

## Jurnal Ilmiah

## PSIKOLOGI

## DAFTAR ISI

MENONJOLNYA KATEGORISASI AGAMA DALAM KEMAJEMUKAN MASYARAKAT INDONESIA <b>Rayini Dahesih Sari, Juliana Murniati, Hoesael Weluyo Erian</b>	105
SIFAT KEPERIBADIAN DAN STRES PSIKOLOGIS PADA MAHASISWA UNIVERSITAS INDONESIA <b>Devina Megawanti, Augustine D. Sukarlan, Sherly Saragih Turnip</b>	118
KECENDERUNGAN TIPE CINTA EROS DAN LUDUS SERTA ORIENTASI SOSIOSEKSUAL GLOBAL PADA PRIA HETEROSEKSUAL LAJANG <b>Wahyu Rahardjo</b>	125
HARGA DIRI SEBAGAI MODERATOR PADA HUBUNGAN KESEPIAN DAN ADIKSI INTERNET PADA REMAJA <b>Bonar Hutapea</b>	137
POLA KENAKALAN PENYALAHGUNA NAPZA <b>Eny Purwandari, Nisa Rahma Nur Anganthi, Yadi Purwanto</b>	149
INDONESIAN VERSION OF THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE: CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION <b>Indah S. Hutauruk</b>	160
PELATIHAN KETERAMPILAN PENYELESAIAN MASALAH UNTUK MENURUNKAN DEPRESI PADA REMAJA PEREMPUAN DENGAN ORANG TUA YANG MENIKAH KEMBALI <b>Trida Cynthia, Anita Zulkaida</b>	167
IDENTIFIKASI KEBUTUHAN INFORMASI SEKSUAL PADA REMAJA <b>Sri Lestari, Suparno, Yudhi Satria Restu</b>	180
COLLECTIVE MEMORIES OF WEST-SUMATRAN EARTHQUAKE AND THEIR RELATION TO COMMUNITY RESILIENCE <b>Dona Eka Putri</b>	189
ILMU JIWA MENURUT KI AGENG SURYOMENTARAM: KAJIAN FILOSOFIS-PRAKSIS <b>Selu Margaretha Kushendrawati</b>	196
PENGETAHUAN KOMPUTER DAN EFIKASI DIRI PENGGUNAAN KOMPUTER PADA MAHASISWA <b>Fitrianingsih, Quroyzhin Kartika Rini</b>	208
TERAPI PERILAKU UNTUK FOBIA LIFT <b>Nanik, Vensi Anita Ria Gunawinata</b>	215

**SUSUNAN REDAKSI**  
**JURNAL PENELITIAN ILMIAH PSIKOLOGI**  
**UNIVERSITAS GUNADARMA**

**Penasehat/Pembina**

Prof. E.S. Margianti, S.E., M.M.  
Prof. Suryadi H.S., S.Si., M.M.S.I.  
Drs. Agus Sumin, M.M.S.I

**Pemimpin Umum/Penanggung Jawab**

Dr. Ir. Hotniar Siringoringo, M.Sc.

**Dewan Penyunting**

Prof. Dr. Dali S. Naga (Universitas Tarumanegara)  
Dr. Seto Mulyadi (Universitas Gunadarma)  
Prof. Dr. A.M. Heru Basuki, M.Psi. (Universitas Gundarma)  
Drs. Fathul Himam, M.Si., MA., Ph.D. (Universitas Gadjah Mada Yogyakarta)  
Felix Lengkong, Ph.D. (Universitas Katolik Atma Jaya Jakarta)  
Dr. Arie Arumwardhani (Universitas 17 Agustus Surabaya)  
Dr. Moordiningsih Moertedjo (Universitas Muhammadiyah Surakarta)  
Dra. Lieke E.M. Waluyo, M.Sc.,Eng., Ph.L. (Universitas Gunadarma)  
Dra. M.M. Nilam Widyarini, M.Si. (Universitas Gunadarma)  
Rita Eka Izzaty, S.Psi., M.Si. (Universitas Negeri Yogyakarta)  
Eko A. Meinarno, S.Psi., M.Si. (Universitas Indonesia)

**Penyunting Pelaksana**

Wahyu Rahardjo, S.Psi., M.Si.  
Dr. Jakobus Belida Blikololong

**Layout**

Fitrianingsih, Skom., M.M.S.I  
Wira Adi Putra., ST

**Alamat Redaksi**

Lembaga Penelitian  
Universitas Gunadarma  
Jl. Margonda Raya No. 100 Depok 16424  
Email: psikologi@gunadarma.ac.id

TERAKREDITASI  
SK NO 64a/DIKTI/Kep/2010

## **JURNAL ILMIAH PSIKOLOGI**

ISSN : 2086-3047

Jurnal Ilmiah Psikologi diterbitkan secara berkala dua kali dalam setahun, yaitu bulan Juni dan Desember. Jurnal Ilmiah Psikologi berisi artikel ilmiah tentang psikologi yang meliputi psikologi klinis, psikologi industri dan organisasi, psikologi sosial, psikologi perkembangan, psikologi pendidikan, dan psikometri yang ditulis dalam bahasa Indonesia maupun bahasa Inggris.

Jurnal Ilmiah Psikologi diterbitkan oleh Lembaga Penelitian universitas Gunadarma dan diharapkan dapat mendukung perkembangan ilmu psikologi, Redaksi mengundang para profesional dari dunia usaha, pendidikan, dan penelitian untuk berpartisipasi mendukung perkembangan ilmu tersebut dengan mengirimkan artikel ilmiah berupa hasil penelitian dalam psikologi.

## **JURNAL PENELITIAN PSIKOLOGI**

Telah terakreditasi berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia Nomor 64a/DKTI/Kep/2010 Tertanggal 1 November 2010 untuk masa berlaku 3 tahun

# TERAPI PERILAKU UNTUK FOBIA LIFT

Nanik<sup>1</sup>

Vensi Anita Ria Gunawinata<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Fakultas Psikologi Universitas Surabaya

Jalan Raya Kalirungkut, Surabaya

<sup>1</sup>nanik@ubaya.ac.id

## Abstrak

*Penelitian ini ingin melihat peran terapi perilaku dalam mengatasi kecemasan penderita fobia lift. Pendekatan terapi yang digunakan multi-modal behavior therapy, meliputi bibliotherapy, terapi kognitif behavioral, relaksasi, dan desensitisasi sistematis. Subjek penelitian (N=1) adalah penderita fobia lift sejak remaja. Teknik pengambilan data atas subjek penelitian ini menggunakan incidental dan purposive sampling. Desain penelitian ini tergolong quasi experiment dengan single case subject design. Pengumpulan data dilakukan dengan multi-assessment, meliputi observasi dan wawancara, angket kecemasan dan angket proses kognitif pada sebelum, selama, dan sesudah terapi diberikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi perilaku dapat diandalkan perannya dalam mengatasi kecemasan penderita fobia lift.*

**Kata Kunci:** Fobia lift, Biblioterapi, Terapi kognitif perilaku, Relaksasi, Desensitisasi sistematis

## BEHAVIOR THERAPY FOR LIFT PHOBIA

### Abstract

*This research wanted to see the role of behavior therapy in reducing anxiety experienced by subject with lift phobia. Therapy approach used in this research was multi-modal behavior therapy, including bibliotherapy, cognitive-behavioral therapy, relaxation, and systematic desensitization. Subject (N=1) was lift phobic since adolescence. Sampling technique in this research was accidental and purposive sampling. Research design was classified as quasi experiment with single-case subject design. Data collection was performed with a multi-assessment, including observation and interviews, anxiety questionnaires and cognitive processes before, during, and after therapy is given. Results indicated that behavioral therapy can be relied upon their role in overcoming anxiety lift phobics.*

**Key Words:** Lift fobia, Bibliotherapy, Cognitive-behavioral therapy, Relaxation, Systematic desensitization

## PENDAHULUAN

Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) yang diterbitkan oleh American Psychiatric Association (APA, 1994), fobia

merupakan salah satu jenis gangguan kecemasan. Fobia adalah ketakutan yang yang disebabkan oleh adanya situasi atau objek yang jelas, yang sebenarnya tidak berbahaya, situasi atau objek tersebut dihindari atau dihadapi dengan perasaan

terancam. Orang dengan fobia mengalami ketakutan untuk hal-hal yang biasa yang oleh orang lain tidak dipikirkan lagi, seperti naik lift atau naik mobil di jalan raya (Nevid, Rathus, dan Greene, 2005). DSM-IV mengklasifikasikan fobia dalam tiga bagian utama, yaitu agorafobia, fobia sosial, dan fobia spesifik.

Fobia lift adalah salah satu contoh dari fobia spesifik. Walaupun ketakutan akan lift tampaknya sepele, namun dapat sangat menghambat individu di era teknologi saat ini yang mana banyak terdapat gedung perkantoran dan apartemen yang tinggi (Beck, 1979). Menurut DSM IV, fobia lift termasuk dalam fobia spesifik tipe situasional. Menurut Beck (1979), kebanyakan isi dari ketakutan akan lift adalah ketakutan jika kabelnya akan putus dan lift akan bertabrakan. Individu umumnya memiliki pikiran yang semakin buruk sejalan dengan tingginya lantai, yang merupakan ketinggian "berbahaya" dan akan mulai merasa lebih cemas ketika mencapai ke titik itu (umumnya antara lantai 2 dan 3).

Fobia lift juga menyebabkan keemasan ketika berada di ketinggian. Di dalam DSM IV, fobia ketinggian (*acrophobia*) masuk dalam fobia spesifik tipe lingkungan alam. Poulton dkk. (dalam Boffino dkk., 2009) menunjukkan bahwa tidak ada relasi pengalaman masa kecil dengan munculnya fobia ketinggian. Menurut Boffino dkk. (2009), fobia ketinggian dapat terjadi melalui cara non-asosiatif, yaitu mekanisme fisik yang mampu memancing munculnya fobia ketinggian tanpa melalui pengalaman sebelumnya atau proses belajar. Banyak penelitian yang telah membuktikan bahwa fobia ketinggian memiliki korelasi yang kuat dengan abnormalitas keseimbangan. Ramos, Jacob, dan Liliensfeld (1997) menyebutkan abnormalitas keseimbangan ini merujuk pada disfungsi vestibular sistem yang mengakibatkan ketidak-

nyamanan ruang dan gerak.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa fobia lift pada individu tidak berdiri sendiri, akan tetapi bisa mengalami suatu pengembangan gangguan hingga melebar pada fobia ketinggian serta didukung dengan gangguan sensori integrasi. Untuk itu, membutuhkan penanganan berupa terapi perilaku meliputi kombinasi antara *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, *bibliotherapy*, desensitasi sistematis, dan relaksasi.

Terapi kognitif-behavioral (selanjutnya akan disebut CBT) adalah sebuah pendekatan psikoterapi yang bertujuan untuk memecahkan masalah mengenai disfungsi emosi, perilaku dan kognisi melalui kolaborasi individu dan terapis dalam rangka mencapai tujuan terapeutik yang telah disepakati. Tujuan terapi ini adalah menyusun tugas secara seksama dan terstruktur untuk membantu klien mengevaluasi dan mengubah distorsi kognitif dan disfungsi perilakunya (Ratna, 2010). Terapi ini berusaha untuk mengintegrasikan teknik-teknik terapeutik yang secara langsung memodifikasi pikiran maladaptif dan secara tidak langsung akan mengubah perilaku yang tampak (Spiegler dan Guevremont, 2003). Individu diminta untuk mengenali, mengamati dan memonitor pikiran otomatisnya (Oemarjoedi, 2003). Asumsi dalam CBT adalah masalah psikologis yang tampak pada individu adalah merupakan bagian dari distorsi kognitif dan kesejahteraan psikologis individu dapat meningkat dengan cara mengajarkan cara berpikir yang lebih adaptif terhadap lingkungan atau kenyataannya (Kroese, Dagnan, dan Loumidis, 1997).

Hynes dan Berry (dalam Ponomban, 2009) mengartikan *bibliotherapy* yang terdiri atas kata *biblio* yang berarti buku dan literatur, dan *therapy* yang berasal dari kata *therapeia*, yang berarti untuk melayani dan untuk membantu secara

medis dan mengarah pada konsep menyembuhkan. Pada dasarnya, *bibliotherapy* (selanjutnya disebut terapi literatur) adalah penggunaan literatur untuk membantu seseorang menyelesaikan masalah (Aix, 1993). Menurut Abdullah (2002), terapi literatur merupakan suatu metode terapi yang menggunakan sebuah buku panduan atau materi bacaan tertentu untuk menghasilkan perubahan dalam proses kognitif, emosional, dan perilaku individu sehingga akhirnya individu dapat memperoleh pemahaman yang benar dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi.

Desensitisasi sistematis adalah salah satu jenis *brief/graduated exposure therapy*, yaitu terapi yang menampakkan subjek pada situasi yang memunculkan kecemasannya namun situasi tersebut dikemas dalam situasi yang terkontrol dan aman bagi subjek. Teknik yang dikembangkan oleh Wolpe lebih dari 50 tahun yang lalu ini, merupakan salah satu teknik penanganan mengatasi rasa takut yang cukup efektif. Di dalam desensitisasi sistematis, individu akan membayangkan secara bertahap situasi yang lebih memunculkan kecemasan sementara individu melakukan perilaku yang melawan kecemasan misalnya relaksasi. Diharapkan individu secara sistematis menjadi kurang sensitif (desensitif) terhadap situasi yang menimbulkan kecemasan (Spiegler dan Guevremont, 2003).

Teknik ini dapat dilakukan dengan cara mengembangkan hirarki kecemasan secara sistematis dari situasi yang menimbulkan kecemasan paling rendah hingga yang paling tinggi. Individu dipandu untuk tetap berada pada suatu tingkatan hirarki tertentu sampai sama sekali tidak merasakan kecemasan. Jika individu merasa tidak mampu bertahan pada hirarki tersebut, maka individu dapat melakukan hirarki sebelumnya (yang

kurang me-nimbulkan kecemasan) hingga ia merasa aman. Hirarki kecemasan ini berfungsi agar individu tidak melangkah terlalu jauh yang dapat membuatnya merasakan kecemasan. Sedikit demi sedikit individu dipandu oleh terapis untuk melakukan perilaku yang diinginkan terhadap situasi/objek fobia (Beck dan Emery, 1985).

Sebelum dihadapkan pada situasi lift tersebut, individu diminta untuk melakukan relaksasi. Pada saat berhadapan langsung dengan situasi/objek fobia, terapis memberikan dukungan (Beck dan Emery, 1985) dan melakukan relaksasi untuk menurunkan kecemasan individu (Hazlett-Stevens, 2008). Di dalam kondisi rileks, individu berusaha mempertahankan kondisi rileksnya menghadapi hirarki kecemasan hingga ketakutan/kecemasan terhadap lift berkurang.

Dasar pemikiran relaksasi menyatakan bahwa di dalam sistem saraf pusat manusia terdapat sistem saraf pusat dan otonom. Pada saat tegang atau keadaan stres, kerja sistem saraf simpatetis meningkat, maka relaksasi berfungsi untuk meningkatkan kerja sistem saraf parasimpatetis dan menurunkan kerja sistem saraf (Hartanti dan Nanik, 2007). Pelatihan relaksasi memberikan keterampilan koping yang baru untuk menghadapi situasi atau objek fobia dan dapat membantu mengurangi tingkat keterbangkitan secara psikologis pada sistem saraf pusat yang memediasi munculnya kecemasan (Hazlett-Stevens, 2008). Di dalam relaksasi otot, individu akan diberikan kesempatan untuk mempelajari bagaimana cara menegangkan sekelompok otot tertentu kemudian melepaskan ketegangan itu. Bila sudah dapat merasakan keduanya, individu mulai dapat membedakan sensasi pada saat otot dalam keadaan tegang dan rileks.

## METODE PENELITIAN

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik aksidental dan sampling purposif yaitu peneliti mengambil subjek tanpa melalui randomisasi, subjek yang dipilih memiliki kriteria sebagai berikut, mengalami fobia lift kategori sedang hingga tinggi, mengalami distorsi kognitif, mengalami ketegangan fisik saat berhadapan dengan objek fobia, merasakan ketidaknyamanan berada di ketinggian, memiliki keinginan yang kuat untuk sembuh. Subjek penelitian ini adalah L. Keunikan pada subjek memberikan suatu tantangan dalam menangani kasus tersebut. Metodologi penelitian yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif kuasi eksperimen, desain kasus tunggal, karena subjek pada penelitian ini hanya satu orang saja.

Pengukuran *baseline* dilakukan dengan menggunakan berbagai macam asmesmen, yaitu *self inventory* dan teknik observasi-wawancara mengenai fobia ketinggian, fobia lift, dan disfungsi sistem vestibular. Observasi terhadap subjek dilakukan selama proses wawancara atau terapi berlangsung. Panduan wawancara disusun dengan mengkombinasikan kriteria fobia spesifik dari DSM-IV dan analisis ABC. Guna mengukur fobia lift digunakan kuesioner fobia lift dan inventori pengukuran diri; untuk mengukur kecemasan terhadap ketinggian yaitu *Cohen Acrophobia Questionnaire* (Baker, Cohen, dan Saunders dalam Coelho dan Wallis, 2010) dan *Attitude Toward Height* (Coelho dan Wallis, 2010); untuk melakukan pengecekan terhadap gangguan sensori integrasi, yaitu daftar cek disfungsi vestibular dan proprioseptif (*Sensory Processing Disorder Checklist*, 2010); dan untuk mengukur ketidaknyamanan terhadap ruang dan gerak yaitu *Situational Characters Questionnaire / SitQ* (Jacob, Woody, dan Clark dalam Coelho

dan Wallis, 2010).

Terapi yang dilakukan pada intervensi psikologis terhadap fobia lift adalah dengan menggunakan kombinasi antara terapi literatur, CBT, relaksasi otot progresif, dan desensitisasi sistematis. Terapi literatur dilaksanakan dalam bentuk modul berisi informasi singkat, jelas, dan padat mengenai lift (sejarah lift, dua jenis desain lift, sistem keamanan yang menyatu di mesin lift, sistem keamanan dari pintu lift, data statistik mengenai tingkat keamanan lift, dan kontrol umum berupa fitur yang dibuat atas dasar kenyamanan pengguna lift sendiri). Selain itu, juga ditampilkan video simulasi mengenai bagaimana proses lift bergerak (hidrolik dan bertali) dan sistem keamanan lift terjadi.

Di dalam pelaksanaan CBT, peneliti menggunakan metode pencatatan diri dan menggunakan sebuah modul. Modul ini juga merupakan sekaligus lembar kerja selama proses terapi. Melalui modul ini dijelaskan mengenai proses terjadinya fobia, kolom pencatatan pikiran otomatis, kolom pencatatan distorsi kognitif, dan kolom pencatatan pikiran rasional. Langkah-langkahnya adalah (1) menjelaskan bagaimana fobia bisa terjadi dan edukasi mengenai kecemasan, (2) menggiring subjek untuk menyadari dan menuliskan pikiran-pikiran otomatis yang muncul ketika berhadapan dengan lift, (3) menjelaskan jenis-jenis distorsi kognitif dan memandu subjek untuk menentukan jenis distorsi kognitif dari pikiran otomatisnya, (4) membantu subjek menantang pikiran otomatis dengan cara mengajukan 5 pertanyaan kritis; yaitu (a) Apakah ada bukti yang bertentangan dengan pikiran saya? (b) Dapatkah saya melakukan sesuatu untuk mengatasi situasi ini jika memang terjadi? (c) Apakah saya telah membuat kesalahan berpikir? (d) Apa yang akan saya katakan kepada teman yang memiliki ketakutan seperti ini? (e) Apa kerugian dan manfaat cara berpikir



seperti ini? (Clark, 2007), (5) menyusun kalimat rasional yang baru. Proses (4) dan (5) diulang dan dilakukan pada tiap pikiran otomatis. Terapis membantu dan memandu pada pikiran otomatis pertama, untuk sisanya menjadi tugas bagi subjek untuk dikerjakan sendiri di rumah dan akan dibahas di pertemuan berikutnya.

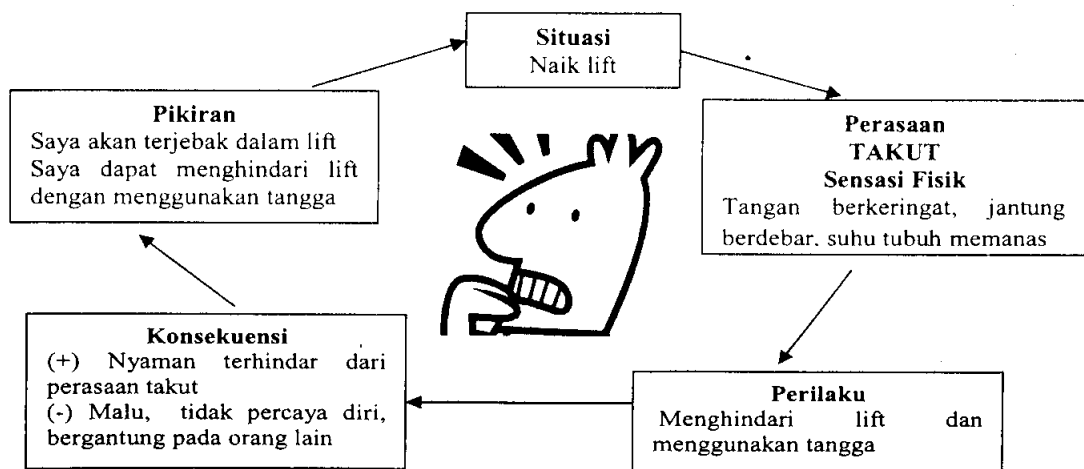
Relaksasi yang diberikan adalah relaksasi otot karena relaksasi ini lebih mudah dilakukan serta praktis penggunaannya. Terapis awalnya akan memandu subjek untuk berlatih relaksasi. Selain itu, dengan bantuan panduan relaksasi yang diberikan, subjek diharapkan secara mandiri dapat mengingat dengan mudah bagaimana rasa rileks dimunculkan ketika memberikan tekanan pada otot dan melepaskannya. Rasa rileks ini dapat membantu subjek ketika menghadapi kartu hirarki kecemasan. Kelompok otot yang dilibatkan adalah otot tangan dan lengan, siku, leher, wajah, dada, perut, dan kaki.

Di dalam proses desensitisasi sistematis, subjek diberikan 3 metode pendekatan, yaitu pendekatan *in vivo*, pendekatan imajinasi, dan penggambaran deskripsi verbal/tampilan visual (video). Metode yang digunakan dalam proses desensitisasi sistematis adalah metode *in vivo* melalui langsung berhadapan dan bersentuhan langsung dengan lift, metode verbal melalui cerita, metode visual me-

lalui video, dan metode imajinasi melalui panduan untuk membayangkan suatu situasi. Langkah-langkah pelaksanaan desensitisasi sistematis adalah (1) Menuliskan semua daftar situasi yang menimbulkan kecemasan, (2) Memberikan nilai skala kecemasan (*Subjective Units of Discomfort*) pada daftar situasi. SUD bergerak dari nilai 0 hingga 100, nilai 0 menunjukkan tidak ada kecemasan, nilai 100 menunjukkan kecemasan tinggi, (3) Menyusun hirarki kecemasan berdasarkan SUD yang terendah hingga yang tertinggi, (4) Menghadapi kartu-kartu hirarki secara bertahap dan sistematis, diiringi dengan relaksasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada Gambar 1 telah dirangkum bentuk fobia lift yang dialami oleh subjek penelitian. Fobia yang dialami oleh subjek termanifestasi secara kognitif, fisik, dan perilaku. Kondisi ini adalah kondisi baseline yaitu kondisi sebelum diberikan terapi. Distorsi kognitif yang dimiliki subjek terhadap objek lift adalah didominasi dengan jenis distorsi kesalahan peramal dan bagaimana jika. Distorsi kognitif yang muncul dalam pikirannya, justru membuat subjek semakin cemas ketika berhadapan dengan objek lift. Proses mematahkan pikiran irasional dan distorsi



Gambar 1. *Functional Analysis Assessment Fobia Lift (Baseline)*

kognitif dimulai pada terapi tahap pertama, yaitu terapi literatur. Pada saat terapi dilakukan, subjek mendapatkan banyak informasi yang selama ini tidak diketahuinya mengenai lift melalui sebuah modul petunjuk yang menjelaskan mengenai proses kinerja dan sistem keamanan lift. Awalnya, subjek merasa tidak nyaman ketika membaca dan mendengarkan penjelasan mengenai sistem kerja lift, akan tetapi ketika diperlihatkan simulasi cara lift bekerja, subjek mulai merasa nyaman. Melalui terapi tahapan pertama, subjek menyadari bahwa subjek memiliki pikiran yang irasional terhadap objek lift. Akhirnya, subjek menyadari bahwa lift membawa manfaat bagi dirinya dan subjek mampu mengembangkan pikiran yang rasional terhadap objek lift. Hasil terapi tahapan pertama memuaskan dan berhasil mematahkan distorsi kognitif yang dimiliki oleh subjek. Proses terapi tahapan pertama ini sebagai bekal bagi subjek untuk menjalani proses terapi berikutnya yaitu desensitisasi sistematis.

Proses terapi tahap berikutnya adalah subjek akan melakukan pendekatan terhadap situasi/objek lift melalui desensitisasi sistematis. Subjek dan terapis telah membuat suatu hirarki kecemasan yang menjadi panduan dalam melakukan desensitisasi sistematis. Subjek akan menjalani hirarki kecemasan satu demi satu tingkatan dan dipandu oleh terapis dengan memberikan penguatan positif dan CBT serta relaksasi. Guna memperkuat keyakinan subjek, terapis mengajak teknisi lift Ubaya untuk menjelaskan keamanan dan sistem kerja lift. Hal ini membuahkan hasil. Tampak bahwa tidak pada semua kartu subjek memunculkan pikiran negatif. Hal ini merupakan efek dari terapi literatur dan CBT yang telah dilakukan sebelumnya. Bukti yang paling kuat adalah pada kartu 1, ketika subjek melihat lift yang bergerak naik dan turun, subjek berkata "iya ini sama ya dengan

yang kemarin ditunjukkan dan ada simulasinya". Bahkan, pada beberapa kartu subjek malah menyebutkan langsung pada pikiran rasionalnya. Misalnya pada kartu 5, saat subjek melihat video yang bermasalah, subjek mengatakan kalau masalah yang muncul pada video tersebut adalah berlebihan dan tidak mungkin kalau lift rusak akan seperti itu kejadian. Subjek dapat berkata demikian karena sebelumnya subjek mendapatkan informasi tambahan dari teknisi lift Ubaya mengenai lift yang macet.

Pada kartu 15, subjek merasakan kecemasan karena mengira liftnya rusak pada saat subjek menekan tombol lantai 2,3,4,5 tombolnya tidak menyala. Saat menekan tombol lantai 6, tombolnya menyala, membuat subjek lega. Jika kondisi lift baik-baik saja (mengikuti prosedur normal), subjek masih dapat berpikir secara positif sehingga pikiran negatif terhadap lift tidak muncul. Sebaliknya, jika ada bagian kecil yang tidak sesuai dengan prosedur normal, maka subjek mulai berpikir bahwa "ada apa-apa" dengan lift (lift rusak/lift macet), padahal belum tentu seperti demikian. Reaksi itu tergolong wajar, karena ketika berada dalam kondisi yang mengancam, maka merasakan kecemasan.

Tampak bahwa kecemasan subjek juga disebabkan subjek tidak tahu atau kurang informasi mengenai lift. Misalnya, pada kartu 15, subjek tidak tahu kalau lift itu hanya bisa naik langsung ke lantai 6. Hal ini cukup membuat subjek merasakan kecemasan yang tinggi ketika subjek tidak berhasil memencet tombol lantai 2, 3, atau 4. Bowlby (dalam Beck, 1979) menyebutkan individu akan merasakan kecemasan karena berada pada situasi yang tidak familiar, hal ini disebut kecemasan alami. Tampak pada kartu 6, ketika subjek membaca cerita tentang lift yang bermasalah, subjek tidak merasa cemas, namun jika subjek membayangkan

sedang berada di dalam lift yang sedang macet, reaksi pertama subjek adalah pasti kaget, namun setelah itu baru subjek mengambil tindakan apakah memencet tombol alarm atau menelpon seseorang untuk meminta bantuan. Reaksi atau respon pertama subjek adalah wajar karena ini adalah kecemasan alami yang memang mempersiapkan diri setiap individu untuk menghadapi situasi yang mengancam (Clark, 2007). Pada akhirnya, subjek berhasil melalui 15 kartu hirarki yang telah disusun dengan kecemasan nol (tidak mengalami kecemasan).

Hasil pengukuran *pre* dan *post test* terkait dengan pengukuran terhadap fobia lift, fobia ketinggian, dan disfungsi sensori integrasi (sistem vestibular dan proprioseptif) menunjukkan bahwa secara kuantitatif, fobia lift lebih menimbulkan kecemasan bagi subjek daripada fobia ketinggian. Berdasarkan hasil pengukuran diperoleh data bahwa subjek juga mengalami gangguan sensori integrasi yaitu disfungsi sistem vestibular. Fobia ketinggian ini mungkin berkaitan dengan disfungsi sistem vestibular tipe *over responsive* sebesar 56.25%. Tipe *over responsive* merupakan sensitivitas yang tinggi terhadap sistem vestibular, sehingga salah satu dampaknya adalah kecenderungan untuk ketakutan akan ketinggian, misalnya kesulitan ketika naik ke atas bangku/kursi. Hal ini juga menjadi pemicu subjek merasa tidak nyaman saat berada di ketinggian terutama di dalam lift pada saat lift bergerak naik atau ke atas.

Hasil kuesioner SitQ menunjukkan angka yang rendah, sehingga dapat diasumsikan bahwa ketidaknyamanan ruang dan gerak tidak memiliki kontribusi bagi fobia yang dialami oleh subjek. Walaupun beberapa penelitian telah menunjukkan adanya kaitan yang erat antara ketidaknyamanan ruang dan gerak terhadap fobia ketinggian (Coelho dan

Wallis, 2010). Akan tetapi munculnya reaksi pusing ketika berada di dalam lift yang tidak bergerak ataupun bergerak naik dan turun, rasa pusing ketika melihat ke bawah, yang mungkin menunjukkan adanya disfungsi penyesuaian subjek terhadap gaya gravitasi bumi, yang disebut ketidakamanan gravitasional. Ayres (dalam May-Benson, 2007) menjelaskan ketidakamanan gravitasional adalah perasaan terancam akibat gaya tarik gravitasi bumi. Perasaan tidak aman terhadap gravitasi ini juga merupakan bagian dari disfungsi sensori integrasi, yaitu penurunan fungsi *vestibulo-cerebellar*. Hal ini menunjukkan bahwa peluang gangguan sensori integrasi bermain peran dalam fobia lift dan fobia ketinggian yang dialami oleh subjek.

Hasil pengukuran juga menunjukkan bahwa terdapat penurunan signifikan pada inventori pencatatan diri dan kuesioner fobia lift. Namun uniknya pada instrumen yang lain juga terdapat penurunan nilai rerata. Peneliti berasumsi bahwa menurunkan kecemasan terhadap lift memiliki dampak terhadap kecemasan akan ketinggian. Bukti ini menunjukkan bahwa terapi yang dilakukan memiliki dampak menurunkan kecemasan subjek terhadap lift.

### Tindak Lanjut

Pelaksanaan tindak lanjut terapi perilaku pada phobia lift dilaksanakan 9 hari setelah proses terapi berakhir (proses terapi desensitisasi sistematis pada kartu terakhir yaitu kartu 15). Idealnya proses tindak lanjut dilakukan 2 minggu setelah terapi, namun karena keterbatasan waktu sehingga proses tindak lanjut dilakukan lebih awal dari penjadwalan yang sebenarnya. Walaupun demikian, proses tindak lanjut ini memberikan bukti yang lebih nyata tentang perubahan perilaku yang telah dialami oleh subjek selama

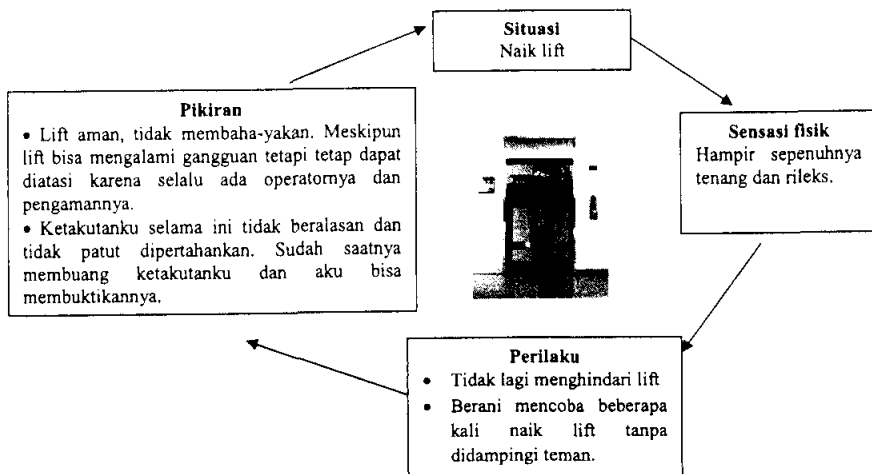
proses terapi. Terlebih lagi proses tindak lanjut ini dilakukan dengan tantangan tambahan, yaitu dilakukan simulasi kejadian bermasalah di dalam lift. Pada tahap tindak lanjut ini lebih menekankan perubahan perilaku subjek yang terobservasi oleh terapis.

Sehari sebelum dilakukan tindak lanjut, terapis melakukan uji coba simulasi kejadian bermasalah di dalam lift bersama tim teknisi lift, untuk meyakinkan tingkat keamanan dan memperkirakan apakah L mampu menghadapinya atau tidak. Pertimbangannya adalah berapa lama kejadian bermasalah dilakukan. Hal yang dimaksud dengan simulasi kejadian lift bermasalah adalah saat lift sedang bergerak, sumber tenaga listrik lift akan dimatikan secara sengaja selama beberapa waktu, lalu subjek akan diberi pengarah mengenai apa saja yang dapat ia lakukan jika berada pada situasi tersebut (memencet alarm, menelpon teknisi), kemudian tenaga listrik dinyalakan kembali dan lift berjalan normal seperti semula. Selama uji coba, waktu simulasi ini hanya terjadi selama  $\pm 30$  detik. Di dalam waktu yang singkat ini, diperkirakan subjek dapat bertahan karena dari data sebelumnya salah satu situasi yang memunculkan perilaku fobia adalah lama atau tidaknya subjek di dalam lift.

Guna memperlancar proses tindak lanjut ini maka dibuat suatu skenario. Skenarionya seperti demikian, awalnya subjek tidak diberitahu jika akan dilakukan simulasi lift bermasalah, subjek akan diajak untuk naik lift dari lantai 1 menuju lantai 6 selama beberapa kali untuk mem-biasakan kembali berada di dalam lift, saat subjek sudah merasa aman kemudian subjek diberitahu bahwa akan dilakukan simulasi. Secara lebih lanjut, dengan panduan terapis dan teknisi, subjek akan mencoba melakukan tindakan untuk menghadapi situasi tersebut.

### Sesudah Terapi

Terdapat perubahan perilaku yang cukup positif dari sebelum terapi dan sesudah terapi. Dulunya subjek berusaha menghindari dan tidak ingin dekat-dekat dengan semua hal yang berkaitan dengan lift, setelah terapi, subjek bisa lebih berani mencoba dan mau menghadapi lift yang ada di hadapannya. Subjek memiliki karakteristik distorsi kognitif yang kuat dalam memunculkan perilaku fobia liftnya. Seperti yang telah diketahui bahwa fobia dapat terjadi melalui rangkaian dari tiga hal, yaitu kognitif, emosi, dan perilaku yang saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Oleh karena itu



Gambar 2. Proses Teratasinya Perilaku Fobia

penanganan fobia lift pada subjek harus diawali dari rekonstruksi proses kognitifnya.

CBT dan terapi literatur, telah mematahkan pikiran otomatis/maladaptif yang dimiliki subjek terkait dengan stimulus lift. Hal ini berdampak positif terhadap kecemasan subjek, sehingga ketika proses desensitisasi sistematis subjek mampu dengan cukup signifikan menurunkan rasa cemas (SUD) nya. Melalui proses terapi desensitisasi sistematis, subjek mengalami suatu pembiasaan diri terhadap stimulus lift. Melalui pembekalan pengetahuan dan informasi mengenai lift subjek menjadi yakin untuk mencoba lift (proses *in vivo*). Justru ketika subjek hanya berusaha membayangkan sendiri tanpa pernah mengalaminya, subjek cenderung lebih merasa cemas.

Adapun beberapa faktor yang mendukung keberhasilan intervensi terhadap lift subjek adalah pertama, *rapport* yang dibangun dengan baik sejak bertemu dengan subjek sehingga menimbulkan kepercayaan dan keyakinan subjek terhadap terapis serta usaha untuk menyampaikan pikiran dan perasaan yang dialami, kedua, pada dasarnya subjek adalah individu yang cukup mudah diajak untuk berpikir kritis, logis rasional dan bersedia menerima informasi tentang lift dengan baik. Oleh karena itu, terapi literatur sangat membantu subjek mematahkan distorsi-distorsi kognitifnya, membuat pikirannya berubah, memotivasinya berani menghadapi lift, dan yakin ketakutannya selama ini tidak beralasan.

Terapis juga memberikan relaksasi kepada subjek disertai dengan penanaman hal-hal yang positif seperti memberikan kata-kata positif (“Anda pasti bisa”, “Anda mampu”), memberikan pernyataan yang benar tentang lift (terkait dengan terapi literatur), mengingatkan subjek tentang keinginan dan proses yang telah dialaminya sehingga termotivasi un-

tuk sembuh dan mengatasi ketakutannya. Faktor yang terakhir adalah adanya susunan hirarki kecemasan yang disesuaikan dengan tingkat kecemasan subjek dan kemauan kuat dalam diri subjek sendiri untuk melawan fobianya.

## SIMPULAN

Kasus fobia lift yang dialami subjek penelitian dapat ditangani dengan suatu pendekatan psikoterapi, yaitu terapi perilaku (behavioristik), antara lain CBT, terapi literatur, dan desensitisasi sistematis. Seperti yang telah dilakukan dalam penelitian ini, pendekatan terapi perilaku yang digunakan dikombinasikan dengan teknik terapi lainnya. Hasilnya dapat dikatakan sesuai dengan harapan (optimal), meskipun pada saat latihan desensitisasi sistematis, subjek penelitian belum sampai pada latihan mencoba mandiri menggunakan lift. Saat tindak lanjut hasilnya sungguh menggembirakan, subjek sudah berhasil melatih dirinya menggunakan lift mandiri. Penanganan suatu kasus fobia dengan CBT, tetap perlu mempertimbangkan latar belakang fobianya dan penggunaan teknik pemberian informasi yang tepat untuk merekonstruksi pikiran-pikiran yang salah, seperti terapi literatur agar mendapatkan hasil optimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M.H. 2002 *Bibliotherapy. ERIC Clearinghouse on reading, English, and Communication Digest #177, December 2002* <http://www.indiana.edu/~reading/ieo/digests/d177.html> diakses tanggal 10 Juni 2010
- Aiex, N.K. 1993 *Bibliotherapy. ERIC Clearinghouse on reading, English, and communication Digest #82, June 1993.* <http://reading.indiana.edu/ieo/digests/d82.html> Diakses tanggal 13 Juni 2010.

- APA. 1994 DSM IV *Diagnostic and statistical - manual, 4th Edition* American Psychiatric Association Washington, D.C.
- Beck, A.T. 1979 *Cognitive therapy and the emotional disorders* Meridian Books Boston.
- Beck, A.T., and Emery, G. 1985 *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* BasicBooks New York.
- Boffino, C.C., de Sa, C.S., Gorenstein, C., Brown, R.G., Basile, L.F., and Ramos, R.T. 2009 "Fear of heights: Cognitive performance and postural control". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* vol 259 pp114-119.
- Coelho, C.M., and Wallis, G. 2010 "Deconstructing acrophobia: Physiological and psychological precursors to developing a fear of heights" *Depression and Anxiety* vol 27 pp 1-7.
- Hartanti dan Nanik. 2007 *Diktat mata kuliah intervensi perilaku* Universitas Surabaya Fakultas Psikologi Surabaya.
- Hazlett-Stevens, H. 2008 *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment* Springer New York
- Kroese, B.S., Dagnan, D., and Loumidis, K. 1997 *Cognitive-behavior therapy for people with learning disabilities* Routledge New York.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., and Greene, B. 2005 *Psikologi abnormal* Penerbit Erlangga Jakarta.
- Oemarjoedi. 2003 *Pendekatan cognitive behavior dalam psikoterapi* Creativ Media Jakarta.
- Ponomban, B.T. 2009 Pengaruh bibliotherapy terhadap ketahanan psikologis orangtua dari remaja dengan gangguan hiperkinetik *Skripsi* (tidak diterbitkan) Fakultas Psikologi Universitas Surabaya Surabaya.
- Ramos, R.T., Jacob, R.G., and Lilienfeld, S.O. 1997 "Space and motion discomfort in Brazilian versus American patients with anxiety disorders" *Journal of Anxiety Disorders* vol 11 pp 131-139.
- Ratna, Y.M.J. 2010 *Pengenalan cognitive behavioral therapy: Modul mata kuliah intervensi psikologi magister psikolog profesi* Universitas Surabaya Surabaya.
- Anonim. Tanpa tahun. *Sensory processing disorder checklist: Signs and symptoms of dysfunction* <http://www.sensory-processing-disorder.com/sensory-processing-disorder-checklist.html> diakses tanggal 20 Mei 2010.
- Spiegler, M.D., and Guevremont, D.C. 2003 *Contemporary behavior therapy* Thomson Learning New York.
- Whitney, S.L., Jacob, R.G., Sparto, P.J., Olshansky, E.F., Detweiler-Shostak, G., Brown, E.L., and Furman, J.M. 2005 Acrophobia and pathological height vertigo: Indications for vestibular physical therapy?" *Physical Therapy* vol 85 pp 443-458.