake inhibitor [SSRI]. Mengenai penggolongan (klasifikasi) obat-obat anxiolitik, nama dagang serta dosis terapetiknya dapat dilihat pada **Tabel 2**.

Tabel 2. Klasifikasi Obat Anxiolitik, nama dagang di pasaran dan dosis terapetiknya^(2,5,6,9)

Anxiolitik (tranquilizer minor)		
a. Golongan benzodiazepin		
Chlordiazepoxide	Librium	15 -100
Diazepam	Valium	4 - 80
Lorazepam	Ativan	2 - 10
Bromazepam	Lexotan	2 - 18
Chlorazepate	Tranxene	15
Clobazam	Frisium	20 - 30
Alprazolam	Xanax	0,75 - 4
Clonazepam	Rivotril	0,75 - 8
b. Golongan non-benzodiazepin		
Opipramol	Insidon	50 - 300
Buspiron	Buspar	10 - 60
Hipnotika/antiinsomnia		
a. Khasiat Panjang		
Flurazepam	Dalmadorm	15 - 30
Diazepam	Valium	4 - 80
b. Khasiat Menengah		
Estazolam	Esilgan	1 - 4
Nitrazepam	Mogadon, Dumolid	2,5 - 5
c. Khasiat Pendek		
Triazolam	Halcion	0,125 - 0,25
Lorazepam	Ativan	2 - 10
Antidepresan		
a. Trisiklik		
Amitriptiline	Laroxyl	75 -300
Imipramine	Tofranil	75 - 300
b. Siklik atipik		
Amoxapine	Asendin	200 - 300
Maprotiline	Ludiomil	10 - 225
Mianserine	Tolvon	20 - 60
c. Monoamine Inhibitor (MAOI)		
Moclobemide	Aurorix	30 - 600
d. Serotonin Reuptake Inhibitor (SRI)		
Clomipramine	Anafranil	50 - 150
e. Specific Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)		
Fluoxetine	Prozac	20 - 80
Fluvoxamine	Luvox	50 - 300
Paroxetine	Seroxat	20 - 60
Sertraline	Zoloft	50 - 200

Secara umum obat-obatan di atas efektif untuk terapi gangguan kecemasan, baik tunggal maupun kombinasi tergantung pada kondisi pasien, dan pengalaman dokter terhadap jenis atau golongan obat-obat tersebut.

Untuk gangguan obsesif kompulsif obat yang dikenal efektif adalah clonazepam, SSRI yang meliputi fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine dan sertraline⁽⁸⁾ (Tabel 3).

Tabel 3. Farmakoterapi untuk masing-masing jenis gangguan keemasan^(2,4,6,8)

Jenis Gangguan Kecemasan	Farmakoterapi
Gangguan Panik	Benzodiazepin Antidepresan trisiklik MAOI Buspiron SRI SSRI Farmakoterapi kombinasi untuk pasien membandel atau adanya komorbiditas dengan gangguan lainnya
Gangguan Fobik	Sama
Gangguan Cemas Umum	Sama
Gangguan Stress Pasca Trauma	Sama
Gangguan Obsesif Kompulsif	Clonazepam Fluoxetine Paroxetine Sertraline Fluvoxamine

PROGNOSIS

Dengan kombinasi farmakoterapi dan psikoterapi, anxietas sekarang ini dapat disembuhkan dengan baik. Namun dalam praktek sehari-hari sering pasien diberikan anxiolitik saja dan tanpa kontrol yang ketat. Pada penderita seperti ini maka prognosisnya buruk atau minimal dubia.⁽¹⁾

KEPUSTAKAAN

1. Aris Sudyanto. Aspek Klinik Gangguan Kecemasan. Simposium Nasional Awareness Anxiety Program. 5 Agustus 2000.
2. Biederman J. Psychopharmacology. In Wiener JM, editor. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry 1st ed.* American Psychiatric Press, 1991; pp. 550, 552, 557.
3. Deva MP. Presentation and Management of Anxiety Disorder in Family Practice. Medical Progress January, 2001 pp. 16-20.
4. Dirjen Yanmed, Depkes RI. Pedoman penatalaksanaan Kedaruratan Psikiatri untuk RSU kelas C dan D. 1998; hal. 18-21.
5. Dirjen Yanmed, Depkes RI. Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Umum. 1995. hal. 2-3; 29; 65-6.
6. Joyce PR. Serotonine Reuptake Inhibitor A New Class of Anti-depressants. Medical Progress. (June) 1993; pp. 11 -4.
7. Menkes DB. Antidepressant Drugs. Medical Progress. July, 1992; 17-8.
8. Park T, et al. Obsessive Compulsive Disorder Treatment Option Medical Progress (November) 1997; pp. 37-42.
9. Trisulo Wasyanto. Gangguan Cemas pada Penyakit Jantung. Simposium Nasional Awareness Anxiety Program. 5 Agustus 2000.
10. Yul Iskandar. Aspek Biologik dari Anxietas. Simposium Nasional Awareness Anxiety Program. 5 Agustus 2000.

The word that is heard perishes, the letter that is written remains