

KECEMASAN DAN GANGGUAN FUNGSI TIROID PADA WANITA USIA SUBUR

Anxiety and Thyroid Dysfunction in Child Bearing Age Woman

Diah Yunitawati^{1*}, Leny Latifah¹
¹Balai Litbang GAKI Magelang
Kavling Jayan, Borobudur Magelang
*e-mail: itadiah@yahoo.com

Submitted: April 04, 2016, revised: June 06, 2016, approved: June 27, 2016

ABSTRACT

Background. *Thyroid function disorders can be determined by thyroid levels and thyroid stimulating hormone (TSH) in the blood. In normal condition, thyroid hormones will play an important role in metabolism, system oxidation process, the growth process and protein synthesis. This hormones have an effect to all cells in the human body through the amino acids transport mechanism and electrolytes from extra cellular fluids into the cells, enzyme protein synthesis in cells and increase intracellular processes. Changes of thyroid function can interfere cognitive function, behavioral problems, and change of feeling (mood), included an anxiety.*

Objective. *This study aimed to determine the differences of anxiety in patients with hyperthyroidism, euthyroid, and hypothyroidism in Klinik Litbang GAKI Magelang.*

Methods. *This study was conducted using cross sectional method. Samples are 507 women of childbearing age who visited Klinik Litbang GAKI during 2013. The research variables are TSH status and level of anxiety. The level of anxiety was measured using the Beck Anxiety Inventory (BAI) which has 21 items and also measure the physical, cognitive, and emotional aspects. The socio-demographic data were obtained through interviews. The statistical analysis used was Anova test.*

Result. *Subjects with hyperthyroidism, hypothyroid, and euthyroid were 33.3%, 7.3%, and 59.4% respectively. Many subjects especially above 36 years old experience moderate and severe anxiety level. There was no statistically significant differences in age group between hyperthyroid, euthyroid, and hypothyroid. Anova test results showed that the hyperthyroidism group has higher anxiety scores compared with euthyroid group.* **Conclusion.** *Impaired hyperthyroidism experienced by childbearing age women would be more prone to experience psychological problems particularly anxiety.*

Keywords: *anxiety, euthyroid, hyperthyroidism, hypothyroidism*

ABSTRAK

Latar Belakang. Gangguan fungsi tiroid dapat diketahui dari perubahan kadar tiroid dan perubahan *thyroid stimulating hormone* (TSH) di dalam darah. Dalam keadaan normal, hormon tiroid berpengaruh terhadap metabolisme jaringan, proses oksidasi jaringan, proses pertumbuhan, dan sintesis protein. Hormon tiroid berpengaruh ke semua sel dalam tubuh melalui mekanisme transport asam amino dan elektrolit dari cairan ekstra seluler ke dalam sel, aktivasi/sintesis protein enzim dalam sel dan peningkatan proses-proses intraseluler. Perubahan fungsi tiroid dapat menimbulkan gangguan pada fungsi kognitif, masalah perilaku, dan perubahan perasaan (*mood*) serta kecemasan. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kecemasan pada penderita hipertiroid, eutiroid, dan hipotiroid di Klinik Litbang GAKI Magelang. **Metode.** Penelitian ini dilakukan dengan metode potong lintang. Sampel adalah wanita usia subur yang berkunjung ke Klinik Litbang GAKI sepanjang tahun 2013 sebanyak 507 orang. Variabel penelitian adalah status TSH dan tingkat

kecemasan. Tingkat kecemasan diukur dengan menggunakan *Beck Anxiety Inventory* (BAI) yang memiliki 21 pernyataan dan mengukur aspek fisik, kognitif, dan emosional. Data demografi diperoleh dengan menggunakan wawancara. Pengujian hipotesis dengan uji Anova. **Hasil.** Persentase subjek yang menderita hipertiroid adalah 33.3%, hipotiroid sebesar 7.3%, dan eutiroid 59.4%. Sebagian besar subjek mengalami tingkat kecemasan sedang dan berat dan lebih banyak pada usia diatas 36 tahun. Uji statistik terhadap usia subjek menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok hipertiroid, eutiroid, dan hipotiroid. Hasil uji Anova menunjukkan bahwa kelompok hipertiroid memiliki skor kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok eutiroid. **Kesimpulan.** Hipertiroid yang dialami oleh wanita usia subur lebih berisiko mengalami masalah psikologis, yakni kecemasan.

Kata kunci: kecemasan, eutiroid, hipertiroid, hipotiroid

PENDAHULUAN

Kecemasan dapat diartikan sebagai rasa takut, baik terhadap obyek yang bersifat nyata ataupun tidak dan kemudian diikuti dengan reaksi kejiwaan yang meningkat.¹ Ahli lain menyebutkan, kecemasan merupakan sebuah bentuk emosi tidak menyenangkan, yang ditandai dengan kekhawatiran, keprihatinan, dan rasa takut akibat adanya konflik, frustrasi, atau tekanan untuk melakukan sesuatu melebihi batas kemampuan.² Kecemasan memiliki gejala atau tanda yang bervariasi dan berbeda-beda pada setiap orang. Derajat keparahannya juga bervariasi pada setiap orang. Beberapa gejala yang biasa muncul antara lain perasaan khawatir, memiliki firasat buruk, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, gangguan tidur, seperti sulit untuk tidur, sering mimpi buruk, dan keluhan-keluhan fisik lain seperti sakit pada otot atau sesak nafas.³ Penelitian yang dilakukan pada pasien penderita penyakit Grave menunjukkan bahwa 41.67% dari subjek mengalami kecemasan dengan gejala insomnia, mudah tersinggung, merasa sedih, kepercayaan diri yang rendah dan merasa tidak tenang. Manifestasi gejala gangguan psikologis yang dialami pasien ini juga lebih tinggi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol.⁴

Kecemasan merupakan gangguan psikiatrik yang paling sering dialami jika dibandingkan dengan kasus psikiatrik yang lain.⁵ Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi untuk gangguan mental emosional secara nasional adalah 11.6%. Survei ini dilakukan pada responden berusia diatas 15 tahun. Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih buruk dan bersifat patologis apabila terus berlanjut.⁶ Gangguan ini lebih banyak dialami oleh kaum perempuan, pada kelompok usia lanjut, dan berasal dari keluarga dengan pendapatan rendah.

Dampak dari kecemasan berhubungan dengan gejala-gejala yang dialami. Kecemasan memunculkan respon secara fisik dan psikologis. Respon fisik misalnya jantung berdebar lebih cepat, keluar keringat dingin, nafas lebih cepat atau tersengal. Kondisi ini akan membuat penderita merasa lebih cepat lelah. Penderita mengalami perubahan pada pola tidur menjadi sulit tidur, sering mengalami mimpi buruk juga atau menjadi mudah mengantuk juga akan berakibat terganggunya produktivitas kerja dan akhirnya berakibat pada gangguan fisik. Jika kondisi cemas berlangsung dalam waktu lama,

maka penderita akan merasa semakin tertekan, merasa tidak nyaman dalam segala situasi. Akibatnya adalah dapat mengganggu kehidupan dan aktivitas sehari-hari.⁷ Kecemasan yang dialami oleh wanita berstatus ibu juga akan berdampak terhadap anggota keluarganya. Ibu yang memiliki tingkat kecemasan tinggi menunjukkan penurunan kehangatan, tanggung jawab, dan kepekaan dalam melakukan pengasuhan anak.⁸

Perubahan fungsi tiroid dapat menimbulkan perubahan pada suasana hati.^{9,10} Gangguan fungsi tiroid dapat diketahui dari perubahan kadar tiroid dan perubahan *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) di dalam darah. Sebagian besar gangguan ini terjadi akibat gangguan sintesis hormon tiroid.¹¹ Kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroid yang berfungsi mengendalikan kecepatan metabolisme tubuh. Hipertiroidisme menunjukkan aktivitas kelenjar tiroid yang berlebihan dalam mensintesis hormon tiroid, sehingga meningkatkan metabolisme di jaringan.¹² Hipertiroid subklinis adalah suatu keadaan dimana didapatkan kadar tirotropin (TSH) serum yang rendah (<0.5 mU/L) sedangkan kadar tiroksin bebas (fT4) dan triiodotironin bebas (fT3) dalam batas normal.¹³⁻¹⁵ Hipotiroid merupakan kondisi dimana terjadi penurunan dan sekresi hormon tiroid, sehingga terjadi penurunan laju metabolisme tubuh.

Hormon tiroid mempengaruhi fungsi neurotransmitter secara langsung. Dalam keadaan normal, hormon tiroid berpengaruh terhadap metabolisme jaringan, proses oksidasi jaringan, proses pertumbuhan, dan sintesis protein. Hormon tiroid ini berpengaruh ke semua sel dalam tubuh melalui mekanisme transport asam amino dan elektrolit dari cairan ekstra seluler ke

dalam sel, aktivasi/sintesis protein enzim dalam sel dan peningkatan proses-proses intraseluler.¹⁶

Perubahan fungsi tiroid akan menimbulkan gangguan fungsi kognitif, perilaku, dan perubahan perasaan (*mood*) serta kecemasan.^{9,10} Dua pertiga pasien gangguan tiroid melaporkan bahwa mereka memiliki gangguan psikiatrik.¹⁷ Beberapa gangguan psikiatrik yang sering muncul pada penderita gangguan tiroid adalah kecemasan, depresi, fobia, obsesif-kompulsif, dan panik.¹⁸ Prevalensi gangguan kecemasan yang dialami oleh penderita tirotoksikosis adalah sekitar 33-61%,^{19,20} sedangkan pada penderita hipotiroid masalah yang ditemui antara lain gangguan depresi atau gangguan bipolar.²⁰

Klinik Litbang GAKI merupakan implementasi riset berbasis pelayanan yang mencakup pelayanan pemeriksaan klinis, fisioterapi, konseling psikologi, konseling gizi, dan terapi obat. Selama tahun 2013, sebanyak 86% pasien yang berkunjung adalah pasien wanita dengan jumlah kunjungan pasien sebanyak 2.547 orang. Kondisi inilah yang menjadi alasan dipilihnya wanita menjadi sampel penelitian. Selain itu, wanita usia subur juga menjadi salah satu kelompok sasaran untuk melakukan surveilans GAKI.²¹

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan kecemasan pada beberapa gangguan fungsi tiroid di Klinik Litbang GAKI Magelang.

METODE

Penelitian ini dilakukan pada pasien-pasien yang datang berkunjung ke Klinik Litbang GAKI Magelang pada tahun 2013. Sampel penelitian adalah wanita usia subur yang berkunjung ke klinik. Jumlah subjek sebanyak 507 orang.

Jumlah ini diperoleh dari sampel yang memenuhi syarat kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah wanita usia subur yang datang ke klinik pada tahun 2013 dan merasa memiliki masalah dengan penyakit tiroid. Sedangkan kriteria eksklusi adalah pasien yang menolak untuk menjadi subjek dalam penelitian atau data yang ada tidak lengkap. Setiap pasien yang datang ke klinik menandatangani *informed consent* sebelum mendapatkan intervensi. Diagnosis gangguan tiroid ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, yaitu berdasarkan pemeriksaan TSH.

Variabel dalam penelitian ini adalah kadar TSH dalam darah dan status kecemasan. Kadar TSH digunakan untuk menentukan apakah subjek memiliki gangguan fungsi tiroid. Pemeriksaan nilai TSH ini menggunakan metode Elisa yang dilakukan oleh analis kesehatan. Kadar TSH normal (eutiroid) memiliki nilai 0.3-4 $\mu\text{IU/L}$. Kadar TSH diatas 4 $\mu\text{IU/L}$ dimasukkan dalam hipotiroid dan dibawah 0.3

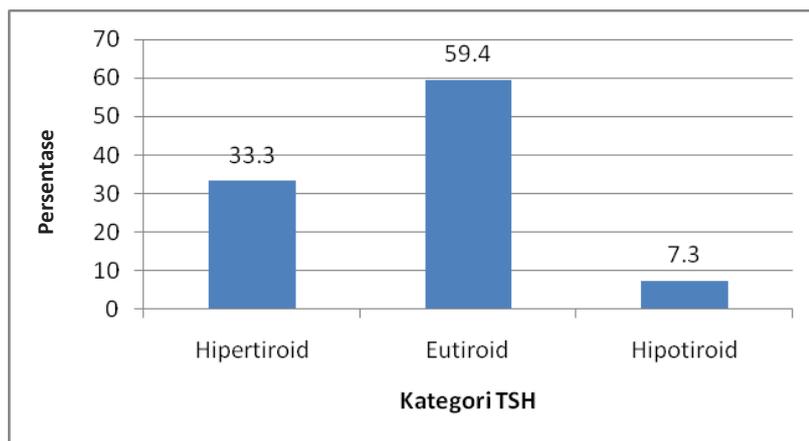
$\mu\text{IU/L}$ termasuk dalam gangguan hipertiroid.

Metode yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan adalah menggunakan *Beck Anxiety Inventory* (BAI). BAI memiliki 21 aitem yang mengukur aspek fisik, kognitif, dan emosional. Subjek akan ditanya apa yang dirasakan selama empat minggu terakhir kemudian dimasukkan dalam skor yang memiliki range dari 0 sampai 3. Total skor akan mengindikasikan tingkat kecemasan subjek.

Data-data sosiodemografi subjek penelitian diperoleh dengan menggunakan wawancara berdasarkan kuesioner yang telah disusun. Pengolahan data dilakukan setelah data terkumpul, dan dianalisis dengan uji Anova.

HASIL

Penelitian ini dilakukan pada wanita usia subur yang berkunjung di Klinik Litbang GAKI dan telah memenuhi kriteria yang ditentukan. Hasil penelitian menemukan data responden sebagai berikut.



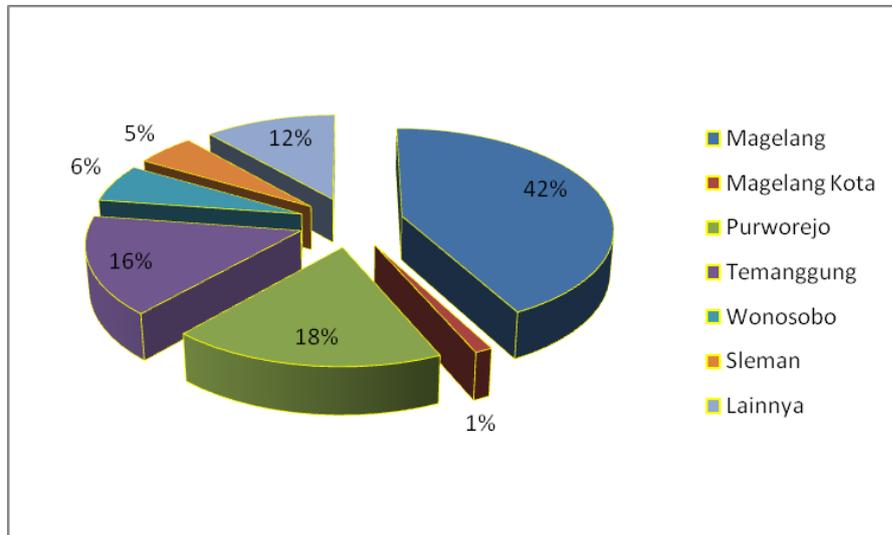
Gambar 1. Persentase Subjek Penelitian Berdasarkan Kategori TSH

Jumlah subjek penelitian sebesar 507 orang. Setelah dilakukan pemeriksa-

an kadar TSH darah subjek, diperoleh tiga kelompok, yakni subjek dengan hipertiroid

sebanyak 169 orang, subjek eutiroid sebanyak 301 orang, dan subjek dengan hipotiroid sebesar 37 orang. Persentase

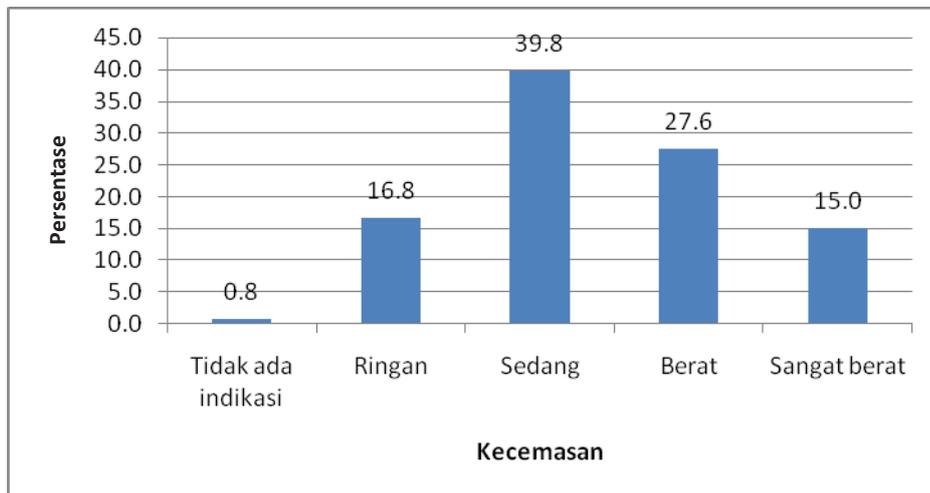
subjek yang memiliki gangguan fungsi tiroid adalah 40.6%.



Gambar 2. Lokasi Tempat Tinggal

Subjek yang datang berkunjung ke Klinik Litbang GAKI sebagian besar berasal dari Kabupaten Magelang, kemudian disusul dari kabupaten Purworejo

dan kabupaten Temanggung. Kondisi ini dimungkinkan karena lokasi klinik yang lebih dekat dengan tempat tinggal.



Gambar 3. Persentase Subjek Penelitian Berdasarkan Tingkat Kecemasan

Kecemasan dalam penelitian ini dibedakan menjadi lima kategori. Kategori yang paling ringan adalah tidak ada kecemasan dan kategori terakhir adalah kecemasan sangat berat. Berdasarkan

hasil analisis, hampir semua subyek mengalami kecemasan. Sebagian besar subjek memiliki tingkat kecemasan sedang dan sedikit yang tidak cemas.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Frekuensi (%)			X ²
	Hipertiroid (n=169)	Eutiroid (n=301)	Hipotiroid (n=37)	
Pendidikan				p=0.043
Tidak tamat SD	8 (27.6)	20 (69.0)	1 (3.4)	
SD – SMP	84 (31.7)	168 (63.4)	13 (4.9)	
SLTA ke atas	77 (36.2)	113 (53.1)	23 (10.8)	
Pekerjaan				p=0.733
Tidak bekerja	76 (32.8)	135 (58.2)	21 (9.0)	
Formal	31 (33.3)	57 (61.3)	5 (5.4)	
Non formal	62 (34.1)	109 (59.9)	11 (6.0)	
Status Perkawinan				p=0.594
Belum menikah	16 (36.4)	23 (52.3)	5 (11.4)	
Menikah	153 (33.1)	278 (60.0)	32 (6.9)	

Subjek yang berkunjung ke Klinik Litbang GAKI dan melakukan pemeriksaan fungsi tiroid dengan diagnosis hipertiroid atau hipotiroid maupun eutiroid lebih banyak pada wanita berusia lebih dari 36 tahun. Sebagian besar subjek tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga. Analisis juga dilakukan terhadap variabel lain yang diperkirakan berhubungan dengan fungsi tiroid, yaitu tingkat pendidikan, jenis

pekerjaan, dan status perkawinan. Variabel jenis pekerjaan dan status perkawinan tidak memiliki hubungan secara statistik terhadap fungsi tiroid. Sedangkan tingkat pendidikan berhubungan secara statistik dengan fungsi tiroid, yaitu ada perbedaan proporsi kejadian gangguan tiroid antara tidak sekolah dengan pendidikan SD-SMP dan SLTA ke atas.

Tabel 2. Rata-rata Usia Berdasarkan Status Tiroid

Karakteristik Responden	Hipertiroid	Eutiroid	Hipotiroid	P value
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Usia	39.31 ± 11.58	39.89 ± 11.73	41.03 ± 12.07	F= 0.357, p=0.700

Rerata usia pada tiap kelompok memiliki nilai yang tidak berbeda jauh, yakni 39 tahun pada kelompok hipertiroid dan eutiroid, dan 41 tahun pada kelompok

hipotiroid. Uji statistik terhadap usia subjek menunjukkan tidak ada perbedaan rerata usia yang signifikan antara kelompok hipertiroid, eutiroid, dan hipotiroid ($p > 0,05$).

Tabel 3. Rata-rata Skor BAI Berdasarkan Status Tiroid

Variabel	N	Mean	P value
Hipertiroid	169	32.30 ± 14.82	0.016
Eutiroid	301	28.86 ± 13.22	
Hipotiroid	37	31.03 ± 14.42	

F=3.412 p<0.05

Rata-rata skor kecemasan yang diperoleh pada kelompok hipertiroid adalah 31.30 dan pada kelompok eutiroid memiliki rata-rata kecemasan 28,86. Hasil uji statistik memperoleh $p=0.016$ menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor kecemasan pada ketiga kelompok yaitu hipertiroid, eutiroid, dan hipotiroid. Analisis selanjutnya membuktikan bahwa kelompok yang berbeda secara signifikan adalah hipertiroid dibandingkan dengan kelompok eutiroid. kelompok hipertiroid memiliki rata-rata skor kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok eutiroid.

PEMBAHASAN

Subjek penelitian ini merupakan pasien-pasien yang datang dan memeriksakan diri di Klinik Litbang GAKI Magelang. Pasien yang datang sebagian besar rujukan dari Puskesmas yang berada di sekitar Magelang (Gambar 2). Pasien lain datang atas keinginan sendiri berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan. Hasil analisis laboratorium menunjukkan bahwa sebagian besar subjek memiliki nilai TSH yang normal (Gambar 1). Berdasarkan hasil wawancara, sebagian subjek datang memeriksakan diri sebab merasakan pembesaran kelenjar tiroid di leher dan merasa terganggu secara estetika. Sebagian lain datang untuk memeriksakan diri karena ada gejala yang tidak biasa yang dirasakan dan merasa tidak nyaman, misalnya tangan sering gemetar (tremor), berat badan turun dengan cepat, merasa mudah lelah, dan dada sering berdebar-debar.

Hasil analisis terhadap variabel kecemasan didapatkan bahwa sebagian besar subjek yang mengalami kecemasan berada pada tingkat sedang dan berat (Gambar 3). Pemeriksaan terhadap kecemasan ini dilakukan pada awal kedatangan, ketika subjek belum mengetahui pe-

nyakitnya secara jelas apakah menderita gangguan tiroid atau tidak. Subjek yang tidak bermasalah secara psikologis sangat sedikit. Kondisi ini dapat diasumsikan bahwa sebenarnya kecemasan menjadi masalah yang cukup besar untuk pasien-pasien yang datang ke Klinik Litbang GAKI.

Kecemasan merupakan sebuah kondisi yang tidak menyenangkan dan bersifat emosional. Kondisi tidak nyaman ini seringkali tidak jelas atau samar dan sulit ditemukan penyebabnya, tetapi kecemasan ini selalu dapat dirasakan penderitanya.²² Kecemasan dapat dipengaruhi faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik merupakan faktor yang berasal dari dalam diri, antara lain faktor usia, pengalaman ketika menjalani pengobatan, konsep diri, dan peran. Sedangkan faktor ekstrinsik merupakan faktor yang berasal dari luar diri yang dapat mempengaruhi kecemasan, antara lain kondisi medis, tingkat pendidikan, akses informasi, dan tingkat sosial ekonomi.²³

Kecemasan merupakan bentuk emosi yang tidak menyenangkan, yang ditandai dengan kekhawatiran, keprihatinan, dan rasa takut yang kadang-kadang dialami dalam tingkat yang berbeda. Konflik, ancaman fisik, ancaman terhadap harga diri, bentuk frustrasi lainnya, dan tekanan untuk melakukan sesuatu di luar kemampuan merupakan sumber yang menimbulkan kecemasan.²⁴ Kecemasan juga banyak dikaitkan dengan beberapa jenis penyakit, seperti penyakit jantung, diabetes, atau kanker.²⁵ Berat ringan kecemasan yang dirasakan dan gejala-gejala yang dialami juga berbeda-beda antara tiap orang.

Penelitian terhadap penderita hipotiroid, hipertiroid, dan kelompok orang yang memiliki TSH normal menunjukkan bahwa penderita hipertiroid primer memi-

liki tingkat kecemasan paling berat dibandingkan dengan kelompok lain.²⁶ Penelitian lain menyatakan bahwa penderita hipertiroid subklinik dan hipotiroid subklinik memiliki skor kecemasan lebih tinggi dibandingkan dengan subyek eutiroid.²⁷ Pendapat ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kelainan tiroid dengan gangguan mental, baik depresi maupun kecemasan.²⁸

Hubungan antara kecemasan dengan fungsi tiroid telah dibahas pada beberapa penelitian.^{26,27,29} Gonen *et al.* menyatakan bahwa penderita hipotiroid subklinik dan hipertiroid subklinik memiliki skor kecemasan lebih tinggi dibandingkan pada subjek eutiroid.²⁷ Hasil penelitian Gonen tersebut serupa dengan penelitian ini, yaitu skor kecemasan penderita gangguan tiroid lebih tinggi dibandingkan dengan eutiroid. Penelitian lain yang hasilnya hampir sama menyatakan bahwa gejala-gejala kecemasan dan depresi lebih berat dirasakan oleh penderita *overt* hipotiroid dan *overt* hipertiroid.²⁶ Penelitian pada penderita hipertiroid juga menunjukkan kelompok penderita hipertiroid memiliki skor kecemasan dan depresi lebih tinggi dibandingkan kelompok eutiroid.²⁹

Penelitian lain di Norwegia meneliti hubungan antara fungsi tiroid dengan *mood* pada subjek dengan jumlah sampel yang besar dan membandingkan subyek yang memiliki gangguan fungsi tiroid dengan subjek yang sehat. Hasilnya menunjukkan bahwa ada hubungan antara fungsi tiroid dengan kecemasan dan depresi pada wanita yang memiliki gangguan fungsi tiroid. Prevalensi kecemasan dan depresi pada kelompok ini juga lebih tinggi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol.³⁰

Hubungan antara gangguan fungsi tiroid dengan kecemasan sebenarnya masih belum jelas. Terdapat gejala-gejala

hipertiroid yang mirip dengan gejala kecemasan menjadi alasannya.²⁹ Gejala yang hampir sama antara lain merasa mudah lelah, merasa nyeri dan lemas, sehingga diperlukan perhatian untuk membedakan diagnosis hipertiroid atau cemas.

Hormon tiroid mempengaruhi fungsi neurotransmitter secara langsung, metabolisme jaringan, proses oksidasi jaringan, proses pertumbuhan, dan sintesis protein. Hormon tiroid ini berpengaruh ke semua sel dalam tubuh melalui mekanisme transport asam amino dan elektrolit dari cairan ekstra seluler ke dalam sel, aktivasi/sintesa protein enzim dalam sel dan peningkatan proses-proses intraseluler.¹⁶ Fungsi sistem saraf pusat peka dengan keberadaan hormon tiroid. Demikian juga terhadap fungsi batang otak. Pengaruh hormon tiroid terhadap fungsi batang otak terkait dengan keberadaan reseptor-reseptor T₃ (triiodotironin) di otak. Perubahan kecil konsentrasi fT₄ (tiroksin bebas), dimana penderita hipertiroid memiliki kadar fT₄ cenderung tinggi, dapat mengakibatkan perubahan kondisi mental dan perubahan perilaku.²⁷

Kelemahan studi ini tidak melakukan pemeriksaan fT₄, sehingga tidak bisa membedakan hipertiroid subklinik dan hipotiroid subklinik dengan hipertiroid dan hipotiroid sesungguhnya (*overt*). Eksplorasi permasalahan psikologis secara riil tidak dilakukan sehingga kecemasan tersebut manifestasi psikologis atau gangguan fungsi tiroid tidak bisa dibedakan. Penelitian ini juga dilakukan di lingkup klinik, sehingga ada kemungkinan hasilnya dapat berbeda jika data diambil dari komunitas secara langsung.

KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan diatas, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan kecemasan pada penderita ganggu-

an tiroid, yaitu antara hipertiroid, eutiroid, dan hipotiroid. Penderita hipertiroid lebih rentan mengalami masalah kecemasan.

SARAN

Hipertiroid berhubungan dengan meningkatnya masalah kecemasan pada wanita usia subur, oleh karena itu penanganan masalah kecemasan pada penderita hipertiroid perlu dimasukkan dalam materi konseling informasi dan edukasi (KIE) serta perlunya melakukan evaluasi terhadap kualitas hidup para penderita gangguan tiroid.

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah robbil 'alamin, penulis dapat menyelesaikan artikel ini. Kami mengucapkan terima kasih kepada petugas Klinik Litbang GAKI Magelang yang telah membantu dalam pengabilan data serta seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Calhoun JF, Acocella JR. *Psikologi tentang Penyesuaian dan Hubungan Kemanusiaan*. Alih Bahasa: RS. Satmoko. Semarang: Penerbit IKIP Semarang; 1990.
2. Atkinson RI, Atkinson RC, Hilgard ER. *Pengantar Psikologi, Edisi ke-8, Jilid 2*. Jakarta: Erlangga; 2004.
3. Hawari D. *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2004.
4. Chattopadhyay C, Chakrabarti N, Ghosh S. An assessment of psychiatric disturbances in Graves disease in a medical college in eastern India. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2012; 15 (3): 276-279.
5. Overbeek T, Vermetten E, Griez E. Epidemiology of Anxiety Disorders. In: Griez E, Faravelli C, Nutt D, Zohar J, editors. *Anxiety Disorders, An Introduction to Clinical Management and Research*. Chichester: John Wiley & Sons, LTD; 2001.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, RI; 2008.
7. Liftiah. *Psikologi Abnormal*. Semarang: Widya Karya; 2009.
8. Harper R, Harvey A, Stein A. Interaction between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*. 2007; 30: 161-167.
9. Victoria C, Hendrick MD, Thomas, MD. Psychological factors affecting medical conditions. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lipincott William & Wilkins Publishers; 2000. p. 3715-3737.
10. Suwalska A, Łącka K, Łojko D, Rybakowski JK. Quality of life, depressive symptoms and anxiety in hyperthyroid patients. *Ann Acad Med Bialostocensis*. 2005; 50(1): 61-63.
11. World Health Organization. *Assesment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers, Third edition*. Geneva: WHO; 2007.
12. Guyton AC, Hall JE. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 11*. Jakarta: EGC; 2007.
13. Mc Dermott M, Ridgway C. Subclinical hypothyroidism is mild thyroid failure and should be treated. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 86 (10): 4585-4590.
14. SurkMI, Ortiz E, Daniels GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, Franklin JA, Hershman JM, Burman KD, Denke MA, Gorman C, Cooper RS, Weissman NJ.

- Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA*. 2004; 291: 228-38.
15. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract*. 2011; 17 (3).
 16. Shambaugh GE. Chemistry and Actions of Thyroid Hormone: Biologic and Cellular Effects. In: Werner SC, Ingbar SH, editors. *The Thyroid, a Fundamental and Clinical Text, 4th Ed*. Maryland: Harper and Row; 1978; p. 115.
 17. Sala-Roca J, Marti-Carbonell MA, Garau A, Darbra S, Balada F. Effect of dysthyroidism in plus maze and social interaction tests. *Pharmacol Biochem Behav*. 2002; 72: 643-650.
 18. Placidi GP, Boldrini M, Patronelli A, Fiore E, Chiovato L, Perugi G, Marazitti D. Prevalence of psychiatric disorders in thyroid diseased patients. *Neuropsychobiol*. 1998; 38: 222-225.
 19. Kathol RG, Delahunt JW. The relationship of anxiety and depression to symptoms of hyperthyroidism using operational criteria. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8:23-28.
 20. Trzepacz PT, McCue M, Klein I, Levey GS, Greenhouse J. A psychiatric and neuropsychological study of patients with untreated Grave's disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:49-55.
 21. WHO. *Assesment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers (Third Edition)*. Geneva: WHO Press; 2007.
 22. Feist J, Feist GJ. *Theories of Personality, Seventh Edition*. USA: The Mc Graw-Hall Companies; 2008.
 23. Corey G. *Teori dan Praktek Konseling & Psikoterapi*. Bandung: PT Refika Aditama; 2009.
 24. Bunevicius R, Velickiene D, Prange AJ. Mood and anxiety disorders in women with treated hyperthyroidism and ophthalmopathy caused by graves' disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005; 27 (2): 133-9.
 25. Sala T, Cox BJ, Sareen J. Anxiety disorders and physical illness comorbidity: An overview. In: Zvolensky MJ, Smits JAJ, editors. *Anxiety in Health Behaviors and Physical Illness*. New York: Springer Science and Business Media, LLC; 2008.
 26. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, anxiety, health related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Arch Med Res*. 2006; 37: 133-139.
 27. Gonen MS, Kisakol G, Cilli AS, Dikbas O, Gungor K, Inal A, Kaya A. Assesment of anxiety in subclinical thyroid disorders. *Endocr J*. 2004; 51(3): 311-315.
 28. Engum A, Bjoro T, Mykletun A, Dahl AA. An Association between depression, anxiety and thyroid function – A clinical fact or an artefact? *Acta Psychiat Scand*. 2002; 106: 27-34.
 29. Demet MM, Ozmen B, Deveci A, Boyvada S, Adiguzel H, Aydemir O. Depression and anxiety in hyperthyroidism. *Arch Med Res*. 2002; 33: 552-556.
 30. Panicker V, Evans J, Bjoros T, Asvold, Dayan C, Bjerkeset O. A Paradoxical difference in relationship between anxiety, depression and thyroid function in subjects on and not on T4: findings from the HUNT study. *Clinical Endocrinology*. 2009; 71: 574-580.