

**EFEKTIVITAS TERAPI KOGNITIF PERILAKU ISLAM
DALAM MENURUNKAN KECEMASAN
PADA PENDERITA HIPERTENSI**

**Tesis
untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Magister Profesi Psikolog**

**Program Magister Profesi Psikologi
Konsentrasi Psikologi Klinis**



diajukan oleh:

**Ravianty Dony, S. Psi
06915021**

Kepada

**PROGRAM MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2012**

Abstract

*The Effectiveness of Islamic Cognitive Behavior Therapy
In Reducing Anxiety at Patient with Hypertension.*

Ravianty Dony, S. Psi

Dr. Toto Kuwato

Rr. Indahria Sulistyarini, S. Psi., M. A., Psikolog

This research examined the effectiveness of Islamic Cognitive Behavior Therapy for helping women with hypertension in reducing their anxiety level. The Islamic Cognitive Behavior Therapy techniques that used in this study were psychoeducation with psychological model and Islamic approach, cognitive reconstruction with two alternatif thought based on fact and Islamic belief, gratitude affirmation, exposure using the butterfly hug stabilization technique combined with dzikir, pasrah diri relaxation, homework, and self presentation.

This research involved women patient with hypertension at middle and high level of anxiety. The anxiety level was measured using the self-mode scale based on anxiety aspect from Calhoun and Acocella (1990), Greenberger and Padesky (1995), Nevid, Rathus and Greene (2005), and was modified or adapted with the condition on patient with hypertension (Bener, et.al., 2006; Spruill, et.al., 2007; Carnemolla, et.al., 2008; Ogedegbe, et.al., 2008; Sangren, et.al., 2009). The self-mode scale had been tested to 30 women patient with hypertension age 30 and above, before being used for this research. The item analysis result showed the alpha cronbach score = 0,901. This research is a quasi experiment (Non randomized pretest – posttest control group design). The hypothesis test showed that the anxiety level in experimental group significantly decreased after treatment by Islamic cognitive behavior therapy rather than the control group. After the follow up periode showed that the subject in experimental group able to pretend the therapy's effect for 2 week after the treatment. The conclusion from this research is the Islamic cognitive behavior therapy is effective in reducing the anxiety level at women patient with hypertension.

Keywords: Islamic Cognitive Behavior Therapy, anxiety at patient with hypertension.

INTISARI

Efektivitas Terapi Kognitif Perilaku Islam Dalam Menurunkan Kecemasan Pada Penderita Hipertensi

Ravianty Dony, S. Psi

Dr. Toto Kuwato

Rr. Indahria Sulistyarini, S. Psi., M. A., Psikolog

Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui efektivitas terapi kognitif perilaku Islam untuk membantu menurunkan kecemasan pada wanita yang menderita penyakit hipertensi. Adapun teknik terapi yang digunakan dalam terapi kognitif perilaku Islam ini yaitu sesi psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, sesi rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, sesi afirmasi kebersyukuran, sesi relaksasi pasrah diri, sesi *exposure* dengan teknik *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, sesi *sharing* atau presentasi diri, dan sesi *homework* atau tugas rumah.

Subjek dalam penelitian ini adalah wanita penderita hipertensi yang mengalami kecemasan. Adapun alat pengumpulan data yang digunakan untuk mengetahui tingkat kecemasan subjek dengan menggunakan skala kecemasan yang disusun oleh peneliti berdasarkan aspek-aspek dari Calhoun dan Acocella (1990), Greenberger dan Padesky (1995), Nevid, Rathus dan Greene (2005) yang telah disesuaikan dengan keadaan pada penderita hipertensi (Bener, dkk., 2006; Spruill, dkk., 2007; Carnemolla, dkk., 2008; Ogedegbe, dkk., 2008, dan Sangren, dkk., 2009). Sebelum skala digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pada subjek yang akan digunakan, terlebih dahulu skala dilakukan ujicoba pada 30 orang wanita penderita hipertensi usia 30 tahun ke atas. Hasil analisis item menunjukkan nilai *alpha cronbach* = 0,901. Adapun metode penelitian yang digunakan adalah *quasi eksperiment (Non randomized pretest – posttest control group design)*. Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa subjek penderita hipertensi dalam kelompok eksperimen mengalami penurunan kecemasan setelah pemberian terapi kognitif perilaku Islam dibandingkan dengan subjek penderita hipertensi pada kelompok kontrol. Berdasarkan hasil *follow up* diketahui bahwa subjek pada kelompok eksperimen mampu mempertahankan efek terapi selama dua minggu pasca terapi. Kesimpulan dari penelitian ini yakni terapi kognitif perilaku Islam terbukti dapat menurunkan kecemasan pada wanita penderita hipertensi.

Kata kunci: Terapi kognitif perilaku Islam, kecemasan pada penderita hipertensi.

Tesis

**EFEKTIVITAS TERAPI KOGNITIF PERILAKU ISLAM
DALAM MENURUNKAN KECEMASAN PADA PENDERITA HIPERTENSI**

yang dipersiapkan dan disusun oleh

Ravianty Dony, S. Psi

telah dipertahankan di depan Sidang Dewan Penguji

pada tanggal 2012

Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama

Anggota Tim Penguji I

Dr. Toto Kuwato

Dra. Retno Suhapti, SU., M. A., Psikolog

Pembimbing Pendamping

Anggota Tim Penguji II

Rr. Indahria Sulistyarini, S. Psi., M. A., Psikolog

Qurotul Uyun, S. Psi., M. Si., Psikolog

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Magister Psikologi (M. Psi)

Tanggal

Ketua Program Magister Profesi Psikologi

RA. Retno Kumolohadi, S. Psi., M. Si., Psikolog

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Jika terdapat hal-hal yang tidak sesuai dengan pernyataan ini, maka saya bersedia gelar kesarjanaan saya dicabut.

Yogyakarta, 2 Februari 2012

Yang menyatakan,

Ravianty Dony, S. Psi



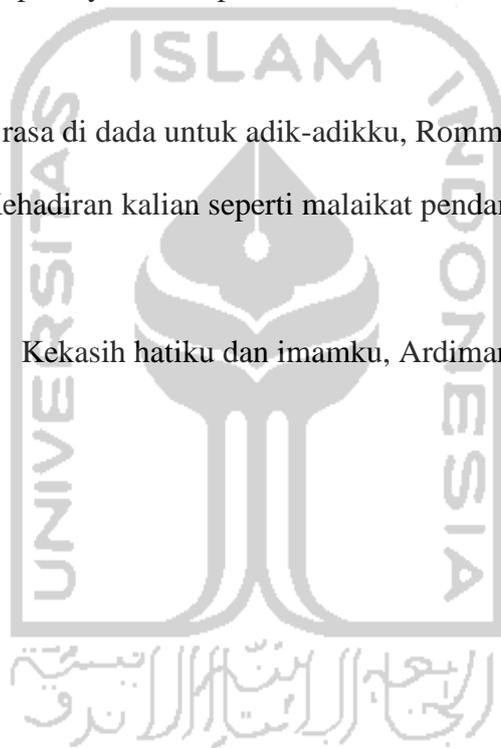
PERSEMBAHAN

Karya tulis ini kupersembahkan untuk:

Papa Mamaku, Don Adonis dan Idawaty. Ketulusan cinta dan kasih sayang kalian membuatku percaya bahwa pemuda dan bidadari surga itu ada di dunia.

Berjuta kotak rasa di dada untuk adik-adikku, Rommy Putra Dony dan Resky Ramadhony. Kehadiran kalian seperti malaikat pendamping bagi relung hatiku.

Kekasih hatiku dan imamku, Ardiman Adami.



MOTTO

Cita-cita yang tinggi bagai langit menjulang, memang layak untuk diperjuangkan. Laksana dua sisi mata pedang. Jika sisinya berkilau tajam, maka bisa menyabet apapun dengan tebasan yang gemilang. Dan jika sisinya tumpul, maka si pemilik pedang akan tertebas oleh kekecewaan yang alang kepalang.

(Ravianty Dony)

Berkatalah orang-orang yang dianugerahi ilmu: “Kecelakaan yang besarlah bagimu, pahala Allah adalah lebih baik bagi orang-orang yang beriman dan beramal saleh, dan tidak diperoleh pahala itu, kecuali oleh orang-orang yang sabar.”

(QS: Al-Qashash, 80)

Kita tak hidup di masa lalu. Kita maju terus. Buka pintu-pintu baru, hal-hal baru. Karena kita ingin tahu, itu membawa kita ke jalan yang baru.

(Bono U2)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullah wabarakatuh.

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, dapat terselesaikannya tulisan ini dengan baik. Tentunya penyusunan tulisan ini tidak akan selesai tanpa bantuan beberapa pihak:

1. Bapak Sus Budiharto, S. Psi., M. Si., Psikolog., selaku Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia.
2. Ibu RA. Retno Kumolohadi, S. Psi., M. Si., Psikolog., selaku Ketua Program Magister Profesi Psikologi Universitas Islam Indonesia, yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian ini dan terimakasih atas bantuan yang telah banyak diberikan selama peneliti menempuh studi di Magister Profesi Psikologi Universitas Islam Indonesia.
3. Bapak Dr. Toto Kuwato selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah mencurahkan waktu, pikiran, dan kesabarannya dalam memberikan bimbingan sehingga dapat terselesaikannya tesis ini.
4. Ibu Rr. Indahria Sulistyarini, S. Psi., M. A., Psikolog selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang dengan ilmunya, ketelitiannya dan kesabarannya dan motivasi psikologisnya telah memberikan bimbingan bagi peneliti dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Ibu Dra. Retno Suhapti, SU., M. A., Psikolog selaku Dosen Penguji dari HIMPSI, terimakasih telah memberikan masukan yang berharga bagi penulisan tesis ini.

6. Ibu Qurotul Uyun, S. Psi., M. Si., Psikolog selaku Dosen Penguji II, terimakasih telah memberikan saran yang berarti bagi penulisan tesis ini.
7. Bapak Dr. Yapsir Gandhi Wirawan, MA selaku Dosen Penguji ujian proposal tesis dan selaku Dosen Penguji seminar hasil tesis. Terimakasih atas masukan untuk perbaikan penyusunan tesis ini.
8. Ibu Dr. Sukarti selaku Dosen Penguji ujian proposal tesis. Terimakasih atas saran dan kritik yang membangun bagi tesis ini.
9. Segenap staf pengajar Magister Profesi Psikologi Universitas Islam Indonesia atas segenap ilmu, pengetahuan, pengalaman, dan dukungan psikologis yang telah diberikan kepada peneliti. Beserta seluruh staf karyawan bagian administrasi Magister Profesi Psikologi Universitas Islam Indonesia yaitu Mbak Mus, Mas Robit, Bapak Fathur, terimakasih atas kerjasamanya dan kebaikan hatinya baik dalam proses penyusunan tesis maupun selama peneliti belajar di Magister Profesi Psikologi Universitas Islam Indonesia.
10. Ibu K. Eko Relawati, SKM selaku Kepala Puskesmas Ngaglik I Sleman Yogyakarta, yang telah memberikan izin penelitian kepada peneliti. Beserta segenap karyawan Puskesmas Ngaglik I Sleman Yogyakarta, terimakasih atas bantuan yang telah banyak diberikan selama peneliti melakukan penelitian.
11. Mar'atul Khusna, S. Psi., Psikolog selaku terapis yang telah membantu pelaksanaan terapi dalam penelitian ini.
12. Rr. Dwi Astuti, S. Psi dan Dewi Lucky Setyowati, S. Psi selaku observer dalam pelaksanaan terapi dalam penelitian ini.

13. Teman-teman seperjuangan peneliti: Mbak Nina, Ratna, Winda, Rahmat, Mbak Deasy, Yuke, Nita, Sasmitawati, Trimulyaningsih, Maya, Eva, terimakasih telah menjadi rumah cahaya ketika peneliti diliputi kebingungan dan kegelapan pikiran hingga sampai mendapatkan pencerahan kembali dalam menyelesaikan tesis ini.
14. Teman-teman Magister Profesi Psikologi Universitas Islam Indonesia yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu, terimakasih atas kebersamaan kita selama menempuh program Magister Profesi Psikologi di Universitas Islam Indonesia.

Akhir kata yang tak terhingga, penulis mengucapkan terimakasih untuk semua pihak yang terkait dengan penyusunan tesis ini hingga selesai, semoga Allah senantiasa melimpahkan kebaikan atas semua budi baik yang telah diberikan kepada penulis. Penulis menyadari bahwasanya penulisan tesis ini kurang dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun akan penulis terima dengan segala kerendahan hati. Semoga karya yang bermanfaat ini dapat bermanfaat. Kesempurnaan hanyalah milik Allah Ta'ala dan kekurangan pastinya milik penulis.

Yogyakarta, 2 Februari 2012

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| ABSTRACT | ii |
| INTISARI | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| HALAMAN PERNYATAAN | v |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | vi |
| HALAMAN MOTTO | vii |
| KATA PENGANTAR | viii |
| DAFTAR ISI | xi |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 13 |
| C. Tujuan Penelitian | 13 |
| D. Manfaat Penelitian | 13 |
| E. Keaslian Penelitian | 14 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Kecemasan Pada Penderita Hipertensi | 21 |
| 1. Pengertian Kecemasan | 21 |
| 2. Pengertian Hipertensi | 23 |
| 3. Pengertian Kecemasan Pada Penderita Hipertensi | 25 |
| 4. Aspek-aspek Kecemasan | 27 |

| | |
|--|----|
| 5. Macam-macam Kecemasan | 31 |
| 6. Faktor-faktor Kecemasan Pada Penderita Hipertensi | 32 |
| B. Terapi Kognitif Perilaku Islam | 36 |
| 1. Pengertian Terapi Kognitif Perilaku | 36 |
| 2. Prinsip Dasar Terapi Kognitif Perilaku | 38 |
| 3. Islam Sebagai Religi | 39 |
| 4. Pengertian Terapi Kognitif Perilaku Islam | 40 |
| 5. Tahapan Terapi Kognitif Perilaku Islam Yang Digunakan Sebagai Intervensi | 41 |
| C. Landasan Teori | 45 |
| D. Dinamika Psikologis | 49 |
| E. Hipotesis | 57 |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Rancangan Penelitian | 58 |
| B. Identifikasi Variabel Penelitian | 60 |
| C. Definisi Operasional Variabel Penelitian | 60 |
| 1. Kecemasan Pada Penderita Hipertensi | 60 |
| 2. Terapi Kognitif Perilaku Islam | 61 |
| D. Subjek Penelitian | 61 |
| E. Metode Pengumpulan Data | 63 |
| F. Prosedur Penelitian | 66 |
| G. Etika Penelitian | 76 |
| H. Metode Analisis Data | 78 |

BAB IV PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN

| | |
|--|-----|
| A. Orientasi Kancah dan Persiapan Penelitian | 79 |
| B. Pelaksanaan Penelitian | 81 |
| C. Hasil Penelitian | 88 |
| 1. Analisis Kuantitatif | 88 |
| 2. Analisis Kualitatif | 95 |
| D. Pembahasan | 131 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan | 137 |
| B. Saran | 137 |
| DAFTAR PUSTAKA | 139 |
| LAMPIRAN | 146 |



DAFTAR TABEL

| | | Halaman |
|-----------|---|---------|
| Tabel 1. | Penyakit Terbanyak Kunjungan Rawat Jalan Pasien JPK Gakin di Puskesmas D.I.Y tahun 2008 | 3 |
| Tabel 2. | Batasan Tekanan Darah Menurut WHO | 24 |
| Tabel 3. | Klasifikasi Tekanan Darah Untuk Dewasa di Atas 18 Tahun | 24 |
| Tabel 4. | Rancangan Kuasi Eksperimen <i>Pretest-Posttest Control Group Design</i> | 59 |
| Tabel 5. | <i>Blue Print</i> Skala Kecemasan Pada Penderita Hipertensi Sebelum <i>Tryout</i> | 69 |
| Tabel 6. | <i>Blue Print</i> Skala Kecemasan Pada Penderita Hipertensi Setelah <i>Tryout</i> | 70 |
| Tabel 7. | Agenda Pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku Islam | 72 |
| Tabel 8. | Distribusi Skor Kecemasan Pada Penderita Hipertensi ... | 82 |
| Tabel 9. | Distribusi Skor Religiusitas | 82 |
| Tabel 10. | Deskripsi Statistik Perbandingan <i>Pretest-Posttest</i> Tingkat Kecemasan, Tekanan Darah Sistolik, dan Tekanan Darah Diastolik Kelompok Eksperimen | 89 |
| Tabel 11. | Deskripsi Statistik Perbandingan <i>Pretest-Posttest</i> Tingkat Kecemasan, Tekanan Darah Sistolik, dan Tekanan Darah Diastolik Kelompok Kontrol | 89 |
| Tabel 12. | Hasil skor uji beda <i>pretest</i> skala kecemasan, skala | |

| | |
|--|----|
| religiusitas, dan tekanan darah pada kelompok eksperimen dan kontrol | 91 |
| Tabel 13. Perolehan skor kecemasan antar kelompok | 92 |



DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 1. Kerangka Berpikir Penelitian | 56 |
| Gambar 2. Histogram Data Rerata (<i>Mean</i>) <i>Pretest</i> , <i>Posttest</i> , dan <i>Follow up</i> Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol | 90 |
| Gambar 3. Penurunan tingkat kecemasan subjek 1 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 99 |
| Gambar 4. Penurunan tingkat kecemasan subjek 2 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 103 |
| Gambar 5. Penurunan tingkat kecemasan subjek 3 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 107 |
| Gambar 6. Penurunan tingkat kecemasan subjek 4 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 111 |
| Gambar 7. Penurunan tingkat kecemasan subjek 5 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 116 |
| Gambar 8. Penurunan tingkat kecemasan subjek 6 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 121 |
| Gambar 9. Penurunan tingkat kecemasan subjek 7 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 126 |
| Gambar 10. Penurunan tingkat kecemasan subjek 8 pada <i>pretest</i> , <i>posttest</i> dan <i>follow up</i> | 131 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu masalah kesehatan adalah penyakit hipertensi. Hipertensi seringkali disebut sebagai pembunuh gelap atau *silent killer*, karena termasuk penyakit yang mematikan, tanpa disertai gejala-gejala terlebih dahulu sebagai peringatan bagi penderitanya. Kalaupun muncul, gejala tersebut seringkali dianggap sebagai gangguan biasa, sehingga penderitanya terlambat menyadari akan datangnya penyakit. Gejala-gejala hipertensi bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya, yakni sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernapas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah, sering buang air kecil (terutama di malam hari), telinga berdenging (tinnitus), dunia terasa berputar/vertigo (Sheps & Centhini, 2004).

Baik disertai gejalanya atau tidak, rongrongan terhadap kesehatan yang diakibatkan oleh hipertensi terus berlangsung. Hipertensi termasuk penyakit dengan angka kejadian (prevalensi) yang cukup tinggi, dan dikaitkan dengan kematian. Tanpa pengobatan, hipertensi ikut berperan dalam kematian ribuan orang karena penyakit penyertanya yang lebih berbahaya, seperti stroke, serangan jantung, gagal jantung, dan gagal ginjal terminal. Hipertensi membuka peluang 12 kali lebih besar bagi penderitanya untuk menderita stroke, dan 6 kali lebih besar

untuk serangan jantung, serta 5 kali lebih besar kemungkinan meninggal karena gagal jantung/*congestive heart failure* (Sustrani, Alam & Hadibroto, 2006).

Penyakit hipertensi bukanlah masalah yang ringan karena prevalensi hipertensi di dunia dan di Indonesia khususnya sangat tinggi. Angka-angka prevalensi hipertensi di Indonesia telah banyak dikumpulkan. Prevalensi terbanyak berkisar 6% – 15%. Tetapi, angka-angka ekstrim rendah seperti di Ungaran, Jawa Tengah 1,8%; Lembah Balim Pegunungan Jaya Wijaya, Irian Jaya 0,6%; dan Talang, Sumatera Barat 17,8% (Arifin, 2009).

Selanjutnya, berdasarkan hasil survei faktor risiko penyakit kardiovaskuler (PKV) oleh proyek WHO di Jakarta, menunjukkan angka prevalensi hipertensi pada pria adalah 13,6% (1988), 16,5% (1993), 12,1% (2000). Pada wanita angka prevalensi mencapai 16% (1988), 17% (1993), dan 12, 2% (2000). Hasil survei tahun 2004 menunjukkan peningkatan prevalensi hipertensi pada wanita yakni sebesar 53,9% dan pada pria sebesar 46,2%. Dalam data Riskesdas 2007 juga disebutkan prevalensi di Indonesia berkisar 30% dengan insiden komplikasi penyakit kardiovaskuler lebih banyak pada perempuan 52% dibandingkan laki-laki 48% (Depkes RI, 2009).

Tidak jauh berbeda dengan data prevalensi di atas, di Puskesmas Daerah Istimewa Yogyakarta muncul berbagai penyakit tidak menular yang semakin tinggi. Hipertensi, alergi, dan rheumatoid adalah diantara beberapa penyakit yang memperlihatkan peningkatan signifikan dalam beberapa tahun terakhir (Dinkes DIY, 2009).

Tabel 1. Penyakit Terbanyak Kunjungan Rawat Jalan Pasien JPK Gakin di Puskesmas D.I.Y tahun 2008

| | Jenis Penyakit di Puskesmas | Jumlah |
|-----|--|--------|
| 1. | ISPA, Common Cold | 70942 |
| 2. | Hipertensi | 28442 |
| 3. | Gastritis | 11797 |
| 4. | Myalgia | 9737 |
| 5. | Penyakit system otot dan jaringan pengikat | 9616 |
| 6. | DM | 9258 |
| 7. | Dermatitis | 9153 |
| 8. | Nasofaringitis akut | 8823 |
| 9. | Pusing, nyeri kepala, vertigo | 8485 |
| 10. | Gangguan lain pada jaringan otot | 7816 |

Sumber: Survey Aksesibilitas JPK Gakin D.I.Y (2008)

Menarik bahwa, penyakit hipertensi telah menjadi penyakit paling dominan kedua bagi kelompok keluarga tidak mampu di DIY. Besaran persentase penyakit hipertensi menurut kabupaten kota cukup bervariasi. Persentase tertinggi adalah di Kota Yogyakarta yang mencapai 28%. Di urutan kedua dan ketiga dengan perbedaan persentase yang cukup jauh adalah untuk Kabupaten Kulonprogo dan Kabupaten Sleman masing-masing 14% (Dinkes DIY, 2009).

Hasil ini mempertegas kesimpulan bahwa, di Provinsi DIY telah terjadi transisi epidemiologi dengan semakin menonjolnya penyakit-penyakit tidak menular khususnya hipertensi yang resikonya terkait penyakit jantung dan pembuluh darah (CVD / cardiovascular disease) (Dinkes DIY, 2009).

Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal (National Heart, Lung, and Blood Institute., 2004). Tekanan darah untuk masing-masing individu juga sangat bervariasi dalam sehari. Pada saat seseorang sedang melakukan kegiatan olahraga, tekanan darahnya akan naik, dan ketika tidur akan turun. Seseorang disebut mengidap hipertensi bila tekanan darahnya

tinggi atau melampaui nilai tekanan darah yang normal, yaitu 120/80 mmHg (Sustrani, dkk., 2006).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis (Sustrani, dkk., 2006). Penyakit kronis adalah penyakit degeneratif yang berkembang dan berkelanjutan dalam kurun waktu yang lama. Seseorang yang telah didiagnosa mengidap penyakit kronis pasti akan merasakan kecemasan. Rasa cemas itu berasal dari rasa takut akan kelanjutan dari penyakitnya itu, takut ditinggalkan dan dijauhi oleh keluarga dan teman-temannya, rasa tidak berdaya, dan yang paling membuat cemas adalah kematian. Hal ini dikarenakan penyakit kronis itu sulit disembuhkan dan dihilangkan dari tubuh pasien. Dokter hanya bisa memberikan terapi untuk mengurangi rasa sakit dan gejala-gejalanya (Rachmawati, 2007).

Selanjutnya senada dengan hal di atas, Sångren, Reventlow dan Hetlevik (2009) telah meneliti lebih spesifik dan menemukan bahwa, penderita tekanan darah tinggi stadium 1 dan stadium 2 pada umumnya memiliki kecemasan seperti merasa takut terhadap penyakit hipertensi, merasa "seperti sebelah kaki berada di dalam kuburan," menganggap penyakit ini adalah "pembunuh, sesuatu yang membahayakan," dan dapat merengut masa depan bersama anak mereka karena beresiko terjadinya kematian. Bener, Kamal, Al-Banna, Al-Muulla dan Elbagi (2006) juga menjelaskan lebih lanjut bahwa kecemasan pada penderita hipertensi yakni munculnya perasaan tegang, takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada dirinya, terus menerus khawatir, tidak dapat tenang atau rileks, merasa gelisah, panik secara tiba-tiba, dan merasa mual.

Carnemolla, Mainous dan Player (2008) telah melakukan survey pada pasien hipertensi yang mengalami kecemasan yang berobat di Rumah Sakit Nasional U.S bagian rawat jalan pada tahun 2005, dan dari hasil surveynya tersebut diketahui bahwa kecemasan pasien hipertensi antara lain kecemasan terhadap akibat atau dampak dari penyakit hipertensi dan mengalami kecemasan terhadap diagnosis dokter terhadap kondisi fisiknya pada tiap kali kunjungan *medical check up*.

Penderita hipertensi juga mengalami *nervous* atau gelisah, gugup, takut ketika akan menjalani pemeriksaan fisik oleh dokter (pengukuran tekanan darah). Hal ini juga didukung oleh Spruill, Pickering, Schwartz, Mostufsky, Ogedegbe, Clemow dan Gerin (2007) bahwa persepsi menjadi seorang yang hipertensif pada penderita hipertensi akan membuat penderita hipertensi mengalami peningkatan kecemasan selama pemeriksaan tekanan darah. Kecemasan ini muncul sebagai sebuah mekanisme terhadap merasa sebagai seseorang yang berstatus hipertensif. Ogedegbe, Pickering, Clemow, Chaplin, Spruill, Albanese, Eguchi, Burg dan Gerin (2008), semakin memperkuat hal ini dan telah meneliti 238 orang pasien hipertensi untuk diukur tekanan darahnya. Sebelum pengukuran tekanan darah, pasien diukur kecemasannya dengan STAI (*State Trait Anxiety Scale*). Hasilnya menunjukkan bahwa pasien mengalami *state anxiety* yang signifikan selama selang waktu pengukuran tekanan darah oleh dokter, tapi *trait anxiety*-nya tidak signifikan.

Senada dengan uraian di atas, berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada tanggal 26 Juni 2008 dengan psikolog yang bertugas di salah satu

puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta, peneliti menemukan data bahwa kecemasan yang dialami oleh penderita hipertensi tidak jauh berbeda dengan yang telah dikemukakan oleh beberapa peneliti di atas yakni penderita hipertensi takut mengalami peningkatan tekanan darah yang semakin tinggi di atas ambang normal, takut dan khawatir akan kelanjutan/resiko penyakit hipertensi yang dideritanya yakni rentan terkena serangan jantung, stroke, atau bahkan kematian. Semua hal tersebut kemudian diinterpretasi secara tidak tepat (distorsi kognitif) oleh penderita hipertensi. Lalu, penderita hipertensi menilai dirinya tidak memiliki/merendahkan kemampuannya dalam mengatasi/mengontrol hal buruk/bahaya yang mereka khawatirkan akan terjadi tersebut, sehingga terjadi kecemasan yang berimbas pada meningkatnya tekanan darah, dan kemudian memperburuk kondisi sakit pasien hipertensi.

Senada dengan pendapat psikolog di atas, berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa orang penderita hipertensi yang sedang berobat jalan di salah satu puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta pada tanggal 26 Juni - 17 Juli 2008, diperoleh data bahwa penderita hipertensi khawatir dan takut tekanan darahnya naik semakin tinggi, dan bila tekanan darahnya terus menerus naik maka ia akan rentan terkena serangan jantung, stroke, atau bahkan kematian. Kekhawatirannya, seandainya bila ia meninggal karena tekanan darah tinggi, maka tiada yang akan memperhatikan atau merawat keluarga yang ditinggalkan olehnya (ketakutan akan ketidakpastian masa depannya akibat kondisi sakitnya).

Kecemasan merupakan suatu keadaan khawatir, gugup, atau takut ketika berhadapan dengan pengalaman yang sulit dalam kehidupan seseorang dan

menganggap bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi (Ekowarni & Mawandha, 2009). Beck (1989) mengungkapkan bahwa kecemasan terjadi karena adanya penilaian kognitif yang tidak tepat terhadap sumber kekhawatiran/stressor. Jika individu mampu memberikan penilaian kognitif secara tepat, maka kecemasan tidak terjadi.

Ormrod (2004) menjelaskan terdapat empat ciri / aspek kecemasan yaitu aspek kognitif, afeksi, fisiologis, dan perilaku. Aspek kognitif meliputi pikiran negatif, menakutkan dan kekhawatiran. Aspek afeksi misalnya perasaan tegang. Aspek fisiologis meliputi peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan pernafasan. Aspek perilaku ditunjukkan melalui perilaku gelisah dan berjalan bolak balik. Bener, dkk (2006) juga menambahkan gejala kecemasan yang terjadi yaitu meliputi ketegangan otot, sakit kepala, dan mulut kering. Selanjutnya, Reyher dan Handler (1966) juga menjelaskan lebih lanjut bahwa indikasi kecemasan atau gangguan psikologis secara fisik bisa diketahui melalui pengukuran dengan *Galvanic Skin Response (GSR)*, yang mana GSR ini mengukur konduksi energi elektrik pada kulit yang memberikan gambaran mengenai fluktuasi reaksi spontan terhadap stimulus. Selain itu, indikasi kecemasan juga dapat diketahui dari terjadinya gangguan pada fungsi-fungsi pencernaan seperti mual, muntah, mulas, kembung, produksi asam lambung meningkat (Kandouw, 2010).

Wilianto (2009) mengemukakan dalam penelitiannya bahwa kecemasan bisa meningkatkan tekanan darah, dan berbahaya jika terjadi pada orang-orang yang menderita hipertensi. Penurunan kecemasan menjadi salah satu hal yang

penting untuk dilakukan agar tekanan darah dan denyut jantung penderita hipertensi tidak meningkat.

Para dokter/tim medis menyadari bahwa pengobatan hipertensi tidak cukup hanya dengan terapi farmakologis saja seperti menggunakan obat antihipertensif (*diuretics, calcium channel blockers, beta blockers, alpha agonists/alpha blockers*). Para dokter/tim medis menyadari bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi naik turunnya tekanan darah adalah pengalaman emosional, seperti stres, kecemasan, dan depresi. Oleh karena itu para dokter/tim medis melakukan kerjasama dengan psikolog/ahli jiwa dalam membantu pemberian treatment terhadap faktor emosi pada penderita hipertensi (Sustrani, dkk., 2006).

Senada dengan hal di atas, berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada tanggal 19 April 2011 dengan dokter yang bertugas di salah satu puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta, peneliti menemukan data bahwa pemberian terapi farmakologis saja terkadang tidak cukup dalam membantu pasien hipertensi agar tidak mengalami peningkatan tekanan darah dari waktu ke waktu. Pihak medis menyadari bahwa faktor emosional signifikan dalam mempengaruhi tekanan darah pasien hipertensi. Oleh karena itu, pihak medis merasa perlu untuk merujuk pasien hipertensi yang memiliki riwayat hipertensi yang kronis pada psikolog puskesmas untuk mendapatkan semacam treatment psikologis yang membantu pasien hipertensi untuk menata status emosinya, sehingga diharapkan akan lebih efektif dalam membantu pasien mengurangi resiko keparahan atau menurunkan tingkat kekronisan penyakit hipertensi yang diderita olehnya.

Salah satu pendekatan terapi non farmakologis yang efektif untuk mengurangi kecemasan adalah terapi kognitif perilaku (Ekowarni & Mawandha, 2009). Terapi kognitif perilaku telah banyak digunakan dalam proses penyembuhan gangguan kepribadian, depresi, skizofrenia, gangguan cemas, gangguan panik, fobia, gangguan somatoform, ketergantungan substansi, gangguan makan, gangguan obsesif kompulsif, gangguan stress pasca trauma, hipokondria, dan masalah emosi bahkan masalah perkawinan (Oemarjoedi, 2003).

Keefektifan terapi kognitif perilaku untuk intervensi kecemasan pada penderita hipertensi telah dibuktikan oleh penelitian Wilianto (2009). Wilianto menggunakan terapi musik kognitif perilaku dalam mengurangi kecemasan pada empat partisipan wanita yang berumur antara 40 – 60 tahun, di mana mereka menderita hipertensi esensial (stadium satu dan dua). Hasil penelitian menunjukkan bahwa, terapi musik kognitif perilaku mampu mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi, meskipun terdapat beberapa saran terhadap peneliti selanjutnya agar terapi kognitif perilaku semakin meningkat efektivitasnya dalam mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi.

Terapi kognitif perilaku adalah terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif. Terapi ini didasarkan pada asumsi bahwa, gangguan psikologis disebabkan oleh: (1) adanya penyimpangan pemrosesan informasi yakni dalam proses atensi, abstraksi, dan pengkodean informasi pengalaman, (2) pikiran seseorang akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perilaku dan emosi, dan (3) terdapat hubungan antara pikiran, perasaan, perilaku, dan gejala fisik (Anderson, Watson & Davidson, 2008).

Pada terapi kognitif perilaku terdapat nilai-nilai yang menyempitkan nilai-nilai agama. Para peneliti dalam model terapi kognitif perilaku klasik, melumpuhkan skema keyakinan tentang diri dan Allah yang diperkuat sikap ketidaksempurnaan, inkompetensi, keterasingan, dan mendiskusikan bagaimana sengketa keyakinan dan praktek keagamaan/rohani untuk mengatasi gangguan dengan lebih baik (Dayle, Shannon, Smith & Robertson, 2010). Pada masa lalu, keyakinan agama dan perilaku sering dipandang sebagai tanda patologi atau irrasionalitas. Namun, dengan semakin matangnya pemahaman ilmu Psikologi, ada pemahaman yang lebih baik dan penerimaan bahwa bagi banyak orang bahwa keyakinan agama dan praktik keagamaan dapat membantu (Nielson & Dowd, 2006). Bahkan secara empiris, telah ditemukan bahwa sebagian besar pasien sakit kronis ingin memasukkan keberagamaan dalam terapi yang mereka jalani. Oleh karena itu, sebuah terapi perlu disesuaikan dengan nilai-nilai yang dianut oleh klien, yakni dengan mengadaptasikan nilai-nilai keberagamaan pada terapi perilaku kognitif klasik, dimana keyakinan agama akan digunakan sebagai sumber daya dalam terapi (Duke University & NIH, 2010).

Suatu studi yang dilakukan oleh Azhar (Hawari, 2004) terhadap 62 pasien psikiatri yang beragama Islam, yang mengalami gangguan kecemasan menyeluruh (*generalized anxiety disorder/GAD*). Pada studi ini, sebagian pasien menerima pengobatan secara konvensional yaitu diberikan obat anti cemas dan psikoterapi suportif, dan sebagian lagi mendapatkan terapi yang sama ditambah dengan terapi psikoreligius (berdoa, berzikir, dan mengaji/membaca kitab suci Al-Qur'an). Hasil yang diperoleh membuktikan bahwa pasien yang menerima tambahan terapi

psikoreligius menunjukkan perbaikan yang bermakna dari gejala-gejala kecemasannya dibandingkan dengan pasien yang hanya mendapat terapi konvensional.

Studi Paukert, Phillips, Cully, Loboprabhu, Lomax dan Stanley (2009) meneliti efek dari mengintegrasikan agama ke dalam terapi kognitif perilaku untuk intervensi depresi dan kecemasan. Hasil dari studi ini yakni, perbaikan gejala depresi dan kecemasan terjadi lebih awal atau lebih cepat pada fase-fase awal terapi kognitif perilaku yang digabungkan dengan agama dibandingkan dengan terapi kognitif perilaku tanpa pengintegrasian agama. Lalu, Paukert, dkk (2009) memberikan rekomendasi untuk mengintegrasikan keyakinan agama ke dalam terapi kognitif perilaku berdasarkan literatur empiris mengenai aspek agama mempengaruhi kesehatan mental dan juga terdapat manfaat dengan memasukkan agama ke dalam terapi kognitif perilaku untuk pengobatan depresi dan kecemasan.

Terapi kognitif perilaku religius atau terapi kognitif perilaku dengan pendekatan agama merupakan "terapi kognitif" perilaku yang mencakup pertimbangan keyakinan keagamaan dalam terapi (Duke University & NIH, 2010). Para peneliti menyimpulkan bahwa, terapi kognitif perilaku berorientasi agama atau terapi kognitif perilaku dengan pendekatan agama adalah suatu kerangka kerja yang berguna untuk mengatasi disfungsi skema agama dan mendorong sikap agama yang sehat, yang mempromosikan adaptasi yang positif. Strategi tersebut membantu mengubah kepercayaan inti sakit, pengalaman

fisiologis sakit kronis, depresi, gelisah, dan takut, dan meningkatkan harga diri, *self-efficacy*, dan kualitas yang dirasakan dari jaringan sosial (Dayle, dkk., 2010).

Penelitian ini menggunakan sebuah terapi kognitif perilaku Islam, yakni terapi yang menggabungkan terapi kognitif dan terapi perilaku yang mengakomodasikan/mengintegrasikan nilai-nilai agama Islam (Duke University & NIH, 2010; Dayle, dkk., 2010). Tujuan terapi ini adalah untuk memodifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak yang negatif/maladaptif menjadi positif yakni dengan cara belajar keterampilan kognitif dan perilaku yang baru yang lebih adaptif didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam (Trimulyaningsih, 2010).

Adapun tahapan terapi kognitif perilaku Islam dalam penelitian ini terdiri dari sesi psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, sesi rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, sesi afirmasi kebersyukuran, sesi relaksasi pasrah diri, sesi *exposure* dengan teknik *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, sesi *sharing* atau presentasi diri, dan sesi *homework* atau tugas rumah.

Dari semua rangkaian proses di atas, maka secara keseluruhan diharapkan akan membantu klien untuk mengubah pikiran/keyakinan dan tingkah lakunya yang maladaptif, tidak produktif, dan melemahkan, serta mengadopsi, dan memperkuat proses kognitif dan perilaku yang lebih adaptif didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam, sehingga diharapkan tingkat kecemasan klien penderita hipertensi menurun.

Alasan penelitian ini masih perlu dilakukan adalah untuk melihat efektivitas dari terapi kognitif perilaku Islam yang terdiri atas psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, afirmasi kebersyukuran, relaksasi pasrah diri, *exposure* dengan teknik *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, *sharing* atau presentasi diri, dan *homework* atau tugas rumah, terhadap penurunan kecemasan pada penderita hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian ini adalah: Apakah terapi kognitif perilaku Islam efektif dalam menurunkan kecemasan pada penderita hipertensi?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas terapi kognitif perilaku Islam dalam menurunkan kecemasan pada penderita hipertensi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini, dapat mengetahui lebih jelas mengenai peran terapi kognitif perilaku Islam terhadap penurunan kecemasan pada penderita hipertensi.

2. Manfaat Praktis

- a. Sebagai salah satu metode intervensi yang dapat diterapkan di tempat penelitian dalam rangka membantu menurunkan kecemasan pada penderita hipertensi.
- b. Terapi kognitif perilaku religius sebagai sebuah terapi dapat menjadi referensi untuk menurunkan kecemasan terutama bagi mereka yang memiliki keyakinan agama Islam. Selain itu, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan psikologi Islami.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian yang meneliti tentang terapi kognitif perilaku untuk intervensi terhadap kecemasan pada penderita hipertensi adalah penelitian Wilianto (2009). Wilianto mengungkapkan bahwa, kecemasan bisa meningkatkan tekanan darah, dan berbahaya jika terjadi pada orang-orang yang menderita hipertensi. Penelitian Wilianto bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi musik kognitif perilaku dalam mengurangi kecemasan pada empat partisipan wanita yang berumur antara 40 – 60 tahun, di mana mereka menderita hipertensi esensial (stadium satu dan dua). Syarat partisipan yakni suka mendengarkan musik, dan kecemasannya berada pada level kecemasan sedang. Terapi musik kognitif perilaku diberikan secara individual, dilaksanakan dalam 4 sesi, dan menggunakan MP4 *Player* serta *headphone*. Kecemasan partisipan diukur menggunakan *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Penskalaan dilakukan pada *baseline* dan setiap sesi. Rancangan eksperimen menggunakan *small N experiment*, desain ABA. Data dianalisis

dengan menggunakan *visual inspection*, dan analisis kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu mengurangi kecemasan pada penderita tekanan darah tinggi. Terdapat saran terhadap peneliti selanjutnya agar terapi kognitif perilaku semakin meningkat efektivitasnya dalam mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi.

Penegakan agama ke dalam terapi kognitif perilaku dapat meningkatkan penerimaan dan efektifitas terapi, sehingga terapi kognitif perilaku yang berorientasi religius/spiritual atau terapi kognitif perilaku dengan pendekatan agama lebih eksplisit juga telah dikembangkan dalam beberapa tahun terakhir, terutama dalam tradisi Kristen dan Muslim. Sekarang ada hasil studi pada enam Kristen dan empat Muslim dengan berbagai metodologis, telah memberikan dukungan empiris akan keberhasilan terapi kognitif perilaku berorientasi religius/spiritual atau terapi kognitif perilaku dengan pendekatan agama pada klien yang religius, terutama bagi klien dengan depresi klinis dan pada tingkat lebih rendah yakni klien dengan gangguan kecemasan umum (Tan & Siang-Yiang 2007).

Studi Paukert, dkk (2009) meneliti efek dari mengintegrasikan agama ke dalam terapi kognitif perilaku untuk intervensi depresi dan kecemasan. Hasil dari studi ini yakni, perbaikan gejala depresi dan kecemasan terjadi lebih awal atau lebih cepat pada fase-fase awal terapi kognitif perilaku yang digabungkan dengan agama dibandingkan dengan terapi kognitif perilaku tanpa pengintegrasian agama.

Selanjutnya, juga terdapat penelitian mengenai penggunaan doa sebagai penyembuhan batin, dan Kitab Suci dalam pendekatan Kristen untuk terapi

kognitif-perilaku. *Expanded CBT* sekarang termasuk *mindfulness* berbasis *cognitive therapy*, terapi penerimaan dan komitmen, dan terapi dialektis perilaku. Dalam penelitian ini digambarkan bagaimana doa dan Alkitab dapat secara eksplisit digunakan dalam (*Christian Cognitive Behavior Therapy*) CBT Kristen atau terapi kognitif perilaku Kristen. Hasil penelitian menunjukkan kemanjuran CBT berorientasi atau dengan pendekatan agama sebagai penyembuhan batin (Tan & Siang-Yiang, 2007).

Charcot (The Center For CBT, 2006) melaporkan tentang penyembuhan ajaib pada 'perempuan dengan temperamen tertentu' dan menuntut pekerja medis saat itu untuk mengeksploitasi "terapi iman" yang menyembuhkan 'tersebut. Pada abad kemudian, literatur psikologi agama menekankan keyakinan yang sama dan menghitung bahwa 2 – 6% dari varians orang dewasa dimana kesejahteraannya ditentukan oleh keyakinan agama, yaitu daya prediksinya adalah sama besar dengan status perkawinan dan ekonomi. Banyak psikoterapis analitis dan perilaku setuju bahwa keyakinan agama mungkin memiliki kekuatan penyembuhan yang kuat.

Studi Dayle, dkk (2010) tentang penerapan/penegakan agama dalam terapi kognitif perilaku adalah *Christian Cognitive-Behavioral Therapy* atau terapi kognitif perilaku Kristen untuk intervensi masalah rasa sakit kronis. Studi ini memperhatikan rasa sakit yang komorbid dengan depresi pada 54% dari semua kasus. Peneliti menggambarkan mengenai berbagai pola pikir klien yang melumpuhkan sehingga memperkuat rasa sakit dan nyeri kronis, mengenai berpikir dikotomis hitam-atau-putih ("rasa sakit sama sekali berarti aku

mengalami hari yang mengerikan"), berpikir tentang bencana dan kemungkinan terburuk ("Aku akan mati jika aku keluar di badai ini lagi"), dan *overgeneralizing* (menghindari semua mobil dan mengemudi karena pernah terluka parah di dalam mobil) menginfeksi baik rasa sakit dan depresi penderita. Dengan mengkaji berbagai penelitian tentang mengurangi atau mengelola rasa sakit dan depresi dengan menggunakan ide keyakinan Kristen, peneliti menyimpulkan bahwa keyakinan agama bisa mengatasi dampak pada nyeri kronis. Para peneliti mengemukakan bahwa mencari kenyamanan dari Tuhan yang penuh kasih, meditasi, dan doa bisa menurunkan rasa sakit, gelisah, dan depresi, serta meningkatkan harga diri, kesejahteraan secara keseluruhan, dan kepuasan hidup. Sebaliknya, apatis terhadap agama dan merasa dihukum oleh Allah, semua akan berhubungan dengan kecemasan, meningkatkan rasa sakit, dan kesehatan mental menjadi terganggu. Para peneliti dalam model terapi kognitif perilaku klasik, melumpuhkan skema keyakinan tentang diri dan Allah yang diperkuat sikap ketidaksempurnaan, inkompetensi, keterasingan, dan mendiskusikan bagaimana sengketa keyakinan dan praktek keagamaan-rohani untuk mengatasi gangguan dengan lebih baik. Para peneliti menyimpulkan bahwa, terapi kognitif perilaku yang berorientasi agama atau dengan pendekatan agama adalah suatu kerangka kerja yang berguna untuk mengatasi disfungsi skema agama dan mendorong sikap agama yang sehat, yang mempromosikan adaptasi yang sukses. Strategi tersebut membantu mengubah kepercayaan inti sakit, pengalaman fisiologis sakit kronis, depresi, gelisah, dan takut, dan meningkatkan harga diri, *self-efficacy*, dan kualitas yang dirasakan dari jaringan sosial (Dayle, dkk., 2010).

Penelitian Trimulyaningsih (2010) menggunakan terapi kognitif perilaku religius pada partisipan muslim. Trimulyaningsih menerapkan terapi kognitif perilaku yang mengakomodasikan nilai-nilai agama Islam untuk menangani gangguan depresi. Subjek penelitian dalam penelitian ini adalah dua orang wanita muslim yang termasuk dalam kategori depresi ringan dan sedang berdasarkan skala BDI. Rancangan eksperimen menggunakan *single subject*, desain ABA. Data dianalisis dengan menggunakan *visual inspection*, dan analisis kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku religius efektif untuk mengurangi gejala-gejala depresi.

Dalam penelitian kali ini, peneliti tertarik untuk meneliti efektivitas terapi kognitif perilaku Islam terhadap penurunan kecemasan pada penderita hipertensi. Perbedaan yang mendasar dari penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yakni sebagai berikut:

a. Keaslian topik

Topik/variabel yang ingin diketahui efektivitasnya adalah terapi kognitif perilaku Islam yang tahapannya terdiri atas sesi psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, sesi rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, sesi afirmasi kebersyukuran, sesi relaksasi pasrah diri, sesi *exposure* dengan teknik *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, sesi *sharing* atau presentasi diri, dan sesi *homework* atau tugas rumah, untuk menurunkan kecemasan pada penderita hipertensi.

Tahapan psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, afirmasi kebersyukuran, relaksasi religi, *sharing* atau presentasi diri, dan sesi *homework* atau tugas rumah merupakan tahapan terapi kognitif perilaku religi yang sudah pernah diteliti oleh penelitian Trimulyaningsih untuk mengatasi depresi (2010).

Maka dalam penelitian ini, dari tahapan penelitian Trimulyaningsih (2010) tersebut peneliti memodifikasi tahapannya dengan melakukan penyesuaian proses terapi untuk kecemasan pada subjek penderita hipertensi yakni dengan menggunakan tehnik relaksasi pasrah diri yang diangkat dari penelitian Asdie (2000), dan menggunakan *exposure* dengan tehnik stabilisasi *the butterfly hug* yang diangkat dari penelitian Artigas dan Jarero (1998) yang telah dimodif dengan penambahan unsur dzikir pada proses pelaksanaan *the butterfly hug* (Sadatun, 2010).

b. Keaslian teori

Adapun teori yang digunakan dalam penyusunan tehnik terapi kognitif perilaku Islam ini adalah teori terapi kognitif perilaku pada umumnya untuk intervensi kecemasan. Kemudian, peneliti mengadaptasi tehnik terapi kognitif perilaku dengan pendekatan Islam (Trimulyaningsih, 2010; Sadatun, 2010; Asdie, 2000). Adapun teori kecemasan dalam penelitian ini menggunakan teori Beck (1989), Durand dan Barlow (2006), dan kecemasan dari pendekatan psikoreligi (Hawari, 2004; Yahya, 2009).

c. Keaslian subjek

Subjek penelitian dalam penelitian ini adalah para penderita hipertensi yang berada di wilayah kerja Puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta.

d. Keaslian alat ukur dan modul penelitian.

Alat ukur dalam penelitian ini menggunakan skala kecemasan pada penderita hipertensi yang disusun sendiri oleh peneliti berdasarkan teori Beck (1989), Durand dan Barlow (2006), dan aspek-aspek kecemasan yang meliputi aspek emosi, kognitif, fisik, dan perilaku (Calhoun & Acocella, 1990; Greenberger & Padesky, 1995; Nevid, dkk., 2005) yang telah disesuaikan dengan keadaan kecemasan pada penderita hipertensi (Bener, dkk., 2006; Spruill, dkk., 2007; Carnemolla, dkk., 2008; Ogedegbe, dkk., 2008; Sångren, dkk., 2009). Peneliti dalam penelitian ini juga menggunakan skala religiusitas dari Anggraieni (2008) untuk mengontrol homogenitas tingkat religiusitas subjek penelitian. Adapun modul atau pedoman tahapan terapi kognitif perilaku Islam dalam penelitian ini adalah hasil modifikasi dari teknik terapi kognitif perilaku religius dari Trimulyaningsih (2010), dan teknik terapi kognitif perilaku dari Sasmitawati (2008), serta modifikasi dari peneliti yakni pada tahap relaksasi (relaksasi pasrah diri dari Asdie, 2000) dan *exposure* (penggunaan teknik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir sebagai metode *exposure* dari Artigas & Jarero, 1998; Sadatun, 2010). Dengan demikian, keaslian penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kecemasan Pada Penderita Hipertensi

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan merupakan salah satu kondisi psikologis yang biasa terjadi karena pengalaman tidak menyenangkan yang dialami oleh setiap manusia. Menurut Nevid, dkk (2005), kecemasan merupakan suatu keadaan khawatir, gugup, atau takut ketika berhadapan dengan pengalaman yang sulit dalam kehidupan seseorang dan menganggap bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

Menurut Atkinson dan Hilgard (1996), kecemasan adalah emosi yang tidak menyenangkan yang ditandai dengan istilah-istilah seperti kekhawatiran, keprihatinan, dan rasa takut yang kadang-kadang dialami oleh individu dalam tingkatan yang berbeda-beda. Kecemasan adalah suatu kondisi yang mengakibatkan seseorang merasa tidak nyaman dan serba salah sehingga tidak dapat melakukan aktivitasnya secara maksimal.

Kecemasan (*anxiety*) adalah suatu keadaan aprehensi atau keadaan khawatir yang dirasakan oleh seseorang bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi, dan merupakan pengalaman umum manusia. Kecemasan merupakan suatu keadaan khawatir, gugup atau takut ketika berhadapan dengan pengalaman yang sulit dalam kehidupan seseorang dan menganggap sesuatu yang buruk akan terjadi (Nevid, dkk., 2005).

Kecemasan merupakan perasaan gelisah atau khawatir dan ketakutan terhadap sesuatu situasi khusus yang akan terjadi dengan akibat tidak pasti (Ormrod, 2004). Seseorang tidak yakin pada bahaya yang akan terjadi, dimana dan kapan waktunya (Kalat, 2007). Hal senada juga diungkapkan oleh Natalia dan Dwita (2002) bahwa kecemasan adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan, penuh kekhawatiran, kegelisahan, dan penyebab timbulnya tidak jelas atau tidak kelihatan, dan lebih karena interpretasi subjektif dari orang yang mengalaminya.

Menurut *American Psychiatric Association* (Durand & Barlow, 2006) kecemasan adalah keadaan suasana perasaan (*mood*) yang ditandai oleh gejala-gejala jasmaniah seperti ketegangan fisik dan kekhawatiran tentang masa depan. Kecemasan merupakan keadaan suasana hati yang ditandai oleh afek negatif dan gejala-gejala ketegangan jasmaniah di mana seseorang mengantisipasi kemungkinan datangnya bahaya atau kemalangan di masa yang akan datang dengan perasaan khawatir. Jadi, kecemasan ini mencakup adanya afek negatif, gejala ketegangan somatik, berorientasi ke masa mendatang, dan perasaan bahwa dirinya tidak mampu memprediksi atau mengontrol kejadian yang akan datang. Kecemasan merupakan keadaan suasana hati yang berorientasi pada masa yang akan datang, yang ditandai oleh adanya kekhawatiran karena tidak dapat memprediksi atau mengontrol kejadian yang akan datang.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah keadaan suasana perasaan (*mood*) yang ditandai oleh gejala-gejala fisik dan afek negatif berupa kekhawatiran, gugup, takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi di masa yang akan datang dengan akibat tidak pasti. Kecemasan terjadi karena

interpretasi subjektif yang tidak tepat (*distorsi cognitive*) dan perasaan tidak mampu/tidak berdaya memprediksi atau mengontrol hal buruk yang akan terjadi di waktu mendatang (*underestimate the sense of control*).

2. Pengertian Hipertensi

Hipertensi sebenarnya merupakan gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Tubuh akan bereaksi lapar yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Bila kondisi tersebut berlangsung lama dan menetap, timbullah gejala yang disebut sebagai penyakit tekanan darah tinggi (Sobel & Bakris, 1996)

Cara terbaik memastikan hipertensi adalah dengan melakukan pengukuran tekanan darah. Tekanan darah adalah kekuatan darah mengalir di dinding pembuluh darah yang keluar dari jantung (pembuluh arteri) dan yang kembali ke jantung (pembuluh balik). Tekanan darah dibedakan antara tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik. Tekanan darah sistolik adalah tekanan yang terjadi bila otot jantung berdenyut memompa untuk mendorong darah keluar melalui arteri. Angka tekanan darah yang muncul menunjukkan seberapa kuat jantung memompa untuk mendorong darah melalui pembuluh darah. Adapun tekanan darah diastolik adalah ketika jantung beristirahat membiarkan darah kembali masuk ke jantung maka angka tekanan darah yang muncul menunjukkan berapa besar hambatan dari pembuluh darah terhadap aliran darah balik ke jantung (Sustrani, dkk., 2006).

Tekanan darah diukur dengan menggunakan manometer air raksa yang disebut sebagai tensimeter. Ukurannya dalam mmHg (milimeter air raksa). Tekanan darah manusia dapat digolongkan menjadi tiga kategori yaitu, tekanan darah rendah (hipotensi), tekanan darah normal (normotensi) dan tekanan darah tinggi (hipertensi). Menurut WHO (1992), batas normal adalah 120-140 mmHg sistolik dan 80-90 mmHg diastolik. Seseorang disebut mengidap hipertensi bila tekanan darahnya selalu terbaca di atas 140/90 mmHg. Tekanan darah ditentukan dari nilai rata-rata dua kali pengukuran atau lebih dari kunjungan yang berbeda.

Tabel 2. Batasan tekanan darah menurut WHO

| Tekanan Sistolik (mmHg) | Tekanan Diastolik (mmHg) | Klasifikasi |
|-------------------------|--------------------------|-------------|
| < 140 | < 90 | Normotensi |
| 141 - 159 | 91 - 94 | Perbatasan |
| >160 | >95 | Hipertensi |

Sumber: WHO, 1992.

Tabel 3. Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa di atas 18 tahun

| Klasifikasi Tekanan Darah | Tekanan Sistolik dan Diastolik (mmHg) |
|---------------------------|---------------------------------------|
| Normal | < 120 dan < 80 |
| Prehipertensi | 120 - 139 dan 80 - 89 |
| Hipertensi Stadium I | 140 - 159 dan 90 - 99 |
| Hipertensi Stadium II | >160 dan >100 |

Sumber: JNC 7 (The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure).

Hipertensi menurut penyebabnya dibedakan menjadi dua golongan besar (Sustrani, dkk., 2006), yaitu:

- a. Hipertensi esensial (hipertensi primer), yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Sebanyak 90-95% kasus hipertensi yang terjadi tidak diketahui dengan pasti apa penyebabnya. Para pakar menunjuk stress sebagai faktor

utama, setelah itu banyak faktor lain yang mempengaruhi, dan para pakar juga menemukan hubungan antara riwayat keluarga penderita hipertensi (genetik) dengan risiko untuk juga menderita penyakit ini. Faktor-faktor lain yang dapat dimasukkan dalam daftar penyebab hipertensi jenis ini adalah lingkungan, kelainan metabolisme intra seluler, dan faktor-faktor yang meningkatkan risikonya - obesitas, konsumsi alkohol, merokok dan kelainan darah (polisitemia).

- b. Hipertensi renal (hipertensi sekunder), yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain. Pada 5-10% kasus sisanya, penyebab spesifiknya sudah diketahui, yaitu gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, ginjal, penyakit pembuluh darah, atau berhubungan dengan kehamilan. Kasus yang jarang terjadi adalah karena tumor kelenjar adrenal. Garam dapur akan memperburuk kondisi hipertensi, tetapi bukan faktor penyebab.

3. Pengertian Kecemasan Pada Penderita Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis (Sustrani, dkk., 2006). Penderita penyakit kronis merasakan kecemasan berupa rasa takut akan kelanjutan dari penyakitnya itu, takut ditinggalkan dan dijauhi oleh keluarga dan teman-temannya, rasa tidak berdaya, dan yang paling membuat cemas adalah kematian akibat penyakit tersebut (Rachmawati, 2007).

Sångren, dkk (2009) mengemukakan bahwa penderita tekanan darah tinggi stadium 1 dan stadium 2 pada umumnya memiliki kecemasan berupa perasaan takut terhadap penyakit hipertensi, menganggap penyakit ini adalah ancaman dan

sesuatu yang membahayakan, dan menganggap penyakit ini dapat merengut masa depan penderita bersama orang yang dicintai karena beresiko terjadinya kematian, sehingga para penderita hipertensi menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan tekanan darah naik. Menurut Sustrani, dkk (2006), adapun hal-hal yang dapat menyebabkan tekanan darah naik antara lain kolesterol, kegemukan, kurang olahraga, merokok, serta konsumsi alkohol dan garam/Natrium. Selain itu, kecemasan pada penderita hipertensi yakni munculnya perasaan tegang, takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada dirinya, terus menerus khawatir, tidak dapat tenang atau rileks, merasa gelisah, panik secara tiba-tiba, dan merasa mual (Bener, dkk., 2006).

Carnemolla, dkk (2008) mengungkapkan bahwa kecemasan pasien hipertensi antara lain kecemasan terhadap akibat atau dampak dari penyakit hipertensi. Menurut Sustrani, dkk (2006) hipertensi dapat menimbulkan dampak pada diri si penderita antara lain penderita beresiko mengalami gagal jantung/kematian, stroke dan kelumpuhan, gagal ginjal, kebutaan, dan bersamaan dengan hipertensi akan mengalami kencing manis (*Diabetes mellitus*), hiperfungsi kelenjar tiroid (*hyperthyroid*), rematik, serta meningkatnya kadar lemak (*hyperlipidemia*). Selain itu, penderita hipertensi juga mengalami kecemasan terhadap diagnosis dokter terhadap kondisi fisiknya pada tiap kali kunjungan *medical check up*.

Spruill, dkk (2007) mengemukakan bahwa penderita hipertensi mengalami peningkatan kecemasan selama pemeriksaan tekanan darah oleh dokter/tenaga medis. Kecemasan ini muncul sebagai sebuah mekanisme terhadap merasa

sebagai seseorang yang berstatus hipertensif. Ogedegbe, dkk (2008), juga memperkuat hal ini bahwa pasien hipertensi mengalami *state anxiety* yang signifikan selama selang waktu pengukuran tekanan darah oleh dokter, tapi *trait anxiety*-nya tidak signifikan.

Berdasarkan uraian di atas, maka kecemasan pada penderita hipertensi adalah reaksi emosional yang negatif (khawatir, tegang, takut, pesimis, gelisah, tidak nyaman, gugup) terhadap keadaan/kondisi sakit hipertensi yang dideritanya yang dirasa tidak menyenangkan dan menimbulkan ancaman. Reaksi emosional ini berupa asumsi negatif subjek terhadap penyakit hipertensi, terhadap peningkatan tekanan darah (tensi) yang semakin tinggi di atas ambang normal, terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan tekanan darah naik, terhadap kelanjutan/resiko dari penyakit hipertensi, dan terhadap ketidakpastian masa depan akibat kondisi sakit hipertensi.

4. Aspek-aspek Kecemasan

Menurut Greenberger dan Padesky (1995), seseorang yang mengalami kecemasan akan terjadi perubahan fisik, perilaku dan berpikir. Hal ini ditunjukkan dalam respon sebagai simptom munculnya kecemasan. Simptom kecemasan sangat bervariasi dan berbeda untuk setiap individu. Simptom kecemasan dapat mengganggu kualitas hidup seseorang karena dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menjalankan berbagai aktivitas.

Greenberger dan Padesky (1995) menyatakan bahwa seseorang yang mengalami kecemasan akan mengalami simptom-simptom, seperti:

- a. Simtom fisik, meliputi gemetar, keluar banyak keringat, jantung berdetak kencang, sulit bernafas, pusing, tangan dingin, mual, panas dingin, lebih sensitif atau, kegelisahan, kegugupan, pingsan, merasa lemas, sering buang air kecil, dan diare.
- b. Simtom perilaku, ditunjukkan dengan perilaku menghindar, perilaku ketergantungan atau melekat, perilaku terguncang, dan meninggalkan situasi yang menimbulkan kecemasan.
- c. Simtom kognitif, yaitu khawatir tentang sesuatu, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi tanpa ada penjelasan yang jelas, merasa terancam oleh orang atau peristiwa, kebingungan dan khawatir akan ditinggal sendiri.

Adapun aspek-aspek kecemasan menurut Calhoun dan Acocella (1990) yakni :

- a. Emosional : berkaitan dengan reaksi afektif seperti kondisi gugup, rasa tegang, mudah marah, mudah tersinggung, perasaan tidak aman, mudah bersedih, perasaan tidak sabar, timbulnya kegelisahan, perasaan ketakutan, dan teror.
- b. Kognitif : ditunjukkan dengan adanya kekhawatiran terhadap konsekuensi, jika kekhawatiran meningkat maka akan mengganggu kemampuan individu untuk berpikir jernih dalam memecahkan masalah dan mengatasi tuntutan lingkungan. Antara lain berupa: perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berpikir, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung.

c. Fisiologis : berupa tanggapan tubuh terhadap rasa takut berupa mempersiapkan diri untuk bertindak, baik tindakan itu dikehendaki atau tidak. Kecemasan berasal dari reaksi tubuh yang merupakan hasil kerja dari sistem syaraf otonom yang mengontrol berbagai otot dan kelenjar tubuh. Hal tersebut yang menyebabkan reaksi tubuh berupa: jantung berdetak lebih keras, denyut nadi dan nafas meningkat, proses pencernaan terganggu, tekanan darah meningkat, dan sebagainya.

Natalia dan Dwita (2002) menerangkan bahwa respon kecemasan dapat dilihat secara psikologis, seperti tegang, kurang konsentrasi, dan gelisah. Secara fisiologis, informasi kecemasan diterima oleh Sistem Saraf Otonom Simpatis (SSOS), yang berfungsi meningkatkan denyut nadi dan pernafasan, penurunan aktivitas saluran cerna. Tujuan utama fungsinya adalah mempersiapkan tubuh dalam menghadapi stressor, dan berespon bertempur atau lari (*fight or flight response*).

Blackburn dan Davidson (1994) membuat Analisis Fungsional Gangguan Kecemasan yang menjelaskan reaksi terhadap kecemasan, antara lain sebagai berikut : (1) suasana hati, indikasinya mudah marah, perasaan sangat tegang, (2) pikiran, indikasinya Khawatir, sukar berkonsentrasi, pikiran kosong, membesar-besarkan ancaman, memandang diri sebagai sangat sensitive, tidak berdaya, (3) motivasi, indikasinya Menghindari situasi, ketergantungan tinggi, ingin melarikan diri, (4) perilaku, indikasinya Gelisah, gugup, kewaspadaan berlebihan, dan (5) gejala biologis, indikasinya berkeringat, gemetar, pusing, berdebar-debar, mual, mulut kering.

Weiten (1997) menjelaskan secara umum bahwa respon kecemasan dapat dilihat melalui respon psikologis dan respon fisiologis. Beberapa respon psikologis kecemasan ditunjukkan melalui rasa tegang, gelisah, mudah tersinggung, merasa tidak nyaman, konsentrasi menurun. Sedangkan respon fisiologis antara lain ditandai dengan keringat dingin, tekanan darah meningkat, jantung berdebar-debar.

Pengukuran terhadap kecemasan dapat dilakukan secara : (a) fisiologis, melalui pengukuran tekanan darah dengan sphygmomanometer, pengukuran denyut nadi dengan meraba pergelangan tangan, dan pengukuran suhu tubuh dengan thermometer, (b) psikologis, melalui angket, alat tes, atau observasi (Natalia & Dwita, 2002).

Menurut Ormrod (2004), terdapat empat aspek yang menyertai kecemasan yaitu aspek kognitif, afeksi, fisiologis dan perilaku. Aspek kognitif meliputi pikiran negatif, menakutkan dan kekhawatiran. Aspek afeksi misalnya perasaan tegang. Aspek fisiologis meliputi peningkatan denyut jantung, tekanan darah, pernafasan, dan proses fisiologis lainnya. Aspek perilaku ditunjukkan melalui perilaku gelisah dan berjalan bolak balik. Bener, dkk., (2006) juga menambahkan gejala kecemasan yang terjadi yaitu meliputi ketegangan otot, sakit kepala dan mulut kering.

Nevid, dkk (2005) mengungkapkan bahwa seseorang yang mengalami kecemasan akan mengalami gejala-gejala:

- a. Gejala fisik: nyeri dada, sesak nafas, berkeringat, kejang otot, pusing, sakit kepala, dan gangguan pencernaan, kegelisahan, kegugupan, pingsan, merasa

lemas atau mati rasa, kerongkongan terasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, panas dingin, sering buang air kecil, dan juga diare.

- b. Pikiran: menganggap dirinya tidak mampu mengatasi ancaman, menganggap tidak ada yang dapat menolong dirinya dan memikirkan sesuatu yang buruk akan terjadi, khawatir tentang sesuatu, ketakutan akan ketidakmampuan menghadapi masalah.
- c. Perasaan: gugup, mudah tersinggung, gelisah dan panik.
- d. Perilaku: menghindari situasi yang mungkin akan menimbulkan kecemasan, meninggalkan situasi yang menimbulkan kecemasan, dan menghadapi situasi yang menimbulkan kecemasan.

Pada penelitian kali ini, peneliti akan menggunakan aspek-aspek kecemasan dari Calhoun dan Acocella (1990), Greenberger dan Padesky (1995) dan Nevid, dkk (2005) sehingga mencakup semua aspek yakni aspek kognitif, aspek emosi, aspek fisik, dan aspek perilaku.

5. Macam-macam Kecemasan

Freud (Hall & Lindzey, 1993) membedakan kecemasan menjadi tiga macam, yaitu:

- a. Kecemasan Realistik, yakni kecemasan sebagai pengalaman emosional yang menyakitkan karena adanya bahaya yang mengancam yang datangnya dari luar. Bahaya disini berarti suatu kondisi lingkungan yang mengancam individu.

- b. Kecemasan Neurotis, di mana kecemasan itu bersumber pada *id*. Kecemasan ini timbul semata-mata karena takut akan sanksi yang timbul dari suatu perbuatan.
- c. Kecemasan Moral, di mana kecemasan ini bersumber pada kata hati. Orang takut melakukan sesuatu, karena kata hatinya mengingatkan bahwa apa yang akan dilakukannya itu baik maupun tidak baik.

Spielberg dan Sarason (1988) membagi kecemasan menjadi:

- a. Kecemasan Sesaat (*State Anxiety*). Kecemasan ini terjadi langsung pada saat ada stimulus yang tidak menyenangkan. Kecemasan sesaat merupakan suatu proses atau urutan beberapa kejadian, terjadinya dirangsang baik dari dalam maupun dari luar diri. Penilaian terhadap situasi (stimulus) yang dianggap mengancam dipengaruhi oleh sikap, kemampuan, pengalaman masa lalu, dan kecemasan dasar.
- b. Kecemasan Dasar (*Trait Anxiety*). Sisa pengalaman masa lalu yang menentukan perbedaan individual dalam kecenderungan penghayatan kecemasan, maksudnya adalah suatu stimulus kecemasan ditanggapi secara berlainan oleh setiap individu.

Bentuk kecemasan yang diteliti dalam penelitian ini adalah kecemasan terkait dengan keadaan sakit hipertensi (*state anxiety*).

6. Faktor-faktor Kecemasan Pada Penderita Hipertensi

Penilaian terhadap situasi (stimulus) yang dianggap mengancam dipengaruhi oleh sikap, kemampuan, pengalaman masa lalu, dan kecemasan dasar

(*Trait Anxiety*). Hal ini didukung oleh pendapat Spielberg dan Sarason (1988) bahwa kecemasan dasar ternyata mempengaruhi respon seseorang terhadap stimulus yang menimbulkan kecemasan. Penilaian terhadap situasi (stimulus) yang mengancam antara lain dipengaruhi oleh kecemasan dasar. Hal ini juga diperkuat dengan penelitian dari Lucente dan Fleck (Spielberg & Sarason, 1988), yaitu kecemasan dasar dapat mempengaruhi kecemasan sesaat. Ini merupakan faktor-faktor *State Anxiety*.

Fakta pendukung lainnya tentang faktor-faktor kecemasan pada orang yang menderita sakit dikemukakan oleh Corey (1996) menyatakan bahwa unsur pemahaman tentang kesehatan dapat diterima dari konsultasi dengan dokter yang merawatnya, namun pemahaman dan penerimaan kondisi tersebut memerlukan konsultasi lebih jauh, karena masalah ini berkaitan dengan situasi psikologis penderita. Setiap orang memiliki pengalaman subjektif yang dapat mempengaruhi persepsi dan cara seseorang menafsirkan penyakitnya. Davis dan Fallowfield (1991) menambahkan, kepribadian yang kurang kuat, kurang percaya diri, tidak mantap akan mudah mengalami kecemasan dan stress. Keyakinan seseorang tentang apa yang sedang dialami dan makna sakit itu bagi penderita adalah kunci dari pemahamannya. Untuk dapat menerima kenyataan yang sangat tidak diharapkan, bagi sebagian orang diperlukan intervensi psikologis. Ley (Davis & Fallowfield, 1991) meneliti tentang betapa pentingnya informasi yang memadai untuk menghadapi penyakit. Sejumlah pasien (66% - 93%) sangat setuju untuk mendapatkan informasi yang memadai, agar mereka dapat memahami penyakitnya. Penelitian Ley (Davis & Fallowfield, 1991) juga menemukan bahwa

tidak terdapat efek emosi yang merugikan, sebagai akibat informasi yang diberikan tentang pengobatan yang sedang dijalani.

Menurut Musbikin (2005) bahwa kecemasan dipengaruhi juga oleh faktor religiusitas. Semakin dekat kepada Allah (religius) maka akan semakin mampu menghadapi kecemasan. Hal serupa juga dikemukakan oleh Rachmawati (2007) bahwa kecemasan pasien penderita penyakit kronis dipengaruhi oleh tingkat religiusitas individu. Individu yang memiliki religiusitas tinggi akan merasa lebih ikhlas, tawakal dan menerima keadaannya. Selain melakukan pengobatan secara fisik, individu yang mempunyai religiusitas tinggi akan lebih mendekati diri lagi pada Tuhan, karena mereka sadar bahwa hidup dan mati itu ada di tangan Tuhan. Sedangkan individu yang memiliki religiusitas rendah akan selalu menyalahkan nasib, merasa rendah diri, menutup diri, ingin marah dan takut mati. Mereka akan merasa bahwa hidup itu tidak adil sehingga mengarah pada tingginya kecemasan. Jadi, semakin tinggi religiusitas maka kecemasan pasien penderita penyakit kronis semakin rendah. Sebaliknya semakin rendah religiusitas pasien maka keemasannya akan semakin tinggi.

Mengingat faktor religiusitas mempengaruhi kecemasan maka pada penelitian ini akan dilakukan pengontrolan terhadap tingkat religiusitas subjek penelitian. Peneliti dalam penelitian ini menggunakan skala religiusitas dari Anggraieni (2008) untuk melihat homogenitas tingkat religiusitas/derajat keislaman subjek penelitian. Adapun aspek-aspek religiusitas dalam skala religiusitas dari Anggraieni (2008) yang mengambil aspek-aspek religiusitas dari Glock & Stark yaitu :

- a. *Religious Belief* (Dimensi Ideologis), yaitu suatu tingkatan sampai sejauh mana individu menerima hal-hal yang dogmatik dalam agama yang dianutnya. Dalam keberislaman, isinya menyangkut tentang Allah, para malaikat, para Nabi/Rasul, Al-Qur'an/kita Allah, surga, neraka, qadha, qadhar, dan sebagainya.
- b. *Religious Practice* (Dimensi Ritualistik), yaitu suatu tingkatan dimana individu dipertanyakan seberapa jauh individu mengerjakan kewajiban-kewajiban ritual yang telah ditetapkan oleh agama. Dalam keberislaman, isinya menyangkut tentang pelaksanaan shalat, puasa, zakat, ibadah haji, pembacaan Al-Qur'an, berdoa, dan sebagainya.
- c. *Religious Feeling* (Dimensi Eksperensial), yaitu suatu pengalaman beragama, perasaan-perasaan, persepsi, dan sensasi-sensasi yang dialami individu ketika berkomunikasi dengan Sang Pencipta. Dalam keberislaman, isinya meliputi perasaan dekat kepada Allah, perasaan dicintai oleh Allah, perasaan doadoanya sering terkabul, perasaan tenang dan bahagia karena menuhankan Allah, perasaan bertawakal kepada Allah, tergetar hatinya mendengar ayat-ayat Allah, perasaan bersyukur kepada Allah, dan sebagainya.
- d. *Religious Effect* (Dimensi Konsekuensi), yaitu konsekuensi individu terhadap ajaran agamanya dan terwujud dalam perilakunya dengan sesama manusia. Dalam keberislaman, isinya meliputi perilaku suka menolong, berderma, menegakkan kebenaran dan keadilan, berlaku jujur, memaafkan, menjaga amanat, menjaga lingkungan, tidak mencuri, tidak berjudi, tidak menipu, mematuhi norma-norma Islam, dan sebagainya.

e. *Religious Knowledge* (Dimensi Intelektual) yaitu sisi pengetahuan individu terhadap agamanya terutama aktivitas dalam mencari pengetahuan itu sendiri. Dalam keberislaman, isinya menyangkut pengetahuan tentang isi Al-Qur'an, pokok ajaran yang harus diimani dan dilaksanakan (rukun Iman dan rukun Islam), hokum Islam, sejarah Islam, dan sebagainya.

B. Terapi Kognitif Perilaku Islam

1. Pengertian Terapi Kognitif Perilaku

Meichenbaum dan Mahoney (Corey, 1996) mengungkapkan bahwa terapi kognitif perilaku adalah terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif. Terapi kognitif perilaku adalah tindakan menolong klien mendefinisikan masalah kognitif dan masalah perilakunya dengan cara mengembangkan keterampilan kognisi, emosi, dan perubahan perilaku agar masalah kognitif dan perilaku tidak muncul kembali.

Terapi kognitif perilaku merupakan kombinasi strategi kognitif dan perilaku (Haeba, 2009). Menurut Roth (2002) terapi kognitif perilaku merupakan sebuah terapi yang mengembangkan cara berpikir yang lebih adaptif. Terapi kognitif perilaku menekankan pentingnya perubahan kognitif dan perilaku untuk mengurangi symptom dan meningkatkan fungsi afek seseorang. Terapi kognitif perilaku tidak hanya memperbaiki kognitif, namun juga mengubah perilaku, karena perubahan perilaku dapat berpengaruh kuat pada pola pikir.

Terapi kognitif perilaku merupakan sebuah terapi untuk membantu individu mengubah cara berpikir (kognitif) dan perilaku yang negatif menjadi

lebih positif. Terapi kognitif perilaku melatih individu untuk berpikir mengenai dirinya, dunia dan orang lain, juga bagaimana emosi seseorang berkaitan dengan pikiran dan perasaannya pada saat itu (Nevid, dkk., 2005; Sundel & Sundel, 2005). Terapi kognitif perilaku merupakan suatu bentuk psikoterapi yang mengintegrasikan teknik terapi kognitif dan perilaku yang berpusat pada kondisi di sini dan sekarang untuk membantu individu melakukan perubahan-perubahan. Perubahan ini tidak hanya dalam perilaku nyata tetapi juga dalam pemikiran, keyakinan dan sikap yang mendasarinya (Nevid, dkk., 2005).

Terapi kognitif perilaku adalah model terapi terstruktur jangka pendek dan memberikan dasar berpikir kepada klien untuk mengerti masalahnya, memuat teknik-teknik untuk mengatasi keadaan perasaan yang sulit, serta teknik pemecahan masalah. Pendekatan kognitif mengutamakan kognisi atau pikiran, proses berpikir, dan bagaimana kognisi mempengaruhi emosi dan perilaku. Perilaku dipandang sebagai media kognisi dan perilaku dapat dimodifikasi dengan mengubah pikiran-pikirannya. Pendekatan kognitif perilaku lebih memfokuskan pada proses berpikir dan bagaimana itu mempunyai kontribusi terhadap perilaku dan emosi maladaptif (Prout & Brown, 1985).

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif perilaku adalah suatu tritmen untuk membantu individu memodifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak yang negatif/maladaptif menjadi positif yakni dengan cara belajar keterampilan kognitif dan perilaku baru yang lebih adaptif.

2. Prinsip Dasar Terapi Kognitif Perilaku

Prinsip dasar dari terapi kognitif perilaku yakni pikiran, emosi, perilaku dan fisiologi merupakan bagian dari satu kesatuan sistem. Perubahan pada satu bagian akan diiringi oleh perubahan pada bagian lain. Tema dasar dari terapi kognitif perilaku adalah bahwa pikiran bisa mengarahkan emosi dan perilaku, bahwa gangguan emosional muncul dari pikiran negatif, dan gangguan emosional bisa ditolong dengan mengubah pikiran (Curwen, Palmer & Ruddell, 2008). Terapi kognitif perilaku menekankan peran perilaku dan kognitif. Emosi tidak diabaikan, tetapi muncul sebagai hasil dari kognisi dan perilaku. Oleh karena itu, dengan mengubah kognisi dan perilaku, emosi bisa turut dirubah (Epstein & Baucom, 2003).

Menurut Curwen, dkk (2008) dan Froggat (2006), adapun prinsip dalam melaksanakan program terapi kognitif perilaku yaitu:

1. Menganalisis dimana masalah yang dialami oleh klien muncul, memastikan pola pikir klien dalam menghadapi masalah tersebut, dan mengubah cara berpikir klien terhadap masalah.
2. Mengurangi kecemasan klien karena perubahan sikap dengan mengembangkan tugas perilkuan.
3. Menerapkan strategi dan teknik tambahan. Pendekatan dengan memandang sesuatu menurut kegunaannya direkomendasikan termasuk teknik-teknik yang bisa membantu klien dalam mengatasi masalahnya.

3. Islam Sebagai Religi

Shihab (2005) menyimpulkan bahwa agama adalah hubungan antara makhluk dengan khaliqnya, yang terwujud dalam sikap batinnya serta tampak dalam ibadah yang dilakukan dan tercermin pula dalam sikap kesehariannya. Religi terdiri atas dua unsur yaitu unsur keyakinan terhadap ajaran-ajaran agama dan unsur pelaksanaan ajaran-ajaran tersebut Driyakarya (Subandi, 1988).

Selanjutnya, Glock dan Stark (Ancok & Suroso, 1994) menandakan bahwa agama adalah system symbol, system keyakinan, system nilai, dan system perilaku yang terlembagakan. Semua hal tersebut berpusat pada persoalan-persoalan yang dihayati sebagai sesuatu yang paling maknawi/*ultimate meaning*.

Di samping istilah agama, juga terdapat istilah religi (*religion*, bahasa Inggris) dan diin (*al-diin*, bahasa Arab), yang artinya sepadan dengan agama. Menurut Anshari (1979), walaupun secara etimologis memiliki arti sendiri-sendiri, namun secara terminologis dan teknis istilah di atas berinti makna sama.

Fridani (Afifah, 2004) menyatakan bahwa Islam secara terminologis berasal dari kata *Aslama*, kata dasarnya adalah *Salima* yang berarti sejahtera, tidak tercela, dan tidak cacat. Islam juga berarti kedamaian, kepatuhan, dan penyerahan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa yang inti ajarannya adalah berserah diri kepada Allah SWT. Islam berarti “menyerah” atau “tunduk” pada sebuah penghentian perlawanan. Sebuah penerimaan kepada kehendak Tuhan secara sukarela pada peraturan yang ditetapkanNya dan pada fitrah sejati manusia.

Sebagai sebuah agama, Islam sangat mementingkan tindakan (amal). Quthb (1987) menyatakan bahwa Islam adalah suatu system kehidupan manusia

yang praktis dalam berbagai aspeknya. Islam bukan sekedar penuntun ke arah kehidupan yang abadi, tetapi dalam Islam individu juga menemukan beraneka ragam menuju keabadian (surga) yang bersifat duniawi (kesejahteraan). Islam juga menjamin kemerdekaan otak manusia dalam menghadapi alam kebendaan, undang-undang, kekuatan dan potensinya. Islam memberikan kebebasan kepada otak untuk bekerja dan mencipta dalam berbagai lapangan, sesuai dengan fungsi dan tugas manusia sebagai khalifah Allah di bumi.

Selanjutnya Anshari (1979) mengungkapkan bahwa pada dasarnya Islam terdiri dari unsur akidah, syariah/ibadah, dan akhlak. Kementerian Kependudukan dan Lingkungan Hidup Republik Indonesia menerangkan bahwa Islam terdiri dari unsur iman, unsur Islam, unsur ihsan, unsur ilmu, dan unsur amal. Diana (1999) mengemukakan bahwa Islam terdiri dari unsur akidah (iman atau ideologi), ibadah (syariah atau ritual), ihsan (penghayatan), ilmu (pengetahuan), dan amal (pengalaman atau akhlak).

4. Pengertian Terapi Kognitif Perilaku Islam

Terapi kognitif perilaku religius atau terapi kognitif perilaku dengan pendekatan agama merupakan terapi kognitif perilaku yang mencakup pertimbangan keyakinan keagamaan dalam terapi (Duke University & NIH, 2010). Penegakan agama ke dalam terapi kognitif perilaku misalnya penggunaan doa dan Kitab Suci (misalnya, Quran bagi umat Islam, Alkitab bagi umat Kristen) adalah komponen inti, terutama pada klien beragama yang menginginkan sebuah terapi kognitif perilaku berorientasi religius yang kompatibel dengan keyakinan

beragama klien yang secara eksplisit telah digunakan dalam (*Christian Cognitive Behavior Therapy*) CBT Kristen atau terapi kognitif perilaku Kristen sebagai penyembuhan batin (Tan & Siang-Yiang, 2007).

Paukert, dkk (2009) mengemukakan bahwa terapi kognitif perilaku religi merupakan terapi yang mencakup pengintegrasian keyakinan agama ke dalam terapi kognitif perilaku berdasarkan literatur empiris mengenai aspek agama mempengaruhi kesehatan mental. Dayle, dkk (2010) juga mengemukakan bahwa terapi kognitif perilaku berbasis agama merupakan rangkaian proses terapi kognitif perilaku dengan cara mencari kenyamanan dari Tuhan yang penuh kasih, meditasi, dan doa dalam rangka mengatasi gangguan psikologis dan meningkatkan status kesehatan mental.

Maka dalam penelitian ini, Islam sebagai sebuah religi/agama ditegaskan dalam terapi. Terapi kognitif perilaku Islam yakni terapi yang menggabungkan terapi kognitif dan terapi perilaku yang mengakomodasikan/mengintegrasikan nilai-nilai keyakinan agama Islam. Tujuan terapi ini adalah untuk memodifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak yang negatif/maladaptif menjadi positif yakni dengan cara belajar keterampilan kognitif dan perilaku yang baru yang lebih adaptif didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam.

5. Tahapan Terapi Kognitif Perilaku Islam Yang Digunakan Sebagai Intervensi

Sesuai dengan prinsip dalam melaksanakan program terapi kognitif perilaku yang dikemukakan oleh Curwen, dkk (2008) dan Froggat (2006) bahwa

program terapi kognitif perilaku hendaklah bisa membantu klien untuk menganalisis dimana masalah yang dialami oleh klien muncul, memastikan pola pikir klien dalam menghadapi masalah tersebut, dan mengubah cara berpikir klien terhadap masalah. Selain itu, program terapi bisa mengurangi kecemasan klien karena perubahan sikap dengan mengembangkan tugas perilaku. Program terapi juga bisa menerapkan strategi dan teknik tambahan di mana pendekatan dengan memandang sesuatu menurut kegunaannya direkomendasikan termasuk teknik-teknik yang bisa membantu klien dalam mengatasi masalahnya.

Pada prakteknya ditemukan adanya beberapa kendala apabila seorang terapis hanya berpijak pada satu aliran kognitif perilaku saja. Struktur ideologi, politik, sosial, ekonomi, dan budaya Indonesia yang khas, membuat pelaksanaan praktek terapi kognitif perilaku memerlukan penyesuaian yang lebih fleksibel (Oemarjoedi, 2003). Maka dalam penelitian yang dilakukan, penulis akan menerapkan nilai-nilai Islam dengan kebersyukuran, kepasrahan dan dzikir dalam program terapi kognitif perilaku ini.

Pada penelitian sebelumnya yang pernah meneliti terapi kognitif perilaku religius (Trimulyaningsih, 2010) dimana religi yang dimaksud adalah keyakinan agama Islam, adapun program terapinya mencakup sesi psikoedukasi dengan pendekatan agama Islam, sesi rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, sesi afirmasi dengan kebersyukuran, sesi relaksasi religi, sesi *sharing* atau presentasi diri, dan tugas rumah atau *homework*.

Pada penelitian kali ini, peneliti juga menggunakan proses tahapan terapi kognitif perilaku religi dari Trimulyaningsih (2010). Tahapan terapi kognitif Trimulyaningsih (2010) ditujukan untuk menurunkan depresi. Oleh karena itu, peneliti menambahkan teknik *exposure* untuk membantu klien ketika berhadapan dengan stimulus yang menimbulkan kecemasan. Berdasarkan penelitian empirik *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) untuk menangani kecemasan, teknik *exposure* merupakan strategi dan teknik tambahan yang berguna selain relaksasi untuk membantu klien dalam menangani kecemasan (Roth, dkk., 2002; Nevid, dkk., 2005). Hal ini juga sesuai dengan prinsip terapi kognitif perilaku yang dikemukakan oleh Curwen, dkk (2008) dan Froggat (2006) bahwa dalam pelaksanaan terapi kognitif perilaku dapat menerapkan strategi dan teknik tambahan dengan memandang sesuatu menurut kegunaannya direkomendasikan termasuk teknik-teknik yang bisa membantu klien dalam mengatasi masalahnya. Adapun strategi tambahan yang bisa digunakan untuk menangani kecemasan termasuk didalamnya relaksasi dan *exposure* (Curwen, dkk., 2008).

Adapun teknik *exposure* yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah *the butterfly hug*. Roseline dan Sadatun (2010) mengungkapkan bahwa teknik ini termasuk pada *exposure*. Hal serupa juga diungkapkan oleh Benor (2004), Wilson, Chambless, Beurs, Goldstein (2000), Artigas dan Jarero (1999) bahwa penggunaan teknik *butterfly hug* bisa digunakan sebagai *exposure*. Penerapan teknik ini pun tidak terbatas untuk mengatasi gangguan trauma saja, Saphiro (1995) orang yang pertama mengembangkan teknik ini pun menyatakan bahwa penerapannya juga bisa untuk variasi gangguan psikologis lainnya termasuk

gangguan kecemasan. Hal ini didukung juga oleh Foley dan Spates (1995), Muris dan Merkelbach (1997), Wilson, dkk (2000), Benor (2004), yang mengungkapkan bahwa teknik ini bisa untuk menangani kecemasan.

Benor (2004) menyatakan bahwa saat melakukan *the butterfly hug*, pada prosesnya bisa menambahkan atau dikombinasikan dengan pernyataan positif yang menguatkan dimana pernyataan positif itu bisa dalam bentuk apapun dan bisa disesuaikan dengan kebutuhan. Misalnya pernyataan positif yang berkaitan dengan keyakinan/kesadaran spiritual atau religi.

Sadatun (2010) mengungkapkan bahwa penerapan teknik *the butterfly hug* dalam konteks Indonesia dan telah diujikan pada partisipan Indonesia, Sadatun (2010) memperkenalkan teknik *the butterfly hug* dengan memasukkan ritual religi dzikir dalam tekniknya. Proses *the butterfly hug* dengan proses dzikir ini merupakan simbol dari mencintai diri dan mencintai Tuhan yang bisa menghantarkan individu pada kondisi ketenangan.

Tehnik selanjutnya yakni relaksasi. Hampir sama dengan penelitian Trimulyaningsih (2010) yang menggunakan relaksasi religi. Namun dalam penelitian kali ini, peneliti akan menerapkan latihan pasrah diri sebagai teknik relaksasi. Pada penelitian Asdie (2000) mengemukakan bahwa latihan pasrah diri merupakan metode relaksasi yang mengkombinasikan teknik relaksasi (fokus pada pernafasan) dan doa (*prayer & mental imagery*) untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga.

Latihan pasrah diri yang dikembangkan oleh Asdie (2000) telah banyak digunakan dalam penelitian maupun praktek di bidang kedokteran untuk

membantu pasien meningkatkan ketahanan tubuh imunologik, mengurangi resiko terkena penyakit jantung, menurunkan stress dan depresi, serta meningkatkan harapan hidup (Novianto, 2006; Rudiansyah, 2008).

Berdasarkan uraian di atas, maka tahapan terapi kognitif perilaku Islam dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: sesi psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, sesi rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, sesi afirmasi kebersyukuran, sesi relaksasi pasrah diri, sesi *exposure* dengan teknik *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, sesi *sharing* atau presentasi diri, dan sesi *homework* atau tugas rumah.

C. LANDASAN TEORI

Seperti yang telah disebutkan oleh beberapa ahli, kecemasan pada penderita hipertensi berdasarkan uraian sebelumnya dapat diartikan sebagai reaksi emosional yang negatif (khawatir, tegang, takut, pesimis, gelisah, tidak nyaman, gugup) terhadap keadaan/kondisi sakit hipertensi yang dideritanya yang dirasa tidak menyenangkan dan menimbulkan ancaman. Reaksi emosional ini berupa asumsi negatif pasien terhadap penyakit hipertensi, terhadap peningkatan tekanan darah (tensi) yang semakin tinggi di atas ambang normal, terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan tekanan darah naik, terhadap kelanjutan/resiko dari penyakit hipertensi, dan terhadap ketidakpastian masa depan akibat kondisi sakit hipertensi.

Menurut teori kognitif, kecemasan muncul karena adanya cara berpikir yang bias atau terdistorsi secara negatif yaitu ketika seseorang memiliki keyakinan yang negatif mengenai diri sendiri, lingkungan dan masa depan. Teori kognitif meyakini bahwa orang yang mengadopsi cara berpikir yang negatif, memiliki resiko yang lebih besar untuk menjadi cemas bila dihadapkan pada pengalaman hidup yang menekan atau mengecewakan (Burns, 2000).

Demi memahami psikopatologi gangguan mental dan perilaku, pendekatan kognitif perilaku menguraikan penyebabnya sebagai akibat dari: (1) adanya pikiran dan asumsi rasional, dan (2) adanya distorsi dalam proses pemikiran manusia (Oemarjoedi, 2003).

Hal tersebut juga diperkuat oleh (Anderson, dkk., 2008) bahwa pendekatan *cognitive* dan *behavior* menjelaskan proses psikopatologi didasarkan pada asumsi bahwa, gangguan psikologis disebabkan oleh adanya penyimpangan pemrosesan informasi yakni dalam proses atensi, abstraksi, dan pengkodean informasi pengalaman, pikiran seseorang akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perilaku dan emosi, serta bahwa terdapat hubungan antara pikiran, perasaan, perilaku, dan gejala fisik.

Berdasarkan penelitian terdahulu (Paukert, dkk., 2009), saat kecemasan terjadi individu melakukan coping untuk beradaptasi. Sesuai fitrahnya, individu melewati kejadian penuh tekanan atau traumatis dengan kembali kepada Tuhan dan keimanan (Shihab, 2005). Pada saat menghadapi pengalaman hidup yang menekan, kepercayaan dan pengamalan agama akan diubah menjadi bentuk *coping* yang spesifik baik positif maupun negatif, yang memiliki implikasi

langsung terhadap kesejahteraan individu dalam menghadapi masa sulit. *Coping* yang positif, yakni dimana individu mencari hubungan yang kuat dengan Tuhan, mencari cinta dan perhatian Tuhan, mencari pertolongan Tuhan dalam melepaskan kemarahan, mencoba untuk menyerahkan segala rencana pada kehendak Tuhan, mencoba untuk melihat bagaimana Tuhan menempatkannya dalam situasi tertentu, meminta maaf atas segala dosa-dosanya, dan fokus pada agama untuk mengatasi kecemasan tentang permasalahannya. Sementara *coping* yang negatif, yakni bertanya-tanya atau berpikir apakah Tuhan telah meninggalkannya, merasa dihukum oleh Tuhan oleh karena ketidaktaatan, mempertanyakan cinta Tuhan kepadanya, bertanya-tanya apa yang telah dilakukannya pada Tuhan sehingga menghukumnya, bertanya-tanya apakah tempat ia beribadah dan pemuka agamanya telah meninggalkannya, memutuskan bahwa setanlah yang telah menyebabkan semua ini, dan mempertanyakan kekuatan Tuhan (Terry, Gunderman, Trippi, Beckman & Bay, 2008).

Apabila mekanisme coping yang dilakukan oleh individu tersebut berhasil, maka terjadi pengurangan gejala gangguan psikologis, serta pertumbuhan psikologis dan spiritual. Individu dengan keyakinan agama yang kuat lebih memiliki kepuasan hidup, kebahagiaan personal yang lebih besar, dan terkena dampak yang lebih kecil dari kejadian yang menekan. Mekanisme coping yang tidak berhasil, di mana individu tidak mau terlibat dengan agama atau individu dengan *coping* yang negatif (Terry, dkk., 2008), maka akan mengalami kecemasan dalam waktu lama, di mana terjadi gangguan fisiologis, kognitif, emosi, dan perilaku (Hawari, 2004; Yahya, 2009; Ekowarni & Mawandha, 2009).

Proses intervensi yang dilakukan dalam terapi kognitif perilaku Islami ini mencakup penerapan nilai-nilai keyakinan agama Islam. Islam mengajarkan tentang “kepasrahan total,” yang secara psikologis mampu membantu individu menerima diri dan kehidupannya. Sebagaimana diketahui bahwa individu yang mengalami kecemasan yakni individu tersebut merasa khawatir tidak mampu mengontrol kejadian buruk di masa depan (Durand & Barlow, 2006), dan individu yang keberagamaannya rendah dimana selalu menyalahkan nasib, merasa rendah diri, menutup diri, ingin marah dan takut mati. Ia akan merasa bahwa hidup itu tidak adil sehingga mengarah pada tingginya kecemasan. Maka dengan kepasrahan total pada Tuhan akan sangat membantu mengubah skema pikir individu yang mengalami kecemasan, sebab secara spesifik religiusitas dapat mempengaruhi tingkat kecemasan karena mampu memberikan dukungan emosi, kognitif, dan keuntungan material. Selain itu agama dapat mengubah persepsi negatif yang potensial muncul dalam kekhawatiran terhadap kemungkinan buruk di masa depan, bahkan mampu melihat sumber kekhawatiran secara positif, serta meningkatkan rasa percaya diri dan rasa optimisme (Hawari, 2004). Hal ini terjadi karena dengan agama individu dapat mencari akhir yang penting dalam masa sulit, yaitu menemukan rasa kebermaknaan dan tujuan, kenyamanan emosi, kontrol diri, kedekatan dengan sesama, kesehatan fisik, serta spiritualitas (Pargament, Olsen, Reilly, Falgout, Ensing & Van Haitsma, 1998). Individu yang keberagamaannya kuat akan merasa lebih ikhlas, tawakal, dan menerima keadaannya, ia akan lebih mendekatkan diri lagi pada Tuhan, karena sadar bahwa hidup dan mati itu ada di tangan Tuhan (Rachmawati, 2007).

D. DINAMIKA PSIKOLOGIS

Beck (Bennet, 2003) menjelaskan bahwa seringkali individu yang cemas memiliki asumsi yang tidak realistis karena individu tersebut akan selalu menganggap bahwa situasi atau orang lain tidak aman bagi dirinya, dan selalu memikirkan sesuatu yang buruk pasti akan terjadi. Selanjutnya, dari peristiwa tersebut dapat dilihat bagaimana individu menilai kemampuannya dalam mengatasi/mengontrol hal buruk yang ia khawatirkan akan terjadi di waktu mendatang (mengontrol sesuatu yang belum terjadi atau kejadian yang akan datang). Perasaan tidak mampu mengontrol (*underestimate the sense of control*) kejadian buruk/berbahaya yang akan datang inilah yang menimbulkan kecemasan (Durand & Barlow, 2006).

Beck (Blackburn & Davidson, 1994) menghubungkan faktor emosi dan pikiran dengan gangguan kecemasan. Kecemasan terjadi karena adanya penilaian kognitif yang tidak tepat terhadap sumber kekhawatiran/stressor. Jika individu mampu memberikan penilaian kognitif secara tepat, maka kecemasan tidak terjadi.

Menurut Beck (Beck & Weishaar, 1989), individu mengalami distress psikologis ketika ia menjadikan situasi yang mengancam sebagai perhatian utamanya. Keyakinan dan asumsi yang terlalu berlebihan serta kaku membuat pikiran-pikiran otomatis yang tidak fungsional muncul. Hal ini mengakibatkan kerusakan fungsi pada proses kognitif. Individu mengalami penurunan kemampuan untuk "mematikan" pemikiran yang terdistorsi, berkonsentrasi, atau memberikan penalaran. Fungsi koreksi kognitif terhadap realitas yang

sesungguhnya dan pemahaman konsep secara menyeluruh jadi melemah. Hambatan emosi dan perilaku yang terjadi bukan secara langsung disebabkan oleh kejadian yang ada, namun lebih kepada cara individu menginterpretasi kejadian tersebut. Individu yang memunculkan pemikiran yang berlebihan terhadap kemungkinan terjadinya bahaya dari suatu kejadian dan merendahkan kemampuannya dalam menghadapi situasilah yang akan mengalami kecemasan.

Selain pendekatan dari segi kejiwaan di atas, maka yang tidak kalah pentingnya adalah pendekatan dari segi keagamaan. Menurut Yahya (2009), bila seseorang jauh dari agama, maka akan menyebabkan dirinya terus-menerus menderita perasaan tidak nyaman, khawatir, stres, cemas, dan depresi. Sebaliknya, karena orang-orang beriman sehat secara kejiwaan, mereka tidak terkena stres, cemas, dan depresi, serta jasmaninya senantiasa prima dan sehat. Pengaruh baik akibat ketundukannya kepada Allah, tawakal, kepribadian kokoh, kemampuan melihat kebaikan dalam segala hal, dan ridha dengan apa yang terjadi sembari berharap akan janji-Nya, akan senantiasa membuat seseorang menjadi sehat secara mental dan fisik.

Kenyataan bahwa orang yang tidak mengikuti nilai-nilai ajaran agama mengalami “stres, cemas, depresi” dinyatakan oleh Allah dalam Al Qur’an :

” ... hingga apabila bumi telah menjadi sempit bagi mereka, padahal bumi itu luas dan jiwa mereka pun telah sempit (pula terasa) oleh mereka, serta mereka telah mengetahui bahwa tidak ada tempat lari dari (siksa) Allah, melainkan kepada-Nya saja...” (QS. At Taubah, 9:11).

Yahya (2009) mengemukakan bahwa kehidupan yang “gelap dan sempit” ini, atau keadaan stres, cemas, dan depresi adalah akibat ketidakmampuan orang-orang untuk menaati nilai-nilai akhlak yang diajarkan agama. Jiwa yang tenang, damai, dan penuh percaya diri sangatlah penting dalam melindungi diri dari pengaruh stres, cemas, dan depresi. Kepribadian yang tenang dan damai hanya dimungkinkan dengan menjalani hidup sesuai ajaran Al Qur’an. Sungguh, telah dinyatakan dalam Al Qur’an bahwa Allah akan memberikan “ketenangan” dalam diri orang-orang beriman. (Al Qur’an , 2:248, 9:26, 40, 48:4). Janji Tuhan terhadap orang-orang beriman telah dinyatakan sebagaimana berikut:

“Barangsiapa yang mengerjakan amal saleh, baik laki-laki maupun perempuan dalam keadaan beriman, maka sesungguhnya akan Kami berikan kepadanya kehidupan yang baik dan sesungguhnya akan Kami beri balasan kepada mereka dengan pahala yang lebih baik dari apa yang telah mereka kerjakan.” (QS, An Nahl, 16: 97).

Penderita hipertensi mengalami kecemasan berupa pikiran-pikiran negatif subjek terhadap penyakit hipertensi, terhadap peningkatan tekanan darah (tensi) yang semakin tinggi di atas ambang normal, terhadap kelanjutan/resiko dari penyakit hipertensi yang dideritanya dan terhadap ketidakpastian masa depan akibat kondisi sakit hipertensi (Bener, dkk., 2006; Spruill, dkk., 2007; Carnemolla, dkk., 2008; Ogedegbe, dkk., 2008; Sångren, dkk., 2009).

Untuk membantu menurunkan kecemasan tersebut, pada penelitian ini digunakan terapi kognitif perilaku Islam yakni penggunaan unsur-unsur dan nilai-nilai keyakinan agama Islam ke dalam proses terapi kognitif perilaku. Tujuan

terapi ini adalah untuk memodifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak yang negatif/maladaptif menjadi positif yakni dengan cara belajar keterampilan kognitif dan perilaku yang baru yang lebih adaptif didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam. Adapun tahapan terapinya terdiri dari sesi psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, sesi rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, sesi afirmasi kebersyukuran, sesi relaksasi pasrah diri, sesi *exposure* dengan teknik *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, sesi *sharing* atau presentasi diri, dan sesi *homework* atau tugas rumah.

Psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam yakni pemberian informasi yang jelas agar klien memiliki cukup pengetahuan tentang gejala kecemasan yang dirasakannya, sehingga klien memiliki pemahaman yang tepat tentang kecemasan yang dialaminya secara umum dari ilmu psikologi (Escudero, dkk., 2007) maupun bila ditilik berdasarkan pemahaman nilai-nilai dan ajaran agama Islam (Trimulyaningsih, 2010).

Rekonstruksi kognitif berorientasi agama Islam yakni klien memodifikasi pikiran yang maladaptif dilakukan dengan 2 jenis pikiran alternatif, alternatif pikiran berupa fakta (Nevid, dkk., 2005), dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam (Trimulyaningsih, 2010). Nilai-nilai agama diasumsikan akan mampu menyediakan penjelasan atau interpretasi alternatif yang lebih adaptif atas pikiran negatif yang muncul.

Afirmasi kebersyukuran yakni klien memodifikasi pikiran-pikirannya yang negatif diisi dengan pikiran-pikiran yang positif dengan cara penegasan atau penguatan berupa pengulangan pernyataan-pernyataan positif (Rahayu, dkk., 2005). Afirmasi salah satunya bisa dilakukan dengan pernyataan positif lafadz syukur atau pujian pada Allah SWT atas nikmat dalam hidupnya (Trimulyaningsih, 2010; Agustian, 2005). Nikmat yang diberikan oleh Tuhan tidak selalu datang dalam wujud peristiwa yang positif menurut manusia, tetapi dengan syukur seseorang diajarkan untuk tetap mengambil keuntungan atau mempunyai persepsi positif dari peristiwa yang tampaknya negatif sekalipun sehingga seseorang dapat mengambil hikmah positif dari pengalaman hidupnya, dan percaya bahwa setiap masalah yang dihadapi merupakan bagian dari rencana Tuhan dan Tuhan akan membantu menghadapi masalah tersebut (Krause, 2006). Pernyataan kebersyukuran sebagai sebuah afirmasi kebersyukuran yang diucapkan berulang-ulang dengan penuh konsentrasi, diresapi, dan dihayati akan memberikan daya serta getaran energi pada jiwa, sehingga individu akan bisa menguatkan dirinya kembali (*reinforcement*). Bila penguatan/*reinforcement* ini dilakukan dengan bersandar kepada Allah SWT maka akan melahirkan ketenangan, kepercayaan diri, integritas, motivasi, dan kebijaksanaan. Ekspresi syukur yang diucapkan berulang-ulang akan menjadi doktrin maha dahsyat yang akan mengisi serta menghidupkan kalbu setiap jiwa (Agustian, 2005). Maka secara perlahan-lahan akhirnya mereduksi kecemasan dalam diri individu.

Selanjutnya, *exposure* dengan tehnik stabilisasi *the butterfly hug* (Benor, 2004; Wilson, dkk., 2000; Artigas & Jarero, 1999) dikombinasikan dengan dzikir

(Sadatun, 2010). Setiap kali bila klien dihadapkan pada stimulus yang menimbulkan kecemasannya, dilakukan teknik stabilisasi *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, maka klien akan merasakan efek menenangkan bila dilakukan dengan benar (Sadatun, 2010). Dalam keadaan tenang, tubuh melalui otak akan memproduksi endorfin, sebagai analgesic alami tubuh yang berfungsi sebagai pereda rasa nyeri (keluhan-keluhan fisik). Selain itu, dalam keadaan tenang, tubuh akan mengaktifkan system saraf parasimpatetis yang berfungsi untuk menurunkan detak jantung, laju pernafasan, dan tekanan darah (Taylor, 2006). Selain itu dengan metode ini, bisa menemukan *the "safe/calm place"*, merubah kognitif, afektif, dan sensasi fisik yang negatif menjadi positif, untuk menenangkan diri dan menemukan kenyamanan serta sebagai *coping* terhadap pengalaman sulit/permasalahan klien, bisa menjadi sebuah *self-soothing experience* bagi klien, dan klien pun juga bisa merasakan kasih sayang Tuhan yang mengalir melalui *the butterfly hug* (Artigas & Jarero, 1998).

Kemudian, dengan relaksasi pasrah diri, klien akan ikhlas menerima sakit yang dideritanya yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat karena totalitas kepasrahan yang khusus ditujukan kepada Allah. Tujuan utamanya adalah mencapai ketenangan yang ditandai dengan respon relaksasi dan pendekatan diri kepada Sang Maha Penyembuh. Pengaruh relaksasi pasrah diri dapat meningkatkan ketahanan tubuh imunologik, mengurangi resiko terkena penyakit jantung, dan meningkatkan harapan hidup (Asdie, 2000).

Selanjutnya, pemberian *homework* atau tugas pekerjaan rumah bagi klien selain sebagai sesi pelatihan, juga berfungsi ketika klien menguji coba dan

menggunakan apa yang telah dipelajarinya, dan sebagai proses evaluasi meliputi frekuensi, intensitas, lokasi terjadinya dan faktor psikologis yang menyertai. Hal ini dimonitor setiap hari karena dapat mengalami perubahan setiap waktunya (Froggat, 2006).

Dengan *self presentation* pada tiap awal dan akhir sesi terapi, klien akan mampu menggali dan mendefinisikan permasalahannya, mengidentifikasi asumsi dan pikiran klien terhadap suatu peristiwa, melakukan evaluasi terhadap makna suatu peristiwa, dan menilai akibat-akibat yang ditimbulkan oleh pikiran dan perilakunya yang maladaptif (Leake, dkk., 1999).

Dari semua rangkaian proses di atas, maka secara keseluruhan diharapkan akan membantu klien untuk mengubah pikiran/keyakinan dan tingkah lakunya yang maladaptif, tidak produktif, dan melemahkan, serta mengadopsi, dan memperkuat proses kognitif dan perilaku yang lebih adaptif didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam. Maka dengan demikian, tingkat kecemasan pasien penderita hipertensi menurun.

Untuk lebih jelasnya, dinamika psikologis akan dijelaskan pada gambar di bawah ini:

E. HIPOTESIS

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah subjek penderita hipertensi dalam kelompok eksperimen mengalami penurunan kecemasan setelah pemberian terapi kognitif perilaku Islam dibandingkan dengan subjek penderita hipertensi pada kelompok kontrol.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan dalam penelitian ini dilakukan secara Kuasi Eksperimen (*Non randomized pretest – posttest control group design*), yaitu desain eksperimen yang dilakukan dengan *pretest* dan *posttest*, dan subjek penelitian dibedakan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang ditentukan dengan cara *non random* (Seniati, Yulianto, & Setiadi, 2005).

Subjek penelitian dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok pertama merupakan kelompok eksperimen dan kelompok kedua adalah kelompok kontrol. Subjek penelitian sebelum diberi perlakuan diminta untuk mengisi skala kecemasan yang bertujuan untuk mengukur tingkat kecemasan subjek. Subjek penelitian adalah subjek yang kecemasannya perlu untuk diturunkan. Kelompok eksperimen diberikan perlakuan berupa terapi kognitif perilaku Islam, sedangkan kelompok kontrol tidak diberi perlakuan apapun. Penentuan subjek yang menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol awalnya akan dilakukan secara random, akan tetapi keadaan di lapangan tidak memungkinkan peneliti untuk melakukan randomisasi, sehingga penentuan subjek kelompok eksperimen bukan berdasarkan hasil randomisasi. Jumlah partisipan masing-masing sebanyak 10 orang pada kelompok eksperimen dan 10 orang pada kelompok kontrol. Kelompok eksperimen akan mendapatkan intervensi atau perlakuan berupa terapi kognitif perilaku Islam. Materi dan prosedur terapi telah peneliti susun dalam

modul. Kelompok kontrol diperlakukan sebagai *waiting list* yang akan tetap diberi terapi kognitif perilaku Islam sesuai dengan yang diberikan kepada kelompok eksperimen. Terapi kognitif perilaku Islam untuk kelompok kontrol akan dilakukan setelah seluruh proses penelitian berakhir.

Setelah tiga minggu, subjek penelitian baik itu kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol diberikan skala kecemasan sebagai *posttest* untuk melihat apakah hasil pengukuran tingkat kecemasan menurun. Berikut tabel rancangan penelitian ini:

Tabel 4. Rancangan Kuasi Eksperimen *Pretest-Posttest Control Group Design*

| | | | | |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| (A) Non R | O1 | X | O2 | O3 |
| (B) Non R | O1 | ~X | O2 | O3 |

Keterangan :

(A) : Non Random Kelompok Eksperimen

(B) : Non Random Kelompok Kontrol

O1 : *Pretest*

O2 : *Posttest*

O3 : *Follow up*

X : Perlakuan (terapi kognitif perilaku Islam)

~X : Tidak diberi perlakuan

B. Identifikasi Variabel Penelitian

1. Variabel bebas : Terapi Kognitif Perilaku Islam
2. Variabel tergantung : Kecemasan Pada Penderita Hipertensi

C. Definisi Operasional

1. Kecemasan Pada Penderita Hipertensi

Untuk mengetahui tingkat kecemasan pada penderita hipertensi dilakukan dengan menggunakan alat ukur berupa skala kecemasan pada penderita hipertensi yang disusun sendiri oleh peneliti yang memuat empat aspek yaitu aspek emosi, aspek kognitif, aspek fisik, dan aspek perilaku (Calhoun & Acocella, 1990; Greenberger & Padesky, 1995; Nevid, dkk., 2005) dan telah disesuaikan dengan keadaan kecemasan yang dialami oleh penderita hipertensi yakni penderita hipertensi mengalami reaksi emosional yang negatif (khawatir, tegang, takut, pesimis, gelisah, tidak nyaman, gugup) terhadap keadaan/kondisi sakit hipertensi yang dideritanya yang dirasa tidak menyenangkan dan menimbulkan ancaman. Reaksi emosional ini berupa asumsi negatif subjek terhadap penyakit hipertensi, terhadap peningkatan tekanan darah (tensi) yang semakin tinggi di atas ambang normal, terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan tekanan darah naik, terhadap kelanjutan/resiko dari penyakit hipertensi, dan terhadap ketidakpastian masa depan akibat kondisi sakit hipertensi (Bener, dkk., 2006; Spruill, dkk., 2007; Carnemolla, dkk., 2008; Ogedegbe, dkk., 2008; Sångren, dkk., 2009). Tinggi rendahnya tingkat kecemasan diukur dengan menggunakan skala kecemasan pada

penderita hipertensi yang disusun oleh peneliti. Semakin tinggi skor, maka semakin tinggi pula tingkat kecemasannya.

2. Terapi Kognitif Perilaku Islam

Terapi kognitif perilaku Islam adalah suatu tritmen untuk membantu individu memodifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak yang negatif/maladaptif menjadi positif yakni dengan cara belajar keterampilan kognitif dan perilaku yang baru yang lebih adaptif didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam. Terapi ini diberikan sebanyak 6 kali pertemuan, dua kali dalam seminggu. Setiap pertemuan berlangsung selama 60 - 90 menit. Sesi terapi terdiri atas sesi psikoedukasi dengan model psikologi dan pendekatan agama Islam, sesi rekonstruksi kognitif dengan 2 jenis pikiran alternatif yakni alternatif pikiran berupa fakta dan juga berupa nilai-nilai yang terkandung dalam ajaran agama Islam, sesi afirmasi kebersyukuran, sesi relaksasi pasrah diri, sesi *exposure* dengan teknik *the butterfly hug* dikombinasikan dengan dzikir, sesi *sharing* atau presentasi diri, dan sesi *homework* atau tugas rumah.

D. Subjek Penelitian

Penelitian ini mengambil subjek penelitian penderita hipertensi yang telah dibuktikan oleh praktisi kesehatan, dan tinggal di wilayah kerja Puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta. Subjek penelitian diperoleh dengan penawaran relawan kepada pasien hipertensi yang pernah berobat ke Puskesmas. Kriteria subjek penelitian adalah sebagai berikut :

a. Wanita berusia 30 tahun ke atas

Berjenis kelamin perempuan dengan pertimbangan: berdasarkan hasil penelitian Wang dan Wei (2006) bahwa lebih dari 60% pasien hipertensi yang mengalami kecemasan adalah wanita. Selanjutnya, berdasarkan hasil survei faktor risiko penyakit kardiovaskuler (PKV) oleh proyek WHO di Jakarta, menunjukkan angka prevalensi hipertensi tahun 2004 menunjukkan peningkatan prevalensi hipertensi pada wanita yakni sebesar 53,9% dan pada pria sebesar 46,2%. Dalam data Riskesdas 2007 juga disebutkan prevalensi di Indonesia berkisar 30% dengan insiden komplikasi penyakit kardiovaskuler lebih banyak pada perempuan 52% dibandingkan laki-laki 48% (Depkes RI, 2009). Selanjutnya, berusia 30 tahun ke atas dengan pertimbangan: jumlah penderita tekanan darah tinggi terus meningkat, terutama pada orang dewasa yang berusia sekitar 40 tahun (National Heart, Lung & Blood Institute, 2004).

b. Berada pada kategori hipertensi stadium 1 dan 2.

Seseorang disebut mengidap hipertensi bila tekanan darahnya selalu terbaca di atas 140/90 mmHg. Tekanan darah ditentukan dari nilai rata-rata dua kali pengukuran atau lebih dari kunjungan yang berbeda (Sustrani, dkk., 2006).

c. Berdomisili di wilayah kerja Puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta.

d. Memiliki skor kecemasan sedang hingga tinggi berdasarkan skala kecemasan yang disusun oleh peneliti. Kecemasan sedang hingga tinggi menunjukkan bahwa individu sedang mengalami konflik internal yang perlu diselesaikan. Individu membutuhkan cara baru untuk menangani akar permasalahannya tersebut (Larue, 2009).

- e. Minimal pendidikan SLTA atau sederajat diasumsikan telah memiliki tingkat intelektual yang baik sehingga dapat mengikuti proses terapi dengan baik (Sasmitawati, 2008).
- f. Beragama Islam. Mengingat faktor religiusitas mempengaruhi kecemasan maka pada penelitian ini akan dilakukan pengontrolan terhadap tingkat religiusitas/derajat keislaman subjek penelitian. Subjek penelitian dalam penelitian ini adalah subjek yang memiliki tingkat religiusitas rendah hingga sedang, di mana berdasarkan hasil studi korelasional yang telah terbukti secara empiris (Rachmawati, 2007; Anggraieni, 2008) terdapat hubungan antara religiusitas dan kecemasan bahwa dengan tingkat religiusitas rendah hingga sedang maka berarti subjek memiliki tingkat kecemasan sedang hingga tinggi.
- g. Mengonsumsi obat anti hipertensi.

E. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan beberapa metode yang dipergunakan untuk pengumpulan data untuk membantu mengungkap variabel kecemasan pada penderita hipertensi, yakni sebagai berikut :

a. Persetujuan Partisipan

Merupakan lembar persetujuan subjek, yang memuat hak dan kewajiban yang harus dilakukan oleh subjek, serta manfaat yang diperoleh subjek. Lembar ini juga berisikan pernyataan kesediaan pasien untuk menjadi subjek sukarela sehingga memungkinkan untuk mengundurkan diri atau menolak dilibatkan

juga melindungi subjek penelitian akibat resiko-resiko katidaknyamanan selama proses terapi.

b. Skala kecemasan pada penderita hipertensi.

Untuk mengetahui tingkat kecemasan pada penderita hipertensi dilakukan dengan menggunakan alat ukur yang berupa skala kecemasan yang disusun sendiri oleh peneliti yang memuat empat aspek yaitu aspek emosi, aspek kognitif, aspek fisik, dan aspek perilaku (Calhoun & Acocella, 1990; Greenberger & Padesky, 1995; Nevid, dkk., 2005) dan telah disesuaikan dengan keadaan kecemasan yang dialami oleh penderita hipertensi.

Skala kecemasan pada penderita hipertensi berbentuk *summated rating scale* yang terdiri atas item *favorable* dan *unfavorable*. Item *favorable* adalah item yang mendukung objek yang ingin diukur, sedangkan item *unfavorable* adalah item yang tidak mendukung objek yang ingin diukur (Azwar, 2000). Alternatif jawaban yang tersedia ada empat macam, yaitu sangat sesuai (SS) 4, sesuai (S) 3, tidak sesuai (TS) 2, dan sangat tidak sesuai (STS) 1. Skor untuk item *unfavorable* bagi jawaban sangat sesuai (SS) 1, sesuai (S) 2, tidak sesuai (TS) 3, dan sangat tidak sesuai (STS) 4. Semakin tinggi skor yang diperoleh subjek, maka semakin tinggi pula kecemasan yang dialami oleh subjek tersebut.

c. Skala religiusitas dari Anggraieni (2008) untuk melihat homogenitas tingkat religiusitas/derajat keislaman subjek penelitian. Adapun subjek dalam penelitian ini adalah subjek dengan tingkat religiusitas rendah hingga sedang. Subjek dengan religiusitas yang tinggi diasumsikan telah memiliki keberagaman yang tinggi sehingga bila diberi terapi kognitif perilaku Islam

maka tidak begitu terlihat efeknya dalam mengatasi kecemasan. Adapun aspek-aspek religiusitas dalam skala religiusitas dari Anggraieni (2008) yang menggunakan aspek-aspek religiusitas dari Glock dan Stark yaitu : *Religious Belief* (Dimensi Ideologis), *Religious Practice* (Dimensi Ritualistik), *Religious Feeling* (Dimensi Eksperensial), *Religious Effect* (Dimensi Konsekuensi), dan *Religious Knowledge* (Dimensi Intelektual).

d. Buku tugas rumah

Buku tugas rumah yang berisi mengenai tugas rumah yang harus dilakukan partisipan dirumah. Buku tugas rumah yang diisi oleh partisipan digunakan sebagai evaluasi dan pemantauan mengenai kemajuan atau peningkatan yang terjadi pada partisipan. Buku tugas rumah disusun oleh peneliti berpedoman kepada prosedur terapi kognitif perilaku Islam.

e. Lembar observasi

Lembar observasi digunakan oleh peneliti untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama terapi berlangsung. Dari observasi dapat diketahui bagaimana keaktifan dan respon pasien dalam proses terapi dengan mengamati bahasa non verbal pasien.

f. Lembar evaluasi terapi kognitif perilaku Islam

Merupakan lembar evaluasi terhadap pelaksanaan terapi kognitif perilaku Islam yang telah dilaksanakan. Lembar evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari proses terapi yang telah dilaksanakan. Evaluasi dalam terapi ini meliputi tiga hal, yaitu evaluasi penyelenggaraan terapi, terapis, dan

materi terapi. Lembar ini juga bertujuan untuk mengetahui pendapat subjek mengenai manfaat dan perubahan yang dirasakan dari terapi.

- g. Tensimeter : pengukur tekanan darah ; digunakan oleh tenaga medis yang sesuai telah diberi wewenang oleh dokter.
- h. Lembar data pengukur tekanan darah dan denyut jantung yang berfungsi untuk memonitor tekanan darah, denyut jantung partisipan saat penelitian (sebagai data tambahan).

F. Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan beberapa tahapan, yaitu :

1. Tahap persiapan penelitian
 - a. Melakukan *need assessment* yang terjadi di lapangan
 - 1) Melakukan wawancara dengan psikolog puskesmas berkaitan dengan masalah hipertensi.
 - 2) Melakukan wawancara dengan bagian pelayanan masyarakat "YANMAS" di Puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta, untuk mengetahui penyebaran dan jumlah penderita hipertensi, serta untuk mengetahui peran puskesmas dalam menekan atau menurunkan jumlah penderita hipertensi.
 - 3) Melakukan wawancara dengan beberapa penderita hipertensi, guna mengetahui hal-hal yang menjadi penyebab naiknya tekanan darah pada penderita hipertensi.
 - 4) Melakukan studi pustaka mengenai kecemasan dan hipertensi.

b. Pengurusan perizinan

Peneliti mendapatkan surat izin penelitian dari Magister Psikolog Universitas Islam Indonesia dan BAPPEDA (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah) Kabupaten Sleman, Yogyakarta. Kemudian, surat izin penelitian disampaikan oleh peneliti kepada pihak Puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta.

c. Penyusunan rancangan penelitian dan pembuatan modul terapi kognitif perilaku Islam.

Peneliti terlebih dahulu mempelajari tentang kecemasan yang dialami oleh penderita hipertensi, dan terapi kognitif perilaku Islam sebagai terapi yang digunakan untuk mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi. Kemudian peneliti menyusun panduan terapi kognitif perilaku Islam dalam bentuk modul terapi kognitif perilaku Islam berdasarkan referensi yang telah dipelajari oleh peneliti, yang didalamnya memuat langkah-langkah dalam setiap pertemuan terapi. Pada proses penyusunan juga dilakukan *roleplay* untuk memperbaiki instruksi dan bahasa yang digunakan dalam panduan terapi kognitif perilaku Islam. *Roleplay* akan dilakukan bersama mahasiswa magister profesi psikologi.

d. Seleksi terapis

Proses pemilihan dan pembekalan terapis. Kompetensi terapis yang diperlukan untuk melaksanakan Terapi Kognitif Perilaku Islam adalah :

- 1) Psikolog/Psikiater/Terapis
- 2) Beragama Islam
- 3) Memiliki pengetahuan mengenai terapi kognitif perilaku religius atau terapi kognitif perilaku Islam

- 4) Memiliki pengalaman sebagai ko-terapis atau terapis terapi kognitif perilaku
- 5) Memiliki pengetahuan mengenai kecemasan
- 6) Memiliki pengalaman pendampingan atau penanganan pada pasien hipertensi.

Terapis yang dipilih kemudian diberikan pembekalan sesuai dengan materi yang tercantum dalam modul terapi kognitif perilaku Islam. Peneliti juga menggunakan ko-terapis untuk membantu dalam proses observasi saat pelaksanaan terapi.

e. Persiapan terapis untuk melakukan terapi.

Terapis akan didampingi oleh ko-terapis, yaitu 1 orang mahasiswa magister psikolog UII dan peneliti sendiri di mana terapis dan ko-terapis diberi pelatihan terlebih dahulu. Pelatihan ini meliputi penjelasan dan praktek terhadap modul terapi. Terapis diberi modul terapi dan peneliti meminta terapis untuk mempraktekkan modul tersebut dengan peneliti dan 1 orang ko-terapis lainnya sebagai partisipan.

f. Penentuan dan pencarian subjek penelitian

Penentuan subjek penelitian melibatkan bagian YANMAS (pelayanan masyarakat) Puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta, untuk membantu peneliti dalam mengetahui penyebaran penderita hipertensi pada wilayah kerja Puskesmas.

g. Penyusunan alat ukur dan ujicoba alat ukur

Penelitian ini menggunakan alat ukur berupa skala kecemasan pada penderita hipertensi yang terdiri atas 40 item. Penyusunan skala kecemasan ini

memuat aspek emosi, kognitif, fisik, dan perilaku (Calhoun & Acocella, 1990; Greenberger & Padesky, 1995; Nevid, dkk., 2005) dan telah disesuaikan dengan keadaan kecemasan yang dialami oleh penderita hipertensi.

Tabel 5. *Blue Print* Skala Kecemasan Pada Penderita Hipertensi Sebelum *Tryout*.

| Aspek | Butir <i>Favorable</i> | | Butir <i>Unfavorable</i> | |
|----------|------------------------|--------|--------------------------|--------|
| | Nomor Butir | Jumlah | Nomor Butir | Jumlah |
| Emosi | 1, 9, 17, 25, 33 | 5 | 2, 10, 18, 26, 34 | 5 |
| Kognitif | 3, 11, 19, 27, 35 | 5 | 4, 12, 20, 28, 36 | 5 |
| Fisik | 5, 13, 21, 29, 37 | 5 | 6, 14, 22, 30, 38 | 5 |
| Perilaku | 7, 15, 23, 31, 39 | 5 | 8, 16, 24, 32, 40 | 5 |
| Total | | 20 | | 20 |

Agar mencapai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan, suatu penelitian harus didukung oleh alat ukur yang dapat memberikan hasil ukur yang memadai. Validitas dan reliabilitas merupakan persyaratan utama yang harus dimiliki sebuah alat ukur yang baik. Guna memenuhi persyaratan tersebut, maka skala yang telah peneliti susun perlu diujicobakan pada subjek penelitian. Ujicoba dilakukan pada tanggal 11 Juni 2011 sampai dengan 30 Juni 2011 dengan mengambil subjek penderita hipertensi yang pernah berobat ke Puskesmas X dan tinggal di wilayah Puskesmas X, sebanyak 30 subjek.

a) Validitas

Validitas mempunyai arti sejauhmana ketetapan, ketelitian, kecermatan alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Menurut Azwar (2000), suatu alat tes atau instrument pengukur dikatakan mempunyai validitas tinggi apabila instrument tersebut dapat menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil yang sesuai dengan maksud pengukuran tersebut. Hal ini berarti bahwa suatu alat tes dikatakan valid apabila alat tes tersebut mengukur yang hendak diukur.

Validitas alat ukur penelitian ini diuji berdasarkan korelasi item total terkoreksi $r_{i(t-i)}$, yaitu korelasi item-item setelah skor total dikurangi oleh skor item yang dimaksud. Dalam penentuan batas minimum indeks validitas, tidak terdapat kesepakatan angka pasti di antara para pakar psikologi, namun jika indeks lebih besar atau sama dengan 0,300 sudah dianggap memuaskan (Azwar, 2000). Item yang memiliki koefisien korelasi item total terkoreksi $r_{i(t-i)} \leq 0,300$ dinyatakan gugur, sedangkan item yang memiliki koefisien korelasi item total terkoreksi $r_{i(t-i)} \geq 0,300$ dinyatakan sebagai item yang valid.

Mengacu pada kriteria ini, maka terdapat 19 item gugur, sehingga tersisa 21 item sah dengan skor *alpha cronbach* adalah 0,899. Namun karena nilai koefisien korelasi item total terkoreksi masih ada yang dibawah $r_{i(t-i)} \leq 0,300$ maka dilakukan penyaringan lagi dan terdapat 20 aitem yang gugur, sehingga tersisa 20 butir aitem yang sah dengan koefisien korelasi item total terkoreksi $r_{i(t-i)} \geq 0,300$. Berikut adalah *blue print* skala setelah dilakukan *tryout*.

Tabel 6. *Blue Print* Skala Kecemasan Pada Penderita Hipertensi Setelah *Tryout*.

| Aspek | Butir <i>Favorable</i> | | Butir <i>Unfavorable</i> | |
|----------|------------------------|--------|--------------------------|--------|
| | Nomor Butir | Jumlah | Nomor Butir | Jumlah |
| Emosi | 33 | 1 | 2, 10, 18, 34 | 4 |
| Kognitif | 19, 27, 35 | 3 | 20, 36 | 2 |
| Fisik | 5, 13, 21, 37 | 4 | 6, 38 | 2 |
| Perilaku | 23, 39 | 2 | 8, 16 | 2 |
| Jumlah | | 10 | | 10 |

b) Reliabilitas

Reliabilitas merupakan tingkat kepercayaan, keandalan atau keajegan suatu alat ukur, yang ditunjukkan oleh konsistensi skor yang diperoleh oleh subjek yang diukur dengan alat yang sama (Suryabrata, 2000). Reliabilitas menunjukkan

sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan alat pengukuran yang sama (Aron & Aron, 2003).

Tinggi rendahnya tingkat reliabilitas dinyatakan dalam koefisien reliabilitas yang berkisar antara 0,000 - 1,000 (Ancok, 2002). Apabila koefisien reliabilitas semakin mendekati angka 1,000 berarti reliabilitas suatu alat ukur semakin tinggi (andal). Sebaliknya, jika koefisien reliabilitas alat ukur semakin mendekati angka 0,000 maka reliabilitasnya semakin rendah (Azwar, 2000).

Berdasarkan hasil analisis item-item yang telah diujikan (*tryout*), reliabilitas hasil ukur diestimasi melalui pendekatan konsistensi *alpha cronbach*. Reliabilitas r_{xx} yang diperoleh adalah *alpha cronbach* = 0,901, yang mengindikasikan bahwa item-item cukup *reliable* (dapat diandalkan).

2. Pelaksanaan Penelitian

Adapun pelaksanaan penelitian adalah sebagai berikut :

- a) Mengukur tingkat kecemasan subjek dengan menggunakan skala kecemasan pada penderita hipertensi yang telah disusun oleh peneliti, untuk mendapatkan skor *pretest* dari skor *try out* terpakai.
- b) Pemberitahuan program yang bertujuan agar subjek ikut serta secara sukarela dalam penelitian.
- c) Setelah subjek bersedia ikut serta secara sukarela dalam penelitian, subjek mengisi *informed consent* atau surat kesediaan menjadi partisipan dalam penelitian ini. Dalam proses ini, klien juga diberi informasi mengenai adanya alat perekam yang ditujukan untuk memantau jalannya proses terapi.

d) Menurut perjanjian dan kesepakatan awal, Terapi Kognitif Perilaku Islam terdiri dari 6 sesi pertemuan yang dilakukan dua kali pertemuan dalam seminggu dan tiap pertemuan berlangsung selama 60 – 90 menit. Terapi dilakukan di salah satu puskesmas di Kab. Sleman, Yogyakarta pada jam kerja. Selama penelitian, peneliti melakukan evaluasi bersama-sama dengan terapis setelah terapi selesai dilakukan. Hal ini ditujukan untuk memonitor perkembangan partisipan dan melengkapi hasil observasi. Adapun agenda pelaksanaan terapi kognitif perilaku Islam adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Agenda pelaksanaan terapi kognitif perilaku Islam

| Sesi | Aktivitas | Tujuan | Waktu | |
|--------|-----------|---|---|----------|
| Sesi 1 | 1.1 | Pembukaan : penjelasan terapi, dan identifikasi masalah | Membangun raport, memberikan penjelasan pada klien mengenai terapi, memotivasi klien. Untuk menyamakan persepsi dengan klien mengenai masalah yang dihadapi klien. | 15 menit |
| | 1.2 | Psikoedukasi dengan pendekatan agama Islam. | agar klien memiliki cukup pengetahuan tentang gejala kecemasan yang dirasakannya, sehingga klien memiliki pemahaman yang tepat tentang kecemasan yang dialaminya baik secara umum maupun bila ditilik berdasarkan pemahaman nilai-nilai ajaran agama Islam. | 15 menit |
| | 1.3 | Latihan mengenal perasaan dan penjelasan tugas rumah | Untuk melatih klien memonitor perasaan pada berbagai situasi | 20 menit |

| | | | | |
|--------|-----|---|---|----------|
| | 1.4 | Relaksasi pasrah diri dan penjelasan tugas rumah | Untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga, bentuk kepasrahan total kepada Sang Pencipta yakni keikhlasan menerima sakit yang diderita yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat. | 10 menit |
| Sesi 2 | 2.1 | Presentasi diri | Evaluasi tugas rumah | 20 menit |
| | 2.2 | Latihan menangkap pikiran dan penjelasan tugas rumah | Melatih klien mengenali pikiran negatif dan pola respon yang yang biasa dilakukan sehubungan dengan kejadian setiap harinya. | 30 menit |
| | 2.3 | Relaksasi pasrah diri. | Untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga, bentuk kepasrahan total kepada Sang Pencipta yakni keikhlasan menerima sakit yang diderita yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat. | 10 menit |
| Sesi 3 | 3.1 | Presentasi diri | Evaluasi tugas rumah. | 20 menit |
| | 3.2 | Latihan menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam dan penjelasan tugas rumah. | Melatih klien mengenali, menguji dan mengganti pikiran negatif dengan pikiran yang lebih adaptif menurut/berdasarkan keyakinan agama Islam. | 30 menit |

| | | | | |
|--------|-----|--|---|----------|
| | 3.3 | Relaksasi pasrah diri. | Untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga, bentuk kepasrahan total kepada Sang Pencipta yakni keikhlasan menerima sakit yang diderita yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat. | 10 menit |
| Sesi 4 | 4.1 | Presentasi diri | Evaluasi tugas rumah. | 20 menit |
| | 4.2 | Latihan afirmasi kebersyukuran dan penjelasan tugas rumah. | Untuk melatih klien memberikan motivasi dan dukungan terhadap diri sendiri dengan pernyataan positif (kebersyukuran pada Tuhan). | 30 menit |
| | 4.3 | Relaksasi pasrah diri. | Untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga, bentuk kepasrahan total kepada Sang Pencipta yakni keikhlasan menerima sakit yang diderita yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat. | 10 menit |
| Sesi 5 | 5.1 | Presentasi diri. | Evaluasi tugas rumah. | 20 menit |
| | 5.2 | <i>Exposure</i> dengan tehnik stabilisasi <i>butterfly hug</i> kombinasi dzikir. | Untuk melatih klien menghadapi situasi yang menekan, sampai klien dapat merasa rileks dan stabil dengan pendekatan dzikir. | 30 menit |

| | | | | |
|--------|-----|--|---|----------|
| | 5.3 | Relaksasi pasrah diri. | Untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga, bentuk kepasrahan total kepada Sang Pencipta yakni keikhlasan menerima sakit yang diderita yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat. | 10 menit |
| Sesi 6 | 6.1 | Presentasi diri | Untuk melihat apakah ada perubahan atau kemajuan yang dialami klien setelah menjalani keseluruhan sesi tritmen | 20 menit |
| | 6.2 | Review materi | Mereview materi yang telah dipelajari klien | 20 menit |
| | 6.3 | Relaksasi pasrah diri. | Untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga, bentuk kepasrahan total kepada Sang Pencipta yakni keikhlasan menerima sakit yang diderita yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat. | 10 menit |
| | 6.4 | Terminasi dan evaluasi terapi. | Untuk mengakhiri tritmen dan memberikan penekanan kepada klien bahwa proses terapi tidak hanya berhenti sampai disini namun harus terus dilatih sendiri di rumah. | 10 menit |
| | 6.5 | <i>Posttest</i> skala kecemasan pada penderita hipertensi, serta pengukuran tekanan darah (sebagai data tambahan). | Untuk mengetahui tingkat kecemasan penderita hipertensi setelah pemberian terapi kognitif perilaku Islam. | 10 menit |

- e) Setelah terapi selesai, dilakukan pengukuran tingkat kecemasan dengan skala kecemasan pada penderita hipertensi untuk mendapatkan skor *posttest*.
- f) Pengujian pasca terapi (*follow up*) dilakukan dua minggu setelah terapi dengan memberikan skala kecemasan pada penderita hipertensi untuk melihat ketahanan efektifitas terapi.

G. Etika Penelitian

1. Aturan dan Izin Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengurus perizinan kepada pihak-pihak terkait yang berhubungan dengan tempat penelitian. Beberapa perizinan yang peneliti lakukan meliputi: a) Magister Profesi Psikolog UII, sebagai bukti bahwa peneliti adalah mahasiswa yang sedang melakukan penelitian (tesis); b) BAPPEDA (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah) Sleman, Yogyakarta, sebagai lembaga yang mengontrol dan memberikan izin terhadap penelitian yang akan dilaksanakan pada instansi pemerintah yang berada di wilayah kabupaten Sleman, Yogyakarta; c) Puskesmas, sebagai tempat berlangsungnya penelitian.

2. Partisipan Penelitian

- a. Semua partisipan akan mendapatkan perlakuan yang sama.
- b. Peneliti bertanggung jawab terhadap kesejahteraan dan keselamatan partisipan selama proses penelitian berlangsung.

- c. Sebelum memberikan intervensi, partisipan akan diberitahu mengenai intervensi yang akan dilaksanakan. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat dari intervensi tersebut. Peneliti juga memberitahukan hal-hal buruk yang mungkin terjadi selama proses intervensi berlangsung.
- d. Partisipan berhak mengundurkan diri di tengah-tengah perjalanan intervensi apabila partisipan merasa bahwa intervensi ini berdampak negative terhadap diri partisipan sendiri.
- e. Sebelum menjadi partisipan penelitian, peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*), yang berisikan tentang intervensi yang akan dilakukan, hak dan kewajiban dari partisipan, serta hal-hal yang mungkin terjadi pada saat intervensi berlangsung.

3. Publikasi Hasil Penelitian

Publikasi hanya untuk dalam rangka ilmu pengetahuan. Segala orang-orang yang terlibat dalam penelitian ini akan dirahasiakan.

4. Penggunaan Karya Cipta Pihak Lain

- a. Dalam mengutip, menyadur, atau menggunakan hasil karya orang lain, peneliti selalu mencantumkan sumbernya dengan jelas.
- b. Dalam menggunakan karya orang lain, peneliti telah meminta izin terlebih dahulu dari pemilik karya tersebut dan mencantumkan hak cipta karyanya.

H. Metode Analisis Data

Data dianalisis dengan menggunakan teknik statistik perangkat lunak *Statistical Product and Service Solution (SPSS) for Windows* versi 17.0. Analisis untuk menguji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan analisis non parametrik karena jumlah sampelnya kecil (Ghozali & Castellan, 2002). Teknik analisis yang digunakan adalah *U Mann Whitney* (Sugiyono, 2007).



BAB IV

PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN

A. Orientasi Kancan dan Persiapan Penelitian

1. Orientasi Kancan Penelitian

Orientasi kancan dilakukan terlebih dahulu, sebelum proses pengambilan data untuk memberi gambaran mengenai kemungkinan pelaksanaan penelitian. Subjek dalam penelitian ini adalah para penderita hipertensi yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas X Sleman, Yogyakarta, pada tahun 2010 tercatat jumlah kunjungan kasus penyakit hipertensi sebanyak 3980 kasus pada Puskesmas X, paling tinggi diantara Puskesmas lain yang ada di Sleman Yogyakarta (Dinkes Sleman D.I.Y., 2011).

Puskesmas X Sleman memiliki cakupan wilayah kerja yang meliputi 3 desa yaitu desa Sardonoarjo, desa Sinduharjo, dan desa Minomartani. Subjek penelitian diambil dari pasien hipertensi yang berdomisili di 3 desa tersebut dan datang berobat ke Puskesmas X Sleman. Subjek penelitian yang sesuai dengan kriteria penelitian ditetapkan sebanyak 20 orang yang dibagi menjadi dua kelompok secara random, yaitu 10 orang kelompok eksperimen dan 10 orang kelompok kontrol.

2. Persiapan Penelitian

a. Administrasi

Peneliti mendapatkan surat izin penelitian dari Magister Profesi Psikolog Universitas Islam Indonesia dan BAPPEDA (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah) Kabupaten Sleman, Yogyakarta pada tanggal 5 Mei 2011. Peneliti mendapatkan izin penelitian dari Puskesmas X Sleman Yogyakarta pada tanggal 6 Juni 2011.

b. Uji coba alat ukur

Agar mencapai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan, suatu penelitian harus didukung oleh alat ukur yang dapat memberikan hasil ukur yang memadai. Validitas dan reliabilitas merupakan persyaratan utama yang harus dimiliki oleh sebuah alat ukur yang baik. Guna memenuhi persyaratan tersebut, maka skala yang telah peneliti susun perlu diujicobakan pada sampel penelitian. Uji coba dilakukan pada tanggal 11 Juni 2011 sampai dengan 30 Juni 2011 dengan mengambil subjek penderita hipertensi yang pernah berobat ke Puskesmas X dan tinggal di wilayah Puskesmas X, sebanyak 30 subjek.

Dari hasil uji coba alat ukur (*tryout*), dari 40 item skala kecemasan pada penderita hipertensi, 20 item dinyatakan gugur karena tidak memenuhi persyaratan (tidak valid nilai korelasi antar item $r_{i(t-i)} < 0,030$). Hasil korelasi antar item yang digunakan dalam skala kecemasan pada penderita hipertensi memiliki nilai reliabilitas *alpha cronbach* sebesar 0,901.

B. Pelaksanaan Penelitian

Modul yang disusun oleh peneliti telah mendapatkan *professional judgment* dari praktisi dan akademisi yang bergerak di bidang psikologi kesehatan. Uji coba modul tidak dilakukan dengan memberikan perlakuan kepada subjek yang memiliki kemiripan karakteristik dengan subjek penelitian, namun dilakukan simulasi modul dengan dua orang psikolog Puskesmas di Sleman. Uji coba modul dilaksanakan untuk mengetahui ketepatan waktu untuk masing-masing sesi yang ada dalam terapi serta penyampaian materi terapi dengan bahasa yang mudah dipahami oleh subjek penelitian. Uji coba modul dilaksanakan pada tanggal 12 Juni 2011.

Setelah melakukan *tryout* modul, peneliti melakukan *tryout* skala kecemasan pada penderita hipertensi dan penyebaran skala religiusitas yang sudah valid dan reliabel dari penelitian terdahulu. Penyebaran skala dilakukan pada tanggal 11 Juni 2011 sampai dengan 30 Juni 2011 pada 30 orang subjek sesuai kriteria subjek penelitian, untuk mendapatkan alat ukur kecemasan yang valid dan reliabel. Kemudian, dari hasil *tryout* skala kecemasan dan religiusitas tersebut, peneliti menggunakan skor *tryout* tersebut sebagai skor *pretest* (*tryout* terpakai). Selanjutnya, peneliti melakukan kategorisasi terhadap hasil *pretest* kecemasan pada penderita hipertensi dan *pretest* religiusitas dengan kriteria skor rendah, sedang dan tinggi.

Tabel 8. Distribusi Skor Kecemasan Pada Penderita Hipertensi

| Kategorisasi | Deviasi Standar | Skor Kecemasan | Jumlah | % |
|--------------|--|--------------------------|--------|--------|
| Rendah | $X < \text{Mean} - 1.SD$ | $X < 35,743$ | 4 | 13,333 |
| Sedang | $\text{Mean} - 1.SD \leq X < \text{Mean} + 1.SD$ | $35,743 \leq X < 51,197$ | 22 | 73,333 |
| Tinggi | $\text{Mean} + 1.SD \leq X$ | $51,197 \leq X$ | 4 | 13,333 |
| Jumlah | | | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 6, hasil kategorisasi *pretest* pada skala kecemasan pada penderita hipertensi adalah 4 orang (13,333%) masuk dalam kategori rendah, 22 orang (73,333%) masuk dalam kategori sedang, dan 4 orang (13,333%) masuk dalam kategori tinggi.

Tabel 9. Distribusi Skor Religiusitas

| Kategorisasi | Deviasi Standar | Skor Kecemasan | Jumlah | % |
|--------------|--|--------------------------|--------|--------|
| Rendah | $X < \text{Mean} - 1.SD$ | $X < 74,419$ | 6 | 20 |
| Sedang | $\text{Mean} - 1.SD \leq X < \text{Mean} + 1.SD$ | $74,419 \leq X < 87,581$ | 17 | 56,666 |
| Tinggi | $\text{Mean} + 1.SD \leq X$ | $87,581 \leq X$ | 7 | 23,333 |
| Jumlah | | | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 7, hasil kategorisasi *pretest* pada skala religiusitas adalah 6 orang (20%) masuk dalam kategori rendah, 17 orang (56,666%) masuk dalam kategori sedang, dan 7 orang (23,333%) masuk dalam kategori tinggi.

Berdasarkan hasil kategorisasi dari skala kecemasan pada penderita hipertensi dan religiusitas, maka jumlah subjek yang sesuai dengan kriteria subjek penelitian yakni tingkat kecemasan sedang dan tinggi, serta tingkat religiusitas rendah dan sedang adalah sebanyak 21 subjek dari 30 subjek. Dari 21 subjek tersebut, kemudian peneliti menetapkan secara *random* 10 orang subjek masuk dalam kelompok eksperimen dan 10 orang masuk dalam kelompok kontrol.

Perlakuan pada penelitian ini berupa terapi kognitif perilaku Islam. Perlakuan yang diberikan kepada kelompok eksperimen terdiri dari 6 kali pertemuan, dilakukan pada tanggal 20 Juli 2011, 22 Juli 2011, 25 Juli 2011, 28 Juli 2011, 2 Agustus 2011, dan 4 Agustus 2011. *Posttest* kelompok eksperimen dilaksanakan pada pertemuan terakhir yakni pada tanggal 4 Agustus 2011. *Follow up* bagi kelompok eksperimen dilakukan dua minggu setelah pemberian perlakuan berakhir, pada tanggal 19 Agustus 2011. Kelompok kontrol juga mendapat perlakuan yang sama setelah perlakuan kepada kelompok eksperimen (setelah *follow up period*), yakni *waiting list*. *Posttest* kelompok kontrol dilaksanakan pada tanggal 7 Agustus 2011 dan pemberian perlakuan kepada kelompok kontrol dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2011 setelah pengisian skala *follow up*.

Selama proses perlakuan berlangsung, 10 orang kelompok eksperimen mengikuti terapi sesuai dengan waktu dan tempat yang telah disepakati sebelumnya. Namun pada kelompok eksperimen, dua orang mengundurkan diri di tengah-tengah perjalanan penelitian. Pengunduran diri dua orang subjek penelitian dari kelompok eksperimen tersebut disebabkan karena alasan kesibukan. Maka peneliti juga mengurangi dua orang dari kelompok kontrol untuk mengimbangi jumlah subjek penelitian di kelompok eksperimen. Berikut adalah penjelasan tentang proses pemberian perlakuan atau intervensi dalam penelitian ini.

a. Pertemuan ke-1

Pertemuan pertama dilaksanakan pada hari Rabu, tanggal 20 Juli 2011, bertempat di aula Puskesmas X Sleman Yogyakarta. Seluruh partisipan (kelompok eksperimen) hadir untuk mengikuti terapi. Secara keseluruhan,

kegiatan berlangsung sesuai dengan yang telah diagendakan sebelumnya. Pertemuan pada hari pertama berlangsung dari pukul 14.00 – 15.30 WIB. Kegiatan pada hari itu diawali dengan pengukuran tekanan darah seluruh partisipan. Sebelum memulai terapi, terlebih dahulu partisipan diberi informasi mengenai terapi yang berupa manfaat, kegunaan, hal-hal yang mungkin akan terjadi pada saat mengikuti terapi, serta hak dan tanggung jawab masing-masing peserta selama mengikuti terapi. Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan sesi Psikoedukasi dengan pendekatan agama Islam. Tujuan dari sesi ini adalah agar klien memiliki cukup pengetahuan tentang gejala kecemasan yang dirasakannya, sehingga klien memiliki pemahaman yang tepat tentang kecemasan yang dialaminya baik secara umum maupun bila ditilik berdasarkan pemahaman nilai-nilai ajaran agama Islam. Setelah partisipan bisa memahami gejala yang dialaminya, barulah dilanjutkan dengan sesi latihan mengenal perasaan dan penjelasan tugas rumah, tujuannya untuk melatih klien memonitor perasaan pada berbagai situasi. Setelah partisipan paham dengan latihan saat terapi dan untuk di rumah, sesi terapi dilanjutkan dengan sesi relaksasi pasrah diri dan penjelasan tugas rumah. Tujuan dari relaksasi pasrah diri ini untuk memperoleh kondisi relaksasi jiwa dan raga, bentuk kepasrahan total kepada Sang Pencipta yakni keikhlasan menerima sakit yang diderita yang akan meningkatkan energi dalam tubuh yang tidak terlihat. Pertemuan hari pertama ditutup setelah klien paham semua materi yang diberikan oleh terapis.

b. Pertemuan ke-2

Pertemuan kedua dilaksanakan pada hari Jum'at, 22 Juli 2011, bertempat di aula Puskesmas X Sleman Yogyakarta. Pada pertemuan ini dua orang partisipan tidak hadir. Kegiatan pada pertemuan kedua juga berlangsung sesuai dengan yang diagendakan sebelumnya. Pemberian intervensi hari itu berlangsung dari pukul 14.00 – 15.00 WIB. Kegiatan pada pertemuan kedua diawali dengan *sharing* dan evaluasi tugas rumah setelah selang pertemuan pertama. Kemudian, kegiatan dilanjutkan dengan sesi latihan menangkap pikiran dan penjelasan tugas rumah. Tujuan dari latihan ini adalah untuk melatih klien mengenali pikiran negatif dan pola respon yang yang biasa dilakukan sehubungan dengan kejadian setiap harinya, sehingga partisipan bisa lebih berpikir positif dan optimis. Pertemuan kedua diakhiri dengan mengulangi kembali latihan relaksasi pasrah diri yang telah diajarkan pada pertemuan pertama, sehingga peserta pulang dari terapi dengan pikiran, perasaan dan fisik yang rileks serta memiliki pemahaman ilmu yang baru lagi. Pada tiap pertemuan, peserta diminta untuk menerapkan apa yang telah diperoleh selama terapi secara mandiri di rumah dengan panduan tugas rumah.

c. Pertemuan ke-3

Pertemuan ketiga dilaksanakan pada hari Senin, 25 Juli 2011, bertempat di aula Puskesmas X Sleman Yogyakarta. Jumlah partisipan yang hadir adalah 8 orang, karena 2 orang yang lainnya telah mengundurkan diri dari terapi dengan alasan kesibukan. Partisipan hadir sesuai dengan jadwal yang telah disepakati. Kegiatan pada pertemuan ke-3 ini berlangsung dari pukul 14.00 – 15.00 WIB.

Kegiatan pada pertemuan ketiga diawali dengan *sharing* dan evaluasi tugas rumah setelah selang pertemuan kedua. Kemudian, kegiatan dilanjutkan dengan sesi latihan menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam dan penjelasan tugas rumah. Tujuan dari latihan ini adalah untuk melatih klien mengenali, menguji dan mengganti pikiran negatif dengan pikiran yang lebih adaptif menurut/berdasarkan keyakinan agama Islam. Setelah partisipan paham dengan materi terapi dan lancar dalam melaksanakannya baik selama proses terapi maupun ketika dilakukan secara mandiri nantinya di rumah, pertemuan ketiga kembali ditutup dengan mengulangi kembali latihan relaksasi pasrah diri yang telah diajarkan pada pertemuan pertama.

d. Pertemuan ke-4

Pertemuan keempat dilaksanakan pada hari Kamis, 28 Juli 2011, bertempat di aula Puskesmas X Sleman Yogyakarta. Jumlah partisipan yang hadir adalah 8 orang. Partisipan hadir sesuai dengan jadwal yang telah disepakati. Kegiatan pada pertemuan ke-4 ini berlangsung dari pukul 14.00 – 15.00 WIB. Kegiatan pada pertemuan keempat diawali dengan *sharing* dan evaluasi tugas rumah setelah selang pertemuan ketiga. Kemudian, kegiatan dilanjutkan dengan sesi latihan afirmasi kebersyukuran dan penjelasan tugas rumah. Tujuan dari latihan ini adalah untuk melatih klien memberikan motivasi dan dukungan terhadap diri sendiri dengan pernyataan positif (kebersyukuran pada Tuhan), sehingga klien mampu mensugesti diri sendiri dengan cara bersyukur. Setelah partisipan paham dengan materi terapi dan lancar dalam melaksanakannya baik selama proses terapi maupun ketika dilakukan secara mandiri nantinya di rumah,

pertemuan keempat kembali ditutup dengan mengulangi kembali latihan relaksasi pasrah diri yang telah diajarkan pada pertemuan pertama.

e. Pertemuan ke-5

Pertemuan kelima dilaksanakan pada hari Selasa, 2 Agustus 2011, bertempat di aula Puskesmas X Sleman Yogyakarta. Jumlah partisipan yang hadir adalah 8 orang. Partisipan hadir sesuai dengan jadwal yang telah disepakati. Kegiatan pada pertemuan ke-5 ini berlangsung dari pukul 13.00 – 14.00 WIB. Kegiatan pada pertemuan kelima diawali dengan *sharing* dan evaluasi tugas rumah setelah selang pertemuan keempat. Kemudian, kegiatan dilanjutkan dengan sesi *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir. Tujuan dari latihan ini adalah untuk melatih klien menghadapi situasi yang menekan, sampai klien dapat merasa rileks dan stabil dengan pendekatan dzikir. Setelah partisipan paham dengan materi terapi dan lancar dalam melaksanakannya baik selama proses terapi maupun ketika dilakukan secara mandiri nantinya di rumah, pertemuan keempat kembali ditutup dengan mengulangi kembali latihan relaksasi pasrah diri yang telah diajarkan pada pertemuan pertama.

f. Pertemuan ke-6

Pertemuan keenam adalah pertemuan penutup dari terapi pada penelitian ini. Pertemuan keenam dilaksanakan pada hari Kamis, 4 Agustus 2011, bertempat di aula Puskesmas X Sleman Yogyakarta. Jumlah partisipan yang hadir adalah 8 orang. Partisipan hadir sesuai dengan jadwal yang telah disepakati. Kegiatan pada pertemuan ke-6 ini berlangsung dari pukul 13.00 – 14.00 WIB. Kegiatan pada pertemuan kelima diawali dengan *sharing* dan evaluasi tugas rumah setelah selang

pertemuan kelima. Kemudian, kegiatan dilanjutkan dengan sesi review materi yang telah dipelajari klien selama proses terapi berlangsung dari pertemuan pertama sampai pertemuan lima. Klien berdiskusi dengan terapis mengenai materi terapi yang dirasa sulit untuk dilaksanakan, hambatannya, dan solusinya. Setelah mereview materi dari awal sampai akhir, kemudian kegiatan dilanjutkan dengan relaksasi pasrah diri. Terminasi terapi dilakukan untuk mengakhiri tritmen dan memberikan penekanan kepada klien bahwa proses terapi tidak hanya berhenti sampai disini namun harus terus dilatih sendiri di rumah. Setelah terapi selesai, dilakukan pengisian form evaluasi terapi oleh partisipan. Kemudian, dilakukan pengukuran tingkat kecemasan dengan skala kecemasan pada penderita hipertensi untuk mendapatkan skor *posttest*. Selain itu, juga dilakukan pengukuran tekanan darah sekedar untuk mengetahui perkembangan tekanan darah partisipan pasca terapi.

C. Hasil Penelitian

1. Analisis Kuantitatif

a. Deskripsi Statistik

Data dalam penelitian ini mendeskripsikan 16 orang subjek penelitian, yang terdiri atas 8 orang kelompok eksperimen diberi terapi kognitif perilaku Islam dan 8 orang kelompok kontrol yang mendapatkan perlakuan yang sama di akhir penelitian. Deskripsi data penelitian yang diperoleh dari hasil pengukuran awal (*pretest*) dan pengukuran akhir (*posttest*), meliputi skor kecemasan, tekanan

darah sistolik, dan tekanan darah diastolik. Deskripsi data kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 10. Deskripsi Statistik Perbandingan Pretest-Posttest Tingkat Kecemasan, Tekanan Darah Sistolik, dan Tekanan Darah Diastolik Kelompok Eksperimen.

| Klasifikasi | Pretest | | | Posttest | | | Follow Up | | |
|-----------------|-----------|--------|--------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|
| | Kecemasan | SBP | DBP | Kecemasan | SBP | DBP | Kecemasan | SBP | DBP |
| Minimum | 42 | 140 | 90 | 35 | 130 | 80 | 32 | 120 | 80 |
| Maksimum | 56 | 190 | 120 | 42 | 180 | 95 | 41 | 180 | 100 |
| Rerata | 46,63 | 161,88 | 97,50 | 37,25 | 146,88 | 90,00 | 35,75 | 150,00 | 87,50 |
| Standar Deviasi | 4,241 | 21,702 | 11,339 | 2,435 | 18,696 | 4,629 | 2,659 | 23,299 | 8,864 |

Tabel 11. Deskripsi Statistik Perbandingan Pretest-Posttest Tingkat Kecemasan, Tekanan Darah Sistolik, dan Tekanan Darah Diastolik Kelompok Kontrol.

| Klasifikasi | Pretest | | | Posttest | | | Follow Up | | |
|-----------------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|--------|
| | Kecemasan | SBP | DBP | Kecemasan | SBP | DBP | Kecemasan | SBP | DBP |
| Minimum | 40 | 140 | 80 | 42 | 140 | 80 | 43 | 130 | 70 |
| Maksimum | 62 | 160 | 100 | 63 | 160 | 90 | 60 | 180 | 100 |
| Rerata | 46,75 | 151,25 | 90 | 48,63 | 148,75 | 86,25 | 48,50 | 148,13 | 87,50 |
| Standar Deviasi | 7,226 | 8,345 | 7,559 | 6,675 | 6,409 | 5,175 | 5,398 | 14,623 | 10,000 |

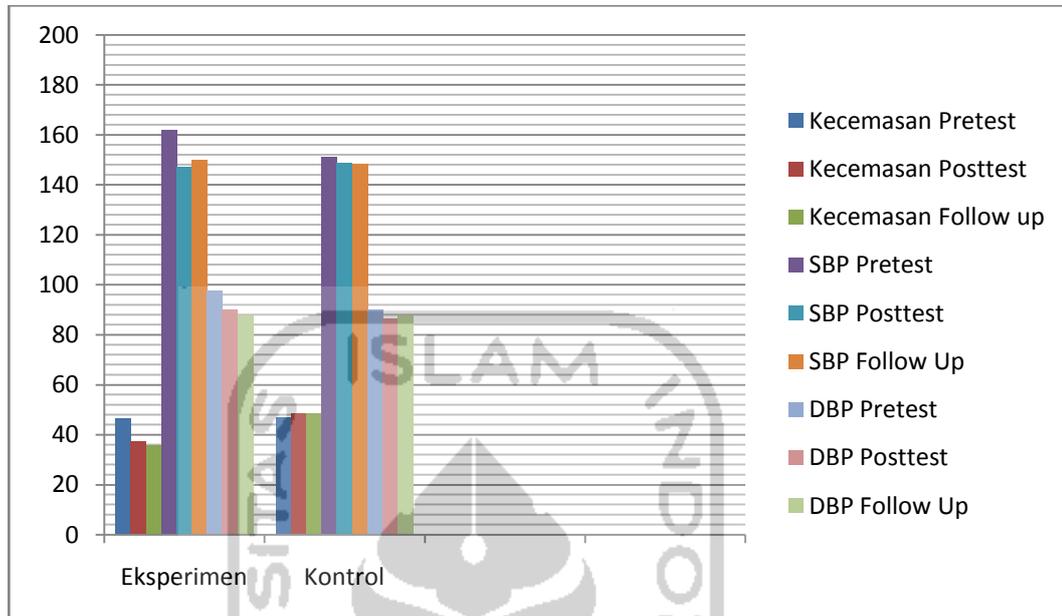
Keterangan :

SBP : Tekanan darah sistolik (*systolic blood pressure*)

DBP : Tekanan darah diastolic (*diastolic blood pressure*)

Secara keseluruhan perbandingan data rerata (*mean*) pengukuran awal (*pretest*) dan pengukuran akhir (*posttest*), serta pengukuran *follow up* kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tergambar pada histogram berikut ini.

Gambar 2. Histogram Data Rerata (Mean) Pretest, Posttest, dan Follow up Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol.



Deskripsi data skor *pretest*, *posttest* dan *follow up* pada kelompok eksperimen menunjukkan penurunan rerata yang meliputi : penurunan rerata tingkat kecemasan sebesar 9,38 (*pretest* = 46,63, *posttest* = 37,25), dan tingkat kecemasan semakin menurun reratanya setelah *follow up* sebesar 1,5 (*posttest* = 37,25, *follow up* = 35,75). Kemudian, juga terjadi penurunan rerata tekanan darah sistolik sebesar 15 (*pretest* = 161,88, *posttest* = 146,88), namun rerata tekanan darah sistolik mengalami kenaikan setelah *follow up* sebesar 3,12 (*posttest* = 146,88, *follow up* = 150). Selanjutnya, penurunan rerata juga terjadi pada tekanan darah diastolik sebesar 7,5 (*pretest* = 97,50, *posttest* = 90), dan tekanan darah diastolik semakin menurun reratanya setelah *follow up* sebesar 2,5 (*posttest* = 90, *follow up* = 87,50).

Deskripsi data skor *pretest*, *posttest* dan *follow up* pada kelompok kontrol terjadi kenaikan sedikit rerata yang meliputi: kenaikan rerata tingkat kecemasan

sebesar 1,88 (*pretest* = 46,75, *posttest* = 48,63), dan tingkat kecemasan mengalami sedikit penurunan rerata setelah *follow up* sebesar 0,13 (*posttest* = 48,63, *follow up* = 48,50). Kemudian, juga terjadi penurunan rerata tekanan darah sistolik sebesar 2,5 (*pretest* = 151,25, *posttest* = 148,75), dan rerata tekanan darah sistolik juga mengalami sedikit penurunan setelah *follow up* sebesar 0,62 (*posttest* = 148,75, *follow up* = 148,13). Selanjutnya, penurunan rerata juga terjadi pada tekanan darah diastolik sebesar 3,75 (*pretest* = 90, *posttest* = 86,25), dan tekanan darah diastolik mengalami peningkatan rerata setelah *follow up* sebesar 1,25 (*posttest* = 86,25, *follow up* = 87,50).

Sebelum melakukan analisis statistik lebih jauh, peneliti mengukur skor kecemasan dan tekanan darah dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hasil pengukuran dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 12. Hasil skor uji beda pretest skala kecemasan, skala religiusitas, dan tekanan darah pada kelompok eksperimen dan kontrol.

| | Variabel | | | |
|------------------------|----------------------|-------------------------|----------------|----------------|
| | Pretest Kecemasan | Pretest Religiusitas | Pretest SBP | Pretest DBP |
| Mann-Whitney U | 29.500 | 19.000 | 26.000 | 20.000 |
| Wilcoxon W | 65.500 | 55.000 | 62.000 | 56.000 |
| Z | -.268 | -1.370 | -.645 | -1.350 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .789 | .171 | .519 | .177 |

Tabel menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan skor *pretest* antara kelompok eksperimen dan kontrol pada kecemasan dengan skor *Mann-Whitney U* = 29,500, *Z* = -0,268, *p* = 0,789 (*p* > 0,05). Begitu juga halnya dengan skor *pretest* religiusitas dengan skor *Mann-Whitney U* = 19,000, *Z* = -1,370, *p* = 0,171 (*p* > 0,05), sehingga tidak ada perbedaan religiusitas antara kelompok eksperimen dan kontrol. Selanjutnya, tidak ada perbedaan skor *pretest* tekanan darah sistolik

antara kelompok eksperimen dan kontrol, yakni skor *Mann-Whitney U* = 26,000, $Z = -0,645$, $p = 0,519$ ($p > 0,05$). Kemudian juga tidak ada perbedaan skor *pretest* tekanan darah diastolik antara kelompok eksperimen dan kontrol, yakni skor *Mann-Whitney U* = 20,000, $Z = -1,350$, $p = 0,177$ ($p > 0,05$). Dengan demikian kondisi subjek dalam hal ini kecemasan, religiusitas, tekanan darah sistolik dan diastolik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol saat *pretest* adalah sama.

Setelah diberi perlakuan berupa terapi kognitif perilaku Islam, peneliti mengukur kembali skor kecemasan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah adanya perlakuan. Skor subjek pada skala kecemasan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 13. Perolehan skor kecemasan antar kelompok

| Subjek | Kelompok | <i>Pretest</i> | <i>Posttest</i> | <i>Gain Score</i> | <i>Follow Up</i> |
|--------|------------|----------------|-----------------|-------------------|------------------|
| 1. | Eksperimen | 45 | 38 | 7 | 35 |
| 2. | Eksperimen | 45 | 39 | 6 | 37 |
| 3. | Eksperimen | 45 | 35 | 10 | 32 |
| 4. | Eksperimen | 42 | 35 | 7 | 35 |
| 5. | Eksperimen | 56 | 42 | 14 | 41 |
| 6. | Eksperimen | 46 | 37 | 9 | 37 |
| 7. | Eksperimen | 45 | 35 | 10 | 34 |
| 8. | Eksperimen | 49 | 37 | 12 | 35 |
| 9. | Kontrol | 41 | 43 | -2 | 43 |
| 10. | Kontrol | 46 | 47 | -1 | 49 |
| 11. | Kontrol | 40 | 42 | -2 | 44 |
| 12. | Kontrol | 46 | 47 | -1 | 45 |
| 13. | Kontrol | 42 | 47 | -5 | 51 |
| 14. | Kontrol | 52 | 53 | -1 | 49 |
| 15. | Kontrol | 62 | 63 | -1 | 60 |
| 16. | Kontrol | 45 | 47 | -2 | 47 |

Berdasarkan data di atas, *Gain Score* kecemasan pada kelompok eksperimen berkisar antara 6 sampai dengan 14, dan *Gain Score* kecemasan pada kelompok kontrol berkisar antara -1 sampai dengan -2. *Gain Score* merupakan selisih dari hasil *pretest* dan *posttest*. *Gain Score* adalah metode yang baik untuk menganalisis hasil *pretest* dan *posttest*. *Gain score* juga merupakan indikator yang baik untuk menunjukkan tingkat keefektifan dilihat dari hasil skor *pretest* dan *posttest* (Dimitrov & Rumrill, 2003).

Proses analisis selanjutnya adalah melakukan pengujian untuk mengetahui apakah ada perbedaan kecemasan sebelum dan sesudah mendapatkan perlakuan berupa terapi kognitif perilaku Islam, pada kelompok yang mendapat terapi dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi? Pengujian dilakukan dengan menggunakan analisis non parametrik *Mann-Whitney*. Berdasarkan hasil uji *Mann-Whitney* menunjukkan bahwa skor *Mann-Whitney* $U = 0,000$, $Z = -3,401$ dan $p = 0,001$ ($p < 0,01$), sehingga ada perbedaan yang sangat signifikan antara kelompok eksperimen dan kontrol, dimana tingkat kecemasan pada kelompok eksperimen menurun setelah mendapat perlakuan berupa terapi kognitif perilaku Islam. Berdasarkan analisis tersebut, dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh terapi kognitif perilaku Islam untuk menurunkan kecemasan pada penderita hipertensi.

Proses analisis selanjutnya dilakukan pada masing-masing kelompok penelitian untuk melihat perbedaan skor yang terjadi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hasil analisis pada kelompok eksperimen yakni dapat diketahui nilai $Z = -3,348$ dan $p = 0,001$ ($p < 0,01$), sehingga ada perbedaan yang

sangat signifikan antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok eksperimen. Maka dapat disimpulkan ada perbedaan kecemasan pada kelompok eksperimen, dimana ada penurunan skor kecemasan dari sebelum mengikuti terapi dengan setelah mengikuti terapi. Kemudian, hasil analisis pada kelompok kontrol dapat diketahui nilai $Z = -1,325$ dan $p = 0,185$ ($p > 0,05$), sehingga tidak ada perbedaan skor kecemasan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi.

Ketahanan efek terapi juga diuji dengan cara peneliti melakukan *follow up* pada dua minggu setelah terapi. Hasil dari *follow up* dianalisis dengan uji *Mann Whitney* untuk mengetahui apakah ada perbedaan tingkat kecemasan sesudah mendapat terapi kognitif perilaku Islam selama dua minggu setelah terapi. Berdasarkan hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa $Z = -3,376$, dan $p = 0,001$ ($p < 0,01$) yang memiliki arti ada perbedaan yang sangat signifikan pada kelompok yang mendapat terapi dengan kelompok yang tidak mendapat terapi. Tingkat kecemasan pada kelompok yang mendapat terapi tetap menurun selama dua minggu setelah proses terapi kognitif perilaku Islam.

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol terdapat perbedaan skor kecemasan yang sangat signifikan antara sebelum dan sesudah mendapat terapi.
2. Ada penurunan tingkat kecemasan yang sangat signifikan antara sebelum dan sesudah kelompok eksperimen mendapat terapi kognitif perilaku Islam.
3. Tidak ada perbedaan skor kecemasan antara sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol.

4. Ada perbedaan skor kecemasan yang sangat signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol selama dua minggu setelah terapi jika melihat mean pada kelompok eksperimen maka dapat disimpulkan bahwa ada penurunan skor kecemasan kelompok eksperimen setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam.

Berdasarkan hasil analisis uji hipotesis di atas ($p < 0,01$), sehingga hipotesis diterima, yakni subjek penderita hipertensi dalam kelompok eksperimen mengalami penurunan kecemasan setelah pemberian terapi kognitif perilaku Islam dibandingkan dengan subjek penderita hipertensi pada kelompok kontrol.

2. Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif diperoleh dari hasil observasi dan wawancara dari tiap-tiap pertemuan terapi, dan dari buku tugas rumah. Berikut adalah hasil analisis data individu kelompok eksperimen:

Subjek 1

Subjek berusia 50 tahun. Subjek sudah 7 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 45 (sedang). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 38 (sedang). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya menurun lagi menjadi 35 (rendah). Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 150/90 mmHg (Hipertensi stadium 1). Setelah mendapatkan terapi, tekanan darah subjek menurun menjadi 140/80 mmHg (Hipertensi stadium 1). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah subjek semakin membaik mengalami penurunan lagi menjadi 130/80 mmHg (*Pre* hipertensi). Berdasarkan hasil ini

dapat terlihat bahwa subjek mengalami penurunan rasa cemas dan penurunan angka tekanan darah setelah diberikan terapi.

Sebelum terapi subjek merasa takut bila tensinya tinggi karena tidak tertutup kemungkinan bagi subjek untuk terkena serangan jantung, bahkan yang lebih mengerikan lagi bagi subjek adalah terkena *stroke*. Subjek juga merasa takut mati mendadak (*sudden death*) karena mengidap penyakit hipertensi. Subjek mengungkapkan bahwa ia merasa deg-degan dan cemas. Subjek berharap semoga tensinya turun, panjang umur, dan tidak terkena komplikasi dari penyakit hipertensi. Oleh karena itulah, subjek sangat antusias sekali untuk bisa sembuh.

Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak serius menjalani terapi. Subjek cukup aktif mengungkapkan apa yang dirasakan dan apa yang dialaminya pada sesi *sharing* atau presentasi diri. Sesekali subjek juga tersenyum dan mengangguk-anggukkan kepala ketika terapis menyampaikan materi terapi sesi mengenal perasaan. Subjek semakin menghayati terapi disaat dilakukannya relaksasi pasrah diri. Air muka subjek berubah lebih tenang bila dibandingkan dengan sebelum relaksasi pasrah diri. Sebelum relaksasi, subjek merasa penasaran dengan terapi ini, subjek juga merasa cemas dan kurang nyaman. Setelah relaksasi pasrah diri, subjek merasa ketidaknyamanannya agak berkurang dari sebelumnya, merasa agak tenang, dan ringan.

Pada pertemuan kedua terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak pasif dan hanya mendengarkan

saja materi terapi menangkap pikiran oleh terapis. Saat penerapan terapi selama proses terapi, tampak subjek agak mengalami sedikit kesulitan pada sesi menangkap pikiran, namun enggan bertanya pada terapis, dan sesekali subjek berdiskusi dengan teman yang duduk di samping bangkunya. Kemudian pada sesi akhir, subjek tampak mulai terbiasa untuk melakukan relaksasi pasrah diri. Sebelum relaksasi pasrah diri, subjek merasa kakinya agak panas (gejala fisik). Setelah terapi relaksasi pasrah diri, subjek merasa panasnya agak berkurang.

Pada pertemuan ketiga, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak aktif bertanya. Terkadang subjek tampak berbincang-bincang dengan teman sebangkunya di sela-sela sesi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam. Selanjutnya, pada akhir pertemuan, subjek mulai tampak otomatis melakukan relaksasi pasrah diri ketika diinstruksikan untuk melakukan relaksasi pasrah diri oleh terapis. Subjek mengaku dengan berpikir positif dan rileks maka tingkat kenyamanannya semakin meningkat dari sebelumnya.

Pada pertemuan keempat, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek tampak kian aktif bertanya, berbagi kisah, dan menanggapi kisah dari teman kelompoknya. Klien juga tidak mengalami kesulitan ketika terapis mengajarkan tehnik afirmasi kebersyukuran.

Klien merasa sangat senang dan bahagia dengan bersyukur dalam memandang tiap permasalahan. Kenyamanan klien semakin bertambah lagi dengan melakukan relaksasi pasrah diri pada akhir pertemuan.

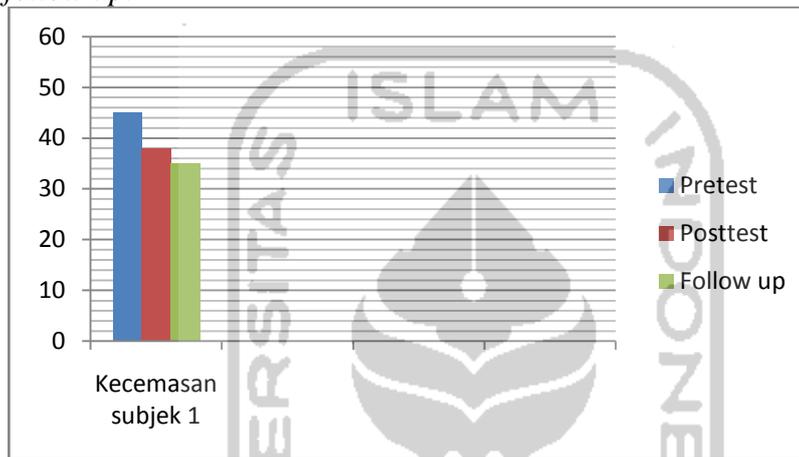
Pada pertemuan kelima, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak tak sungkan-sungkan bertanya kala bingung. Subjek tampak semakin antusias dengan materi terapi *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir yang disampaikan oleh terapis. Subjek tampak menghayati penerapannya secara bersama-sama dengan teman satu kelompok yang dipandu oleh terapis. Sebelum stabilisasi *exposure*, subjek merasa ada peristiwa yang tidak menyenangkan dan mengganggu pikirannya, serta fisik terasa panas. Dengan stabilisasi, subjek merasa agak enak perasaannya dan perasaan panasnya menjadi berkurang. Pada akhir sesi terapi, klien tampak otomatis melakukan relaksasi pasrah diri.

Pada pertemuan keenam, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kelima selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keenam, subjek tampak mulai akrab dengan teman-teman satu kelompok, dan mulai bertukar janji untuk saling mengunjungi pasca terapi yang akan berakhir pada hari itu. Pada sesi evaluasi terapi, subjek menyampaikan bahwa dengan mengikuti terapi ini fisik subjek menjadi lebih rileks, subjek menjadi tidak terlalu panik, terapi ini sangat membantu sekali dalam

kehidupan sehari-harinya, dan mengucapkan banyak terimakasih atas diadakannya terapi ini yang membantu subjek mengalami perbaikan dari waktu ke waktu.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 3. Penurunan tingkat kecemasan subjek 1 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



Subjek 2

Subjek berusia 46 tahun. Subjek sudah 10 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 45 (sedang). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 39 (sedang). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya menurun lagi menjadi 37 (sedang) mendekati tingkat kecemasan rendah. Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 190/110 mmHg (Hipertensi stadium 2). Setelah mendapatkan terapi, tekanan darah subjek turun menjadi 180/90 mmHg (Hipertensi stadium 2). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah sistolik subjek tetap 180 mmHg, namun diastoliknya naik menjadi 100 mmHg (Hipertensi stadium 2). Berdasarkan hasil ini dapat terlihat bahwa subjek

mengalami penurunan rasa cemas dan penurunan angka tekanan darah setelah diberikan terapi.

Subjek sebelumnya juga memiliki riwayat menderita kadar gula darah yang tinggi, namun kini sudah cenderung normal. Hal yang lebih dikhawatirkan subjek adalah tekanan darahnya. Subjek khawatir sesuatu yang buruk seperti komplikasi tekanan darah tinggi menyergapnya. Bila itu terjadi, subjek cemas terhadap kelangsungan hidup anak-anaknya kelak karena subjek tidak bisa merawat anak-anaknya secara maksimal sebagaimana ketika ia sehat. Dengan demikian, subjek memiliki motivasi untuk hidup lebih sehat lagi secara fisik maupun mental.

Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak aktif mengungkapkan apa yang dirasakan dan apa yang dialaminya pada sesi *sharing* atau presentasi diri, maupun pada sesi mengenali perasaan. Subjek tampak antusias berdialog dengan terapis, serta menanggapi umpan balik dari terapis. Subjek bercerita bahwa ia merasa takut terkena stroke dan takut mati karena menderita hipertensi. Ada perasaan tegang dan takut. Kemudian setelah relaksasi pasrah diri yang dilakukan secara bersama-sama, subjek merasa ketenangannya muncul dan perasaannya tidak nyamannya berkurang.

Pada pertemuan kedua terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak aktif, menceritakan pengalaman, perasaan dan apa yang dilakukan saat kondisi tersebut terjadi. Subjek

juga tampak serius memperhatikan terapis menyampaikan materi menangkap pikiran. Subjek tampak senang dan tertawa saat ada cerita lucu. Subjek juga sesekali bercanda dengan teman sebangku. Subjek bisa dengan lancar melakukan penerapan proses menangkap pikiran. Subjek juga patuh mengikuti alur terapi hingga akhir relaksasi pasrah diri kembali dilakukan.

Pada pertemuan ketiga, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak aktif seperti biasanya, terkadang bertanya sambil bercanda dengan terapis. Subjek juga tampak mencatat penjelasan terapis yang menurutnya dirasa penting. Subjek tidak sungkan-sungkan bertanya ketika mengalami kesulitan dalam menjalankan proses penerapan sesi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam, sampai subjek memperoleh pemahaman saat terapi berlangsung. Kemudian di akhir sesi, subjek tampak menikmati sesi yang menurutnya menjadi favoritnya yakni sesi relaksasi pasrah diri. Melalui relaksasi pasrah diri, subjek merasa tekanan yang dirasakannya menjadi terasa lapang di hati. Rasa tegang, takut, cemas, khawatir, lelah, gelisah, panik, dan kesalnya berangsur-angsur terasa lebih ringan.

Pada pertemuan keempat, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek tampak nyaman berbagi cerita

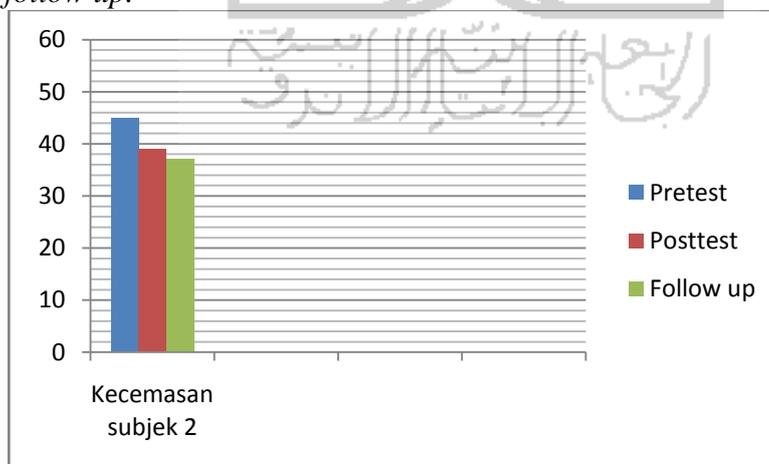
mengenai pengalamannya, dan aktif bertanya. Subjek juga selalu mencatat beberapa poin penting yang disampaikan oleh terapis pada sesi afirmasi kebersyukuran. Dengan afirmasi kebersyukuran, subjek mengungkapkan bahwa ia bisa sedikit mulai sedikit melihat titik terang atas apa yang dialaminya. Selanjutnya di akhir sesi, subjek semakin piawai dalam melakukan relaksasi pasrah diri. Subjek mengungkapkan bahwa ia benar-benar memperoleh ketenangan setelahnya.

Pada pertemuan kelima, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak kian antusias mengikuti tiap sesi terapi. Subjek mengungkapkan bahwa ia semakin bersyukur memperoleh cara baru, ilmu baru yang bermanfaat dan bisa membantu dirinya melalui terapi ini. Ketika terapis membimbing subjek melakukan *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, awalnya subjek mengalami sedikit kesulitan melakukan gerakan *butterfly hug*. Perlahan-lahan, subjek mulai bisa menyeimbangkan gerakan *butterfly hug*, pola pernafasan relaksasi, dan dzikir diwaktu yang bersamaan. Dengan *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, subjek merasa lebih tenang, pikiran menjadi cerah, dan dada terasa lega. Pada sesi akhir terapi disudahi dengan relaksasi pasrah diri yang dianggap subjek kini bersaing dengan *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir sebagai tehnik favoritnya.

Pada pertemuan keenam, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kelima selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keenam, subjek mengungkapkan bahwa ia belum rela terapi ini berakhir. Subjek ingin terapi ini ada kelanjutannya walau pertemuannya hanya sekali sebulan. Subjek juga mengungkapkan bahwa ia akan merindukan teman-teman sekelompoknya selama terapi ini berlangsung. Melalui terapi ini, subjek mengungkapkan bahwa pikirannya merasa tenang, badan terasa nyaman, dan melalui terapi ini subjek menyadari perlunya menjaga kesehatan dan mengontrol emosi. Menurut subjek terapi ini dapat membantunya dalam menghadapi dan menyelesaikan masalahnya.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 4. Penurunan tingkat kecemasan subjek 2 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



Subjek 3

Subjek berusia 49 tahun. Subjek sudah 1,5 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 45 (sedang). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 35 (rendah). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya menurun lagi menjadi 32 (rendah). Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 180/90 mmHg (Hipertensi stadium 2). Setelah mendapatkan terapi, tekanan darah sistolik subjek turun menjadi 140 mmHg dan tekanan diastoliknyanya naik menjadi 95 mmHg (Hipertensi stadium 1). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah sistolik subjek tetap 140 mmHg, dan diastoliknyanya turun menjadi 80 mmHg (Hipertensi stadium 1). Berdasarkan hasil ini dapat terlihat bahwa subjek mengalami penurunan rasa cemas dan penurunan angka tekanan darah setelah diberikan terapi.

Sebelum terapi, subjek merasa resah dan gelisah terhadap kemungkinan terburuk di masa yang akan datang karena mengidap penyakit hipertensi saat ini. Bayangan-bayangan buruk tersebut sering berkecamuk dalam pikiran dan perasaan subjek. Motivasi subjek ingin sehat sangat tinggi sekali. Terlebih lagi, subjek tampak senang dengan adanya program terapi psikologis bagi penderita hipertensi.

Subjek mengikuti terapi kognitif perilaku Islam yang peneliti selenggarakan dari pertemuan awal hingga akhir. Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak cukup aktif mengungkapkan apa yang dirasakan dan apa yang dialaminya pada sesi *sharing* atau presentasi diri, maupun pada sesi mengenali perasaan. Subjek tampak serius, senang, dan senyum-senyum sambil

mengungkapkan apa yang dialaminya. Subjek juga tampak mencatat materi pertemuan pertama. Pada akhir pertemuan, subjek mengungkapkan bahwa ia mulai belajar mengenali emosi, dan mengelola emosi. Subjek juga belajar melepaskan beban yang terasa melalui relaksasi pasrah diri.

Pada pertemuan kedua terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak pasif dan hanya mendengarkan terapis. Seseekali subjek melihat dan mengobrol dengan teman, dan tertawa saat ada cerita dan penyampaian yang lucu. Subjek tampak paham dan mengerti materi menangkap pikiran yang disampaikan oleh terapis. Subjek giat mengikuti instruksi terapis untuk mempraktekkan latihan menangkap pikiran dan relaksasi pasrah diri. Subjek merasakan ada efek yang langsung bisa dirasakan pasca praktek secara kolosal.

Pada pertemuan ketiga, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak mulai cair dan aktif bertanya pada terapis. Respon dan ekspresi afeksi juga sesuai dengan suasana. Subjek antusias mempraktekkan materi terapi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam. Subjek semakin menghayati proses terapi pada sesi relaksasi pasrah diri pada akhir pertemuan. Subjek merasakan ketenangan pada tiap selesai melakukan relaksasi pasrah diri.

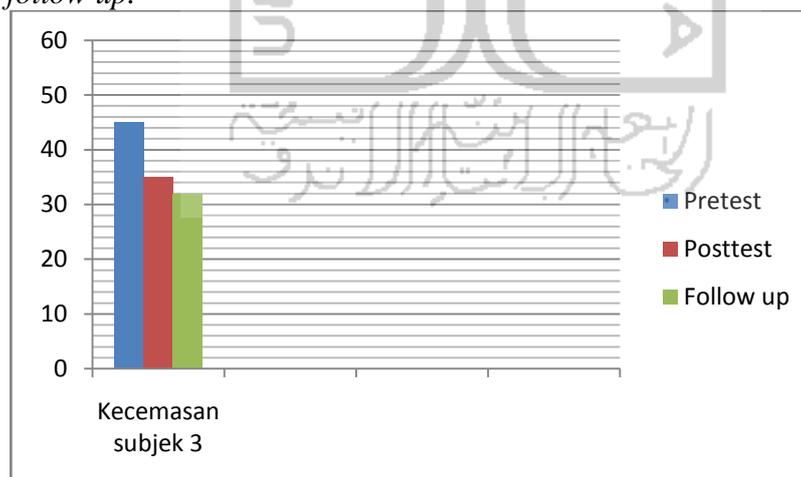
Pada pertemuan keempat, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek tampak aktif berperan dalam sharing kelompok, menanggapi kisah teman, dan menyampaikan apapun yang dirasa pada terapis untuk didiskusikan bagaimana pemecahannya. Subjek mempelajari mensugesti diri dengan kata-kata yang positif dengan penuh rasa syukur sebagai pembangkit semangat meski sedang bermasalah. Dengan demikian, subjek merasa lebih kuat setelah menguatkan diri sendiri dengan cara afirmasi kebersyukuran. Subjek juga merasakan kenyamanan yang semakin meningkat dengan melakukan relaksasi pasrah diri pada akhir sesi terapi.

Pada pertemuan kelima terapi, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak sering tersenyum selama mengikuti terapi. Seseekali subjek mengkerutkan dahi membaca lembar kerja baru yang diterimanya. Terapis menerangkan materi beserta simulasi yang langsung dipraktekkan para peserta yakni *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir. Subjek mengungkapkan melalui tehnik ini subjek merasa kecemasannya turun menjadi 50% dari sebelumnya. Kemudian dilanjutkan dengan sesi relaksasi pasrah diri yang semakin memberikan efek ketenangan bagi subjek.

Pada pertemuan keenam terapi sebagai sesi penutup, subjek kembali menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kelima selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keenam, subjek mengungkapkan bahwa ia merasa ketagihan menjalani proses terapi. Subjek juga mengungkapkan bahwa kenapa terapi seperti ini tidak diadakan dari dulu-dulu, dan kenapa baru sekarang diselenggarakan. Subjek juga merasa beruntung bisa mengikuti terapi dari awal sampai akhir. Melalui terapi ini, subjek merasakan manfaatnya yakni bisa memahami diri sendiri dan orang lain, serta bisa menjadi lebih relaks.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 5. Penurunan tingkat kecemasan subjek 3 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



Subjek 4

Subjek berusia 37 tahun. Subjek sudah 2 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 42 (sedang). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 35 (rendah). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya tetap 35 (rendah). Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 140/90 mmHg (Hipertensi stadium 1). Setelah mendapatkan terapi, tekanan darah subjek turun menjadi 135/90 mmHg (*Pre* hipertensi). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah subjek semakin turun menjadi 120/80 mmHg (Normal). Berdasarkan hasil ini dapat terlihat bahwa subjek mengalami penurunan rasa cemas dan penurunan angka tekanan darah setelah diberikan terapi.

Subjek mengetahui dampak kelanjutan dari penyakit tekanan darah tinggi yang ia derita seperti ancaman serangan jantung, stroke, bahkan kematian yang bisa datang kapan saja menghampirinya. Hal ini tentu saja membuat subjek khawatir dalam menjalani hidupnya. Subjek ingin kesehatan fisik dan mentalnya menjadi lebih baik dari sebelumnya.

Subjek mengikuti terapi kognitif perilaku Islam yang peneliti selenggarakan dari pertemuan awal hingga akhir. Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak memperhatikan apa yang disampaikan terapis, dan sangat aktif mengungkapkan apa yang dirasakan serta apa yang dialaminya selama sesi *sharing* atau presentasi diri, maupun pada sesi mengenali perasaan. Subjek tampak tersenyum, tertawa sambil mengutarakan apa yang dirasakan dan yang dialaminya. Subjek juga mencatat materi terapi yang diberikan oleh terapis.

Subjek merasakan kekhawatirannya, kecemasannya mulai bisa dikontrol melalui mengenali perasaan dan relaksasi pasrah diri.

Pada pertemuan kedua terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak pasif dan hanya mendengarkan terapis. Subjek tampak serius memperhatikan terapis. Subjek juga tampak sesekali berbincang dengan teman sebangkunya. Pada sesi menangkap pikiran, subjek mampu dengan baik memahami dan menerapkannya pada saat sesi terapi. Begitu juga halnya ketika pelaksanaan relaksasi pasrah diri, sehingga secara keseluruhan subjek mengungkapkan bahwa ia bisa menenangkan diri dengan berpikir positif dan melakukan relaksasi pasrah diri.

Pada pertemuan ketiga terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak lebih banyak diam, ketika ditanya oleh terapis baru menjawab. Respon dan afeksi subjek sesuai dengan suasana, dan kadang tampak tersenyum. Subjek juga tampak mengetik sms saat terapi berlangsung. Subjek mengungkapkan bahwa ia paham dengan materi terapi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam serta penerapannya. Subjek tampak mulai konsentrasi penuh saat melakukan relaksasi pasrah diri secara klasikal bersama teman-teman kelompoknya. Setelah terapi ,

subjek mengungkapkan perubahan yang lebih nyaman dialaminya bila dibanding dengan tidak melakukannya.

Pada pertemuan keempat terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek tampak masih cenderung diam seperti pertemuan yang lalu, dan bicara ketika hanya ditanya oleh terapis. Tampaknya konsentrasi subjek terpecah. Namun subjek terlihat berusaha keras untuk memahami materi terapi afirmasi kebersyukuran yang disampaikan oleh terapis beserta penerapannya. Subjek mulai tampak tersenyum saat menerapkan afirmasi kebersyukuran ketika diterapkan pada masalah yang diutarakannya pada terapis. Subjek pun juga semakin penuh konsentrasinya saat melakukan relaksasi pasrah diri pada akhir sesi pertemuan. Subjek mengutarakan perasaan nyaman yang selalu dirasakannya selepas relaksasi pasrah diri.

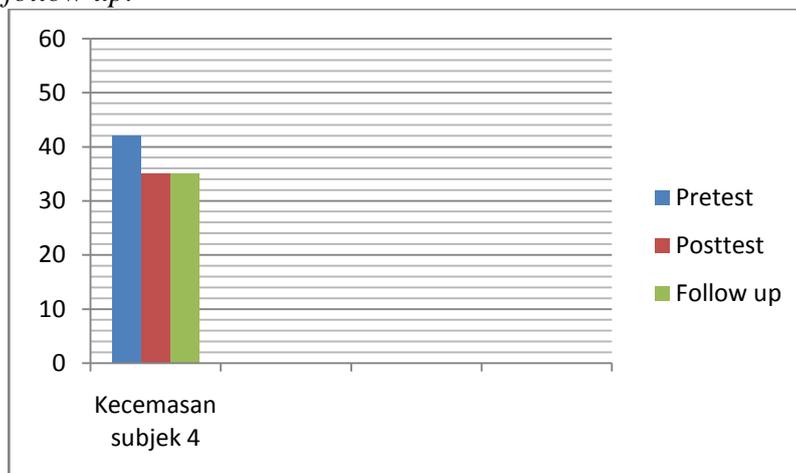
Pada pertemuan kelima terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak mulai aktif bersuara, dan mulai menanggapi masalah teman. Subjek mulai berbaur dengan suasana kelompok. Subjek tampak antusias dan tertarik dengan materi terapi baru yakni *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir. Subjek tampak sungguh-sungguh mempraktekkannya bersama-sama dengan anggota kelompok yang lain. Subjek mengutarakan perasaannya yang tidak secemas sebelumnya.

Subjek semakin nyaman lagi setelah dilaksanakannya kembali relaksasi pasrah diri pada akhir pertemuan.

Pada pertemuan terakhir yakni pertemuan keenam terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kelima selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keenam, subjek tampak semakin aktif bertanya hal-hal yang belum ia tanyakan pada pertemuan sebelumnya. Pada sesi penutup ini, subjek mengutarakan bahwa perasaannya menjadi lebih tenang, lega dan agak bisa mengontrol emosinya. Manfaat dari terapi ini yang dirasakan oleh subjek adalah bisa lebih sabar, dapat mengendalikan emosi, dan tidak sering marah seperti dulu. Subjek merasa bahwa terapi ini sangat membantunya dalam menghadapi dan menyelesaikan masalah. Subjek berharap kalau bisa terapi seperti ini agar diadakan sesering mungkin.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 6. Penurunan tingkat kecemasan subjek 4 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



Subjek 5

Subjek berusia 49 tahun. Subjek sudah 10 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 56 (tinggi). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 42 (sedang). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya menurun lagi menjadi 41 (sedang). Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 145/90 mmHg (Hipertensi stadium 1). Setelah mendapatkan terapi, tekanan darah subjek turun menjadi 130/90 mmHg (*Pre* hipertensi). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah subjek naik menjadi 160/80 mmHg (Hipertensi stadium 1). Berdasarkan hasil di atas dapat terlihat bahwa subjek mengalami penurunan rasa cemas dan penurunan angka tekanan darah setelah diberikan terapi, namun tekanan darahnya mengalami kenaikan pada follow up period. Menurut subjek, kenaikan darahnya tersebut karena faktor kelelahan setelah lembur dari tugas-tugas kerja yang banyak.

Menurutnya subjek, ia memiliki kecemasan seperti merasa berdebar jantungnya ketika akan diukur tensinya oleh dokter/perawat, berkeringat dingin dan mudah lemas ketika mengetahui tensinya tinggi dari dokter/perawat, dan khawatir terhadap kemungkinan buruk atas penyakit hipertensi yang dideritanya sebab ada riwayat keluarganya yang meninggal karena sakit hipertensi. Subjek punya bayangan-bayangan buruk yang tidak mengenakkan yang selama ini menghantuinya sejak menderita penyakit hipertensi. Subjek ingin merasa tenang dan sembuh dari penyakit hipertensinya tersebut.

Subjek mengikuti terapi dari pertemuan pertama hingga terakhir. Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak serius memperhatikan terapis dan

mencatat materi mengenal perasaan yang disampaikan oleh terapis. Saat sesi praktek mengenal perasaan, subjek juga terbuka mengungkapkan apa yang dirasakan dan dialaminya. Subjek tampak senang ketika terapis menganggapi permasalahannya. Sebelum relaksasi pasrah diri dilakukan, subjek mampu mengenali perasaannya yang saat ini sedang khawatir, jantung terasa berdebar cepat, dan panik. Setelah relaksasi subjek menyatakan bahwa ia merasa tenang karena pasrah pada Allah.

Pada pertemuan kedua, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak aktif dan lugas menceritakan apa yang dialami dan dirasakan, serta berdiskusi mengenai solusi yang tepat untuk meredam emosi yang tidak stabil. Subjek juga tampak memperhatikan terapis. Respon afeksi subjek juga sesuai dengan suasana. Subjek tampak sesekali bercanda dengan teman sebangku. Subjek bisa dengan cepat memahami materi menangkap pikiran. Subjek tidak mengalami kesulitan dalam proses praktek menangkap pikiran, bahkan subjek mampu mengarahkan pikirannya ke arah yang lebih baik dan menenangkan bagi dirinya. Pada akhir pertemuan, sebelum relaksasi pasrah diri, subjek merasa tengkuknya tegang dan merasa sangat lelah. Setelah melakukan relaksasi pasrah diri, subjek merasa tegang di tengkuknya berkurang dan rasa lelahnya sudah lepas.

Pada pertemuan ketiga, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah

dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak aktif *sharing* serta mendengarkan penjelasan terapis, maupun kisah dari teman-teman sekelompoknya. Respon ekspresi afeksi subjek sesuai dengan suasana. Pada sesi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam, subjek sudah memiliki pemahaman dan pengetahuan yang cukup sebelumnya, sehingga mudah dalam menangkap materi dari terapis. Selanjutnya pada akhir sesi terapi, subjek tampak mulai terbiasa untuk melakukan relaksasi pasrah diri. Subjek mengungkapkan bahwa ia memperoleh efek ketenangan yang segera dirasakannya setelah relaksasi.

Pada pertemuan keempat terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek tampak vokal suaranya saat menceritakan perkembangan yang ia rasakan. Bila ada masalah baru dan bagaimana menghadapinya, subjek tampak tak sungkan-sungkan bertanya serta berdialog dengan terapis. Subjek semakin terbimbing dengan adanya afirmasi kebersyukuran. Subjek merasa bisa berpikir lebih positif dan bersyukur mampu membangkitkan harapan serta motivasinya, meski sedang berada di tengah masalah. Pada akhir pertemuan terapi, subjek tampak otomatis melakukan relaksasi pasrah diri dengan penuh penghayatan.

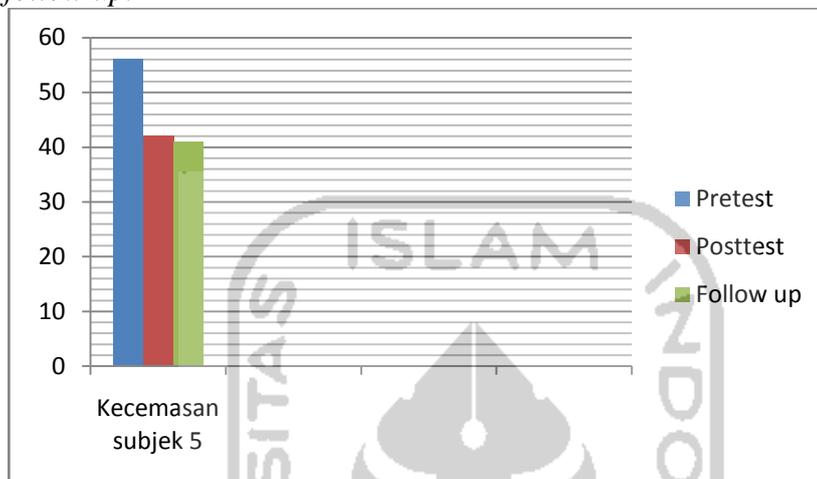
Pada pertemuan kelima terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah

dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak ceria, antusias, bersemangat mengikuti terapi sampai selesai. Subjek merasa sangat beruntung dan bersyukur mendapat ilmu baru, serta teman baru yang senasib dengannya. Pada sesi *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, subjek mengutarakan bahwa ia masih merasa cemas, takut, khawatir dan capek. Setelah *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, subjek merasa lebih tenang dan merasa agak enakan. Kenyamanan subjek semakin bertambah lagi dengan melakukan relaksasi pasrah diri secara bersama-sama dengan peserta lain pada akhir pertemuan.

Pada pertemuan terakhir, yakni pertemuan keenam terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kelima selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Subjek mengungkapkan bahwa ia belum ingin berpisah dengan terapis serta teman-teman satu kelompoknya. Subjek merasa senang dengan terapi ini. Subjek berharap mudah-mudahan tensinya bisa kembali normal seperti dulu lagi dan bisa melakukan terapi ini seterusnya di rumah dengan nyaman. Subjek mengungkapkan kesulitannya dalam menjalani terapi adalah berkonsentrasi. Walaupun demikian, menurut subjek terapi ini memiliki pengaruh besar terhadap dirinya. Dengan terapi ini, subjek merasa lebih tenang karena sudah pasrah pada Allah. Terapi ini dirasa bermanfaat baginya, badan subjek terasa lebih segar dan sehat. Subjek juga mendoakan, semoga terapis yang memberikan terapi ini mendapatkan pahala dari Allah SWT.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 7. Penurunan tingkat kecemasan subjek 5 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



Subjek 6

Subjek berusia 60 tahun. Subjek sudah 10 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 46 (sedang). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 37 (sedang mendekati rendah). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya tetap 37 (sedang mendekati rendah). Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 190/120 mmHg (Hipertensi stadium 2). Setelah mendapatkan terapi, tekanan darah subjek turun menjadi 150/95 mmHg (Hipertensi stadium 1). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah subjek naik menjadi 160/100 mmHg (Hipertensi stadium 1). Berdasarkan hasil ini dapat terlihat bahwa subjek mengalami penurunan rasa cemas dan penurunan angka tekanan darah setelah diberikan terapi, namun tekanan darahnya mengalami kenaikan pada *follow up* period. Menurut subjek, kenaikan darahnya tersebut

karena faktor kelelahan setelah mengikuti serta membantu acara-acara pertemuan warga di kampungnya.

Sebelum terapi, menurut subjek bahwa ia mencemaskan penyakit hipertensi yang sudah lama dideritanya. Subjek sudah berobat kemana-kemana, namun tensinya susah untuk bisa normal kembali. Subjek menjadi semakin tidak percaya diri karena mengidap penyakit tekanan darah tinggi ini. Subjek juga kerap menyerah atas perasaannya ini yang semakin membuatnya semakin rendah diri. Oleh karena itu, ketika peneliti menawarkan terapi untuk penderita hipertensi, subjek menyambutnya dengan sangat antusias sekali. Subjek merasa sangat butuh bantuan atas kondisinya tersebut.

Subjek mengikuti terapi kognitif perilaku Islam dari pertemuan pertama hingga pertemuan terakhir. Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak pasif dan hanya mendengarkan terapis. Subjek tampak tersenyum dan berbicara ketika ditanya oleh terapis. Pada sesi mengenal perasaan, subjek mengungkapkan bahwa saat ini ia mencemaskan penderitanya tentang tensinya yang tidak turun-turun, sehingga subjek merasa cemas, tidak percaya diri, takut, ragu-ragu, panik, tertekan dan jengkel. Pada sesi relaksasi pasrah diri, subjek mohon ijin undur diri tidak bisa mengikuti terapi pada pertemuan pertama sampai selesai karena harus pergi lelayu ke rumah tetangga. Maka peneliti pada esok hari pada rentang pertemuan antara terapi pertama ke pertemuan kedua pergi menemui subjek di rumahnya untuk menyampaikan materi relaksasi pasrah diri yang belum sempat diikuti oleh subjek, sehingga subjek tidak ketinggalan materi serta bisa

melanjutkan mengikuti materi terapi selanjutnya pada pertemuan kedua pada esok hari.

Pada pertemuan kedua, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak serius mendengarkan terapis. Subjek juga tampak aktif serta bersedia menceritakan apa yang pernah dialami dan dirasakan. Subjek berdialog dengan terapis mengenai solusi untuk menyelesaikan/menangani peristiwa tersebut. Pada sesi menangkap pikiran, subjek mampu memahami serta mempraktekkannya saat terapi. Subjek mengutarakan bahwa ia selalu kepikiran bagaimana supaya tensinya turun seperti tensinya orang sehat. Subjek mengungkapkan bahwa kecemasan selalu menghantuinya, kalau ia sakit lalu bagaimana dengan keluarganya. Kemudian, pada sesi relaksasi pasrah diri, subjek berusaha untuk berpasrah diri. Dengan sendirinya, subjek menyatakan bahwa ia mulai bisa merasakan ketenangan setelahnya.

Pada pertemuan ketiga terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak pasif dan pendiam. Subjek hanya mendengarkan penjelasan dari terapis, dan berbicara hanya ketika diajak berdialog oleh terapis. Pada sesi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam, subjek dituntun oleh terapis dalam

mempraktekkan caranya melalui lembar kerja. Subjek mengutarakan bahwa ia cemas, tidak percaya diri, takut, ragu-ragu, panik dan jengkel. Subjek ingin penyakitnya yang sangat mencemaskannya itu secepat mungkin bisa hilang, karena subjek takut terkena stroke dan penyakit-penyakit lain. Dengan mengikuti terapi ini, subjek jadi mulai menanamkan di pikirannya atas kehendaknya sendiri untuk selalu berdoa di setiap ada kesempatan dengan doa yang ia bisa di setiap waktu dan memohon agar tidak diberi penyakit yang menurutnya mahal harganya ini. Pada akhir sesi terapi, setelah relaksasi pasrah diri, subjek mencoba merilekskan ketegangannya sambil berpasrah diri pada Allah SWT, dan ia yakin bahwa ia pasti bisa sembuh.

Pada pertemuan keempat terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek masih tampak pasif dan pendiam. Subjek hanya mendengarkan penjelasan dari terapis, dan berbicara hanya ketika diajak berdialog oleh terapis. Pada sesi afirmasi kebersyukuran, subjek mengungkapkan bahwa ia sedang merasa cemas, khawatir, takut, sedih, marah dan terhina. Lalu, dengan melakukan afirmasi kebersyukuran, subjek menanamkan bahwa semua harus segera diatasi, dan dengan memohon pada Allah maka saya pasti sehat. Setelah melakukan afirmasi kebersyukuran, subjek merasa kecemasannya dan ketakutannya berkurang, ia merasa lebih bersyukur dan merasa menjadi percaya diri. Pada akhir sesi, dengan melakukan kembali relaksasi pasrah diri, subjek merasa semakin nyaman dan semakin tenang.

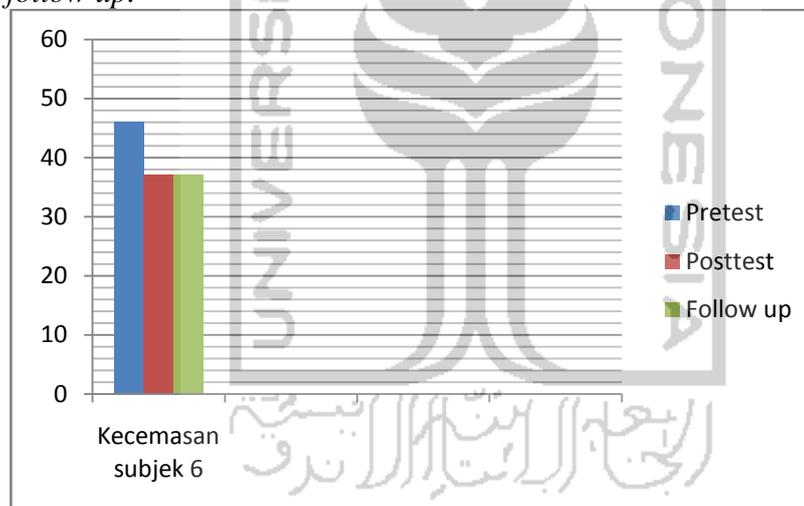
Pada pertemuan kelima terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak mulai antusias mengikuti terapi. Subjek tampak mulai aktif memulai *sharing* pada terapis dan pada teman-teman sekelompoknya. Subjek tampak menanggapi dan berdiskusi dengan teman-teman tentang materi terapi. Pada sesi *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, subjek mengutarakan bahwa ia masih cemas, khawatir, sedih, tak percaya diri, dan ragu-ragu. Setelah *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, subjek merasa menjadi agak percaya diri kembali meski masih sedikit ragu-ragu. Pada akhir pertemuan, dengan melakukan relaksasi pasrah diri secara bersama-sama dengan peserta lain, subjek mulai menyadari dan mengungkapkan bahwa ketenangan itu bisa diperoleh ketika seseorang berusaha untuk membuat dirinya menjadi tenang.

Pada pertemuan keenam terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kelima selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Pada sesi evaluasi terapi, subjek mengungkapkan bahwa melalui terapi ini ia menjadi mulai percaya diri dan cemas berkurang. Subjek mengungkapkan bahwa ia juga tidak mengalami kesulitan dalam menerima dan menjalankan proses terapi, hanya penerapannya di rumah masih belum bisa rutin. Menurut subjek, terapi ini mempunyai pengaruh besar terhadap dirinya yakni perasaan dan pikirannya tidak menjadi kacau lagi. Terapi ini bermanfaat bagi subjek yang telah

membuatnya dapat lebih tenang. Terapi ini menurut subjek dapat membantunya dalam menghadapi/menyelesaikan masalah karena disamping mendekatkan diri pada Tuhan, penyakit serta masalah-masalah bisa berkurang, bahkan mungkin dapat teratasi. Subjek mengutarakan bahwa ia sangat berterimakasih atas bimbingan terapi ini, dan harapannya semoga ia bisa lekas sembuh, serta mendoakan terapis amalnya diterima Tuhan.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 8. Penurunan tingkat kecemasan subjek 6 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



Subjek 7

Subjek berusia 46 tahun. Subjek sudah 3 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 45 (sedang). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 35 (rendah). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya turun menjadi 34 (rendah). Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 160/95 mmHg (Hipertensi stadium 2). Setelah mendapatkan terapi,

tekanan darah sistolik subjek naik menjadi 170 mmHg, namun tekanan darah diastoliknya turun menjadi 90 mmHg (Hipertensi stadium 2). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah sistolik subjek naik menjadi 180/90 mmHg (Hipertensi stadium 2). Berdasarkan hasil ini dapat terlihat bahwa subjek mengalami penurunan rasa cemas, namun tekanan darahnya mengalami kenaikan pada pasca terapi maupun pada *follow up* period. Menurut subjek, kenaikan darahnya tersebut karena faktor pola hidup sehat yang belum sempat untuk ia lakukan. Subjek tidak mengontrol asupan garam/Natrium, subjek hampir tidak pernah berolahraga, subjek tidak teratur minum obat antihipertensi, serta faktor kelelahan dalam menjalani keseharian hidupnya.

Sebelum terapi, subjek merasa terbatas aktivitas fisiknya untuk menghindari terjadinya kenaikan tekanan darah. Subjek pun kerap galau perasaannya ketika tensinya tinggi. Subjek mengeluhkan bahwa ketika tensinya tinggi maka fisiknya menjadi sakit-sakitan, sehingga menyebabkan subjek merasa tidak nyaman akan kondisi sakit hipertensinya yang tak kunjung bisa sembuh dan normal.

Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak cukup aktif mengungkapkan apa yang dirasakan dan apa yang dialaminya. Subjek juga mengutarakan harapannya dengan mengikuti terapi ini. Selama proses terapi, subjek tampak senang, tertawa dan juga serius mengikuti terapi. Subjek tampak mencatat materi terapi. Pada sesi mengenali perasaan, subjek mengungkapkan tentang perasaannya yang merasa sangat tertekan dan merasa tidak bisa tenang. Pada sesi relaksasi pasrah diri, subjek tampak menghayati proses terapi.

Setelahnya, subjek bercerita bahwa perasaannya menjadi agak lebih tenang dan lega.

Pada pertemuan kedua terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak pasif dan hanya mendengarkan terapis. Subjek mengikuti penerapan proses menangkap pikiran yang dibimbing oleh terapis. Tampaknya konsentrasi subjek terpecah, subjek tampak sedang mengirim dan menerima pesan singkat via handphone di bawah meja. Pada sesi relaksasi pasrah diri, subjek mulai tampak konsentrasi dan menghayati proses terapi hingga usai. Subjek mengungkapkan bahwa ia memperoleh ketenangan setelahnya.

Pada pertemuan ketiga terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak lebih pendiam dari yang biasanya. Subjek hanya mendengarkan penjelasan terapis. Sesekali subjek tampak mencatat poin dari penjelasan terapis. Subjek berbicara hanya ketika diajak berdialog oleh terapis. Pada sesi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam, subjek mengungkapkan pada terapis mengenai pikiran dan perasaannya yang tidak bisa tenang. Dalam prosesnya, subjek mampu memahami dan menerapkan proses menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam dengan tuntunan dari terapis. Kemudian pada

akhir pertemuan setelah relaksasi pasrah diri, subjek mengatakan bahwa ia mulai bisa untuk berpasrah diri pada Allah dan menjadi lebih tenang dari sebelumnya.

Pada pertemuan keempat terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek masih tampak pendiam, pasif, dan hanya mendengarkan terapis. Pada sesi afirmasi kebersyukuran, subjek mengungkapkan bahwa ia merasa masih kesulitan dalam mengendalikan dirinya. Ia juga mengeluhkan merasa lebih capek dari biasanya. Kemudian, dengan tehnik afirmasi kebersyukuran subjek menerapkan kata-kata positif kebersyukuran terhadap pikiran dan perasaannya yang sedang kurang nyaman tersebut. Dengan afirmasi kebersyukuran subjek mengungkapkan bahwa capeknya menjadi hampir hilang dan rasa jengkelnya menjadi hilang sama sekali, berganti menjadi tenang. Pada akhir sesi dengan relaksasi pasrah diri, subjek merasa ketenangannya semakin dalam.

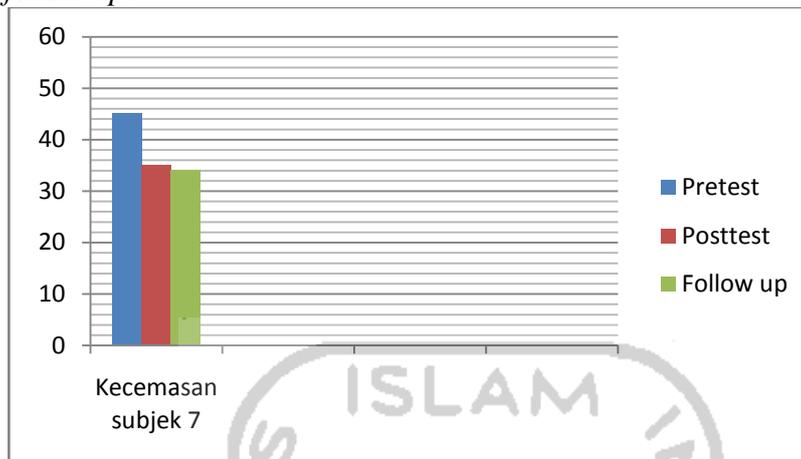
Pada pertemuan kelima terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak mulai aktif *sharing* dan rajin bertanya. Subjek tampak antusias mengikuti terapi. Subjek juga tampak mulai menanggapi kisah teman-temannya. Pada sesi *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, sebelum *exposure* subjek mengungkapkan bahwa ia merasa capek dan sakit kepala. Setelah *Exposure* dengan tehnik stabilisasi

butterfly hug kombinasi dzikir, subjek mengungkapkan bahwa ia sudah tidak capek lagi sama sekali dan merasa santai. Pada akhir pertemuan di sesi relaksasi pasrah diri, subjek tampak bersemangat melakukannya dan menghayati prosesnya. Subjek tampak tersenyum setelah relaksasi pasrah diri.

Pada pertemuan terakhir yakni pertemuan keenam terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kelima selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan akhir ini, subjek tampak aktif *sharing* dengan terapis dan pada teman-temannya. Subjek mulai membuat janji untuk saling mengunjungi dengan teman-temannya bilamana terapi ini telah usai. Pada sesi evaluasi terapi, subjek mengungkapkan bahwa yang ia rasakan selama proses terapi dan setelah terapi berakhir adalah lebih bisa menjaga emosi dan lebih bisa rileks. Subjek mengungkapkan bahwa ia tidak mengalami kesulitan selama proses terapi. Menurut subjek, sesi yang mempunyai pengaruh besar terhadap dirinya yaitu sesi mengenali perasaan, pikiran, dan sesi *butterfly hug* kombinasi dzikir. Manfaat yang subjek dapatkan dari proses terapi ini adalah bisa bersyukur kepada Allah SWT dan lebih mendekatkan diri kepada-Nya. Menurut subjek, terapi ini dapat setidaknya membantunya mengurangi masalah. Subjek menyarankan berkaitan dengan terapi ini agar ada lagi kegiatan serupa seperti terapi ini pada waktu yang akan datang untuk menolong orang lebih banyak lagi.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 9. Penurunan tingkat kecemasan subjek 7 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



Subjek 8

Subjek berusia 50 tahun. Subjek sudah 3 tahun menderita hipertensi. Subjek mendapat skor awal tingkat kecemasan 49 (sedang mendekati tinggi). Setelah mendapatkan terapi, skor kecemasan menurun menjadi 37 (sedang mendekati rendah). Saat dilakukan *follow up*, skor kecemasannya turun lagi menjadi 35 (rendah). Tekanan darah subjek sebelum terapi adalah 140/95 mmHg (Hipertensi stadium 1). Setelah mendapatkan terapi, tekanan darah subjek turun menjadi 130/90 mmHg (*Pre* Hipertensi). Saat dilakukan *follow up*, tekanan darah sistolik subjek tetap 130 mmHg dan diastoliknya semakin menurun menjadi 80 mmHg (*Pre* Hipertensi). Berdasarkan hasil ini dapat terlihat bahwa subjek mengalami penurunan rasa cemas dan tekanan darah.

Sebelum terapi, subjek merasa dan berpikir bahwa dengan mengidap penyakit hipertensi maka ia beresiko menderita penyakit jantung dan stroke yang mana ia ketahui semua penyakit itu sebagai pembunuh nomor 1. Subjek tak elak jadi mencoba dan mengonsumsi berbagai jenis obat-obatan mulai obat dari

dokter, obat-obat herbal lokal, hingga obat-obatan import. Semua itu ia lakukan karena takut hal yang ia khawatirkan tersebut akan terjadi, sehingga ia merasa perlu untuk mencegahnya. Subjek pun tak enggan menunjukkan obat-obatan yang ia konsumsi tersebut pada peneliti dan menjelaskan dengan seksama sampai pada efek samping obat tersebut seperti veses menjadi seperti karet. Subjek juga mengungkapkan bahwa ia merasa belum siap meninggal hanya karena hipertensi, ia mengkhawatirkan masa depan anak-anaknya yang masih butuh cinta dan kasih sayang subjek bilamana ia tidak ada.

Subjek mengikuti terapi dari pertemuan pertama hingga pertemuan terakhir. Subjek sangat rajin datang tepat waktu pada tiap pertemuannya. Subjek memiliki motivasi untuk mendapatkan ilmu baru yang bisa membantunya meraih kesehatan fisik maupun mental. Pada pertemuan pertama terapi, subjek tampak konsentrasi mengikuti sesi terapi. Subjek juga tampak sering tersenyum pada terapis dan pada teman-teman satu kelompoknya. Subjek juga tampak mencatat materi yang disampaikan oleh terapis. Subjek aktif mengungkapkan apa yang ia rasakan maupun yang ia alami pada terapis dan dihadapan teman-teman yang lain. Pada sesi mengenal perasaan, subjek menceritakan bahwa ia sedang merasa tidak nyaman. Pada sesi relaksasi pasrah diri, sebelum relaksasi subjek mengeluhkan gejala fisik yakni tengkuk terasa tegang, kaki kesemutan, badan pegal-pegal, dan tensi tinggi. Subjek tampak berusaha konsentrasi saat melakukan relaksasi pasrah diri. Setelah relaksasi, subjek mengungkapkan bahwa cara ini efektif membantunya dalam mengurangi semua keluhannya tadi.

Pada pertemuan kedua terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan pertama selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kedua, subjek tampak aktif menyampaikan perkembangannya selama di rumah, aktif menyampaikan apa yang dialami, dirasakan dan yang dilakukan. Subjek juga tampak serius mendengarkan terapis. Sesekali subjek juga tampak bercanda dengan teman sebangku. Pada sesi menangkap pikiran, subjek mengutarakan bahwa ia sedang merasa agak kesal, malu dan bingung. Dalam proses menangkap pikiran, subjek tampak paham dalam melakukan praktek menangkap pikiran otomatisnya, yang dituntun oleh terapis. Ketika kesulitan, subjek tidak enggan untuk bertanya pada terapis. Pada akhir sesi terapi, subjek diajak untuk menstabilkan pikiran dan perasaannya yang tidak nyaman tersebut secara bersama-sama dengan peserta lain. Setelah itu, subjek mengungkapkan bahwa ia bisa menikmati ketenangan yang ia peroleh.

Pada pertemuan ketiga terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan kedua selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan ketiga, subjek tampak tetap aktif *sharing*. Respon dan ekspresi afeksi sesuai dengan suasana. Terkadang subjek tampak berdiskusi dengan teman sebangku. Pada sesi menguji dan memodifikasi pikiran negatif berdasarkan ajaran agama Islam, subjek mengungkapkan tentang keluhan dari gejala hipertensinya. Subjek dituntun oleh terapis untuk membuat pikiran alternatif yang lebih positif yang ia tanamkan pada dirinya sendiri. Subjek bisa

mengikuti alur terapi dengan baik. Subjek merasa lebih bisa mengatur arah pikirannya, bisa menjadi lebih positif dan berefek pada cara pandangnya. Pada akhir sesi, subjek kembali melakukan relaksasi pasrah diri bersama dengan teman-teman satu kelompoknya. Subjek mengutarakan bahwa ini adalah sesi favoritnya dan rajin ia praktekkan di rumah terutama saat tiduran. Subjek merasakan ketenangan semakin jauh merasuki perasaan terdalamnya yang tidak bisa ia jelaskan/ungkapkan dengan kata-kata.

Pada pertemuan keempat terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan ketiga selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan keempat, subjek tampak rajin bertanya, berdiskusi, berdialog dengan terapis, serta menanggapi cerita dari teman-teman satu kelompoknya. Pada sesi afirmasi kebersyukuran, sebelum afirmasi subjek merasa saat itu ia sedang bingung bercampur kesal atas sesuatu hal yang tidak seperti ia harapkan. Kemudian subjek dituntun untuk membuat kalimat afirmasi kebersyukuran yang kemudian ia tanamkan pada dirinya. Setelah afirmasi, pikiran dan perasaan tidak nyamannya tersebut berkurang secara drastis dari sebelumnya. Pada akhir sesi, subjek kembali menikmati proses relaksasi pasrah diri. Setelahnya, subjek tampak lebih rileks, santai dan tersenyum.

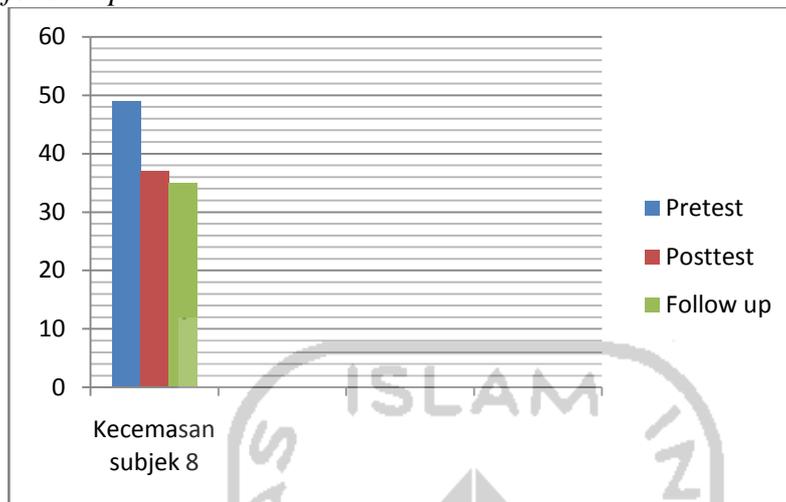
Pada pertemuan kelima terapi, subjek menceritakan penerapan dari terapi dari pertemuan keempat selama di rumah melalui buku tugas rumah yang telah dikerjakannya. Kemudian terapis memberi *feedback* atas presentasi diri subjek tersebut. Selama pertemuan kelima, subjek tampak aktif *sharing* dan rajin

bertanya. Pada sesi *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, sebelum *exposure* subjek mengungkapkan bahwa ia merasa pegal-pegal. Setelah *Exposure* dengan tehnik stabilisasi *butterfly hug* kombinasi dzikir, pegal-pegal menjadi agak berkurang dari sebelumnya. Subjek mengatakan bahwa dengan tehnik ini ia jadi bisa meredam emosinya, subjek juga merasa kasih sayang Tuhan mengalir pada dirinya dan merasa lebih dekat pada Allah SWT. Kemudian di akhir sesi dilanjutkan kembali dengan relaksasi pasrah diri yang menghantarkan subjek pulang dari terapi dengan air muka cerah.

Pada pertemuan keenam terapi pun subjek tampak selalu menjadi peserta yang pertama hadir ke pertemuan terapi. Subjek tampak mendengarkan perkembangan dari teman-teman satu kelompoknya pada sesi presentasi diri/*sharing*. Pada sesi evaluasi terapi, subjek mengungkapkan bahwa yang ia rasakan selama proses terapi dan setelah proses terapi berakhir adalah ia menjadi agak mengurangi kemarahan dan menjadi lebih bersabar. Adapun kesulitan yang ia rasakan selama proses terapi yakni pada awalnya agak susah untuk menjadi sabar dan dalam tehnik pernafasan perut sedikit belum lancar. Subjek juga mengungkapkan bahwa manfaat yang ia peroleh dari terapi ini yakni ia menjadi lebih bisa berpasrah diri dan bertawakal pada Allah SWT, terapi ini dapat membantunya dalam menghadapi dan menyelesaikan masalah. Subjek menyarankan supaya ada terapi kelanjutannya.

Berikut grafik yang menunjukkan penurunan tingkat kecemasan subjek setelah mengikuti terapi kognitif perilaku Islam hingga akhir.

Gambar 10. Penurunan tingkat kecemasan subjek 8 pada *pretest*, *posttest* dan *follow up*.



D. PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian *between group design pretest posttest control group design* yaitu suatu metode eksperimen yang berusaha untuk membandingkan suatu efek perlakuan terhadap variabel tergantung yang diuji dengan cara membandingkan keadaan variabel tergantung pada kelompok eksperimen setelah dikenai perlakuan dengan kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan (Azwar, 1998). Kelompok eksperimen dikenai perlakuan berupa terapi kognitif perilaku Islam, sedangkan kelompok lainnya tidak diberi perlakuan apapun karena berfungsi sebagai kelompok kontrol. Setiap subjek penelitian baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol dikenai tes awal (*pretest*), dan tes akhir (*posttest*) berupa skala kecemasan. Hasil tes akhir pada seluruh subjek penelitian dianalisis dengan menggunakan uji non parametric *Mann-Whitney*.

Berdasarkan proses terapi kognitif perilaku Islam pada penderita hipertensi yang mengalami kecemasan, diperoleh hasil bahwa terapi kognitif perilaku Islam

dapat menurunkan atau mengurangi kecemasan. Hal ini terlihat dari analisis data secara kuantitatif yang menunjukkan adanya perbedaan skor kecemasan antara kelompok yang mendapat terapi kognitif perilaku Islam dengan kelompok yang tidak mendapat terapi. Pada kelompok yang mendapat terapi kognitif perilaku Islam mengalami tingkat penurunan kecemasan yang signifikan setelah terapi, dan pada kelompok yang mengalami kecemasan yang tidak mendapat terapi tidak mengalami penurunan tingkat kecemasan. Perbedaan tingkat kecemasan kedua kelompok tersebut juga dapat dilihat dari grafik dan hasil data secara kualitatif yang menjelaskan kondisi subjek setelah mendapat terapi.

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan yang signifikan tingkat kecemasan pada saat sebelum dan setelah intervensi terapi kognitif perilaku Islam. Penyebabnya adalah kesungguhan dan keseriusan para peserta dalam mengikuti program intervensi. Adanya penurunan tingkat kecemasan dari peserta terapi tidak lepas dari pengaruh isi materi dari terapi kognitif perilaku Islam yang disusun berdasarkan tahapan-tahapan yang saling berkaitan, sehingga subjek selama proses terapi subjek merasakan langsung manfaat dari setiap tahapan pelaksanaan program intervensi ini. Perubahan positif yang dirasakan subjek dari setiap tahapan pelaksanaan program intervensi ini membuat subjek memahami manfaat langsung dari program intervensi ini. Subjek yang merupakan penderita yang telah lama mengidap penyakit hipertensi, memperoleh manfaat langsung, seperti hilangnya rasa nyeri di tengkuk, mudah lemas, detak jantung yang cepat, mudah berkeringat panas atau dingin, sering sakit kepala, serta tekanan darah yang cenderung tinggi, secara berangsur-angsur mengalami penurunan terhadap

keluhan fisik yang mereka alami tersebut. Selanjutnya, data kuantitatif dan kualitatif juga menunjukkan bahwa pikiran, perasaan, dan perilaku penderita hipertensi yang termasuk dalam symptom kecemasan, yaitu rata-rata subjek mengungkapkan keluhannya yakni sulit tidur, sulit konsentrasi, mudah marah, merasakan kekhawatiran akan sesuatu yang buruk di masa yang akan datang, dan perasaan menjadi lebih sensitif. Setelah menjalani proses terapi kognitif perilaku Islam, secara berangsur-angsur mengalami penurunan juga terhadap keluhan pikiran, perasaan, dan perilaku yang mereka alami tersebut. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Dayle, dkk (2010) bahwa terapi kognitif perilaku dengan pendekatan agama adalah suatu kerangka kerja yang berguna untuk membantu mengubah kepercayaan inti sakit, pengalaman fisiologis sakit kronis, depresi, gelisah, cemas, dan takut.

Secara umum, intervensi terapi kognitif perilaku Islam dapat mengubah fungsi berpikir, merasa, dan bertindak yang negatif/maladaptif menjadi positif, sehingga tingkat kecemasan subjek penderita hipertensi menurun. Hasil ini didukung dengan penelitian sebelumnya yang juga menemukan bahwa dengan melakukan terapi kognitif perilaku dengan pendekatan agama atau berorientasi agama dapat menurunkan kecemasan (Tan & Siang-Yiang 2007; Paukert, dkk., 2009; Dayle, dkk., 2010).

Studi lain atau penelitian sebelumnya tentang penerapan/penegakan agama dalam terapi kognitif perilaku antara lain *Christian Cognitive-Behavioral Therapy* atau terapi kognitif perilaku Kristen untuk intervensi masalah rasa sakit kronis. Peneliti menggambarkan mengenai berbagai pola pikir klien yang melumpuhkan

sehingga memperkuat rasa sakit dan nyeri kronis, berpikir tentang bencana dan kemungkinan terburuk, dan *overgeneralizing*. Dayle, dkk (2010) menyimpulkan bahwa keyakinan agama bisa mengatasi dampak pada nyeri kronis sebab mencari kenyamanan dari Tuhan yang penuh kasih, meditasi, dan doa bisa menurunkan rasa sakit, cemas, dan depresi.

Selanjutnya, juga terdapat penelitian mengenai penggunaan doa sebagai penyembuhan batin, dan Kitab Suci dalam pendekatan Kristen untuk terapi kognitif-perilaku. Dalam penelitian ini digambarkan penggunaan doa dan Alkitab dalam *Christian Cognitive Behavior Therapy*/CBT Kristen atau terapi kognitif perilaku Kristen. Hasil penelitian menunjukkan kemanjuran CBT berorientasi atau dengan pendekatan agama sebagai penyembuhan batin (Tan & Siang-Yiang, 2007).

Secara keseluruhan pada penelitian ini, pada kelompok yang mendapat intervensi berupa terapi kognitif perilaku Islam, setelah intervensi subjek penderita hipertensi dapat menurunkan kecemasan bahkan hingga dua minggu pasca terapi. Hal tersebut bisa dilihat dari perbedaan skor kecemasan antara kelompok yang mendapat terapi dengan kelompok yang tidak mendapat terapi saat dilakukan pengukuran kecemasan di akhir penelitian dan saat *follow up* dua minggu setelah terapi. Kelompok yang mendapat terapi mengalami penurunan tingkat kecemasan dan kelompok yang tidak mendapat terapi tidak mengalami penurunan tingkat kecemasan.

Penurunan tingkat kecemasan antar subjek pada kelompok yang mendapat terapi berbeda-beda, ada beberapa subjek yang penurunannya pada tingkat sedang

dan ada juga yang sampai pada kategori rendah. Hal ini dipengaruhi oleh motivasi subjek dalam mengikuti proses terapi yang berbeda-beda. Berdasarkan hasil observasi pada subjek, ada 5 subjek tampak lebih antusias, besar rasa ingin tahunya, vokal (menunjukkan semangat atau motivasi tinggi), dan menunjukkan keterlibatannya tinggi dalam mengikuti tahapan terapi. Menurut Waode (2000) motivasi merupakan dorongan psikologis yang mengarahkan seseorang kearah tujuan. Adanya motivasi dalam diri seseorang akan membuat keadaan dalam diri muncul, terarah dan cenderung mempertahankan perilaku. Begitu juga dengan subjek yang memiliki motivasi yang tinggi dalam mengikuti proses terapi, maka akan menunjukkan efek terapi yang baik.

Sebuah penelitian tidak selamanya sempurna, begitupun halnya dengan penelitian ini. Penelitian ini memiliki beberapa kekurangan seperti: a) berkurangnya peserta yang dikarenakan kesibukan seorang ibu menjalankan kewajibannya di rumah yang sulit disesuaikan dengan jumlah pertemuan terapi yang banyak yakni sebanyak 6 kali pertemuan, pada penelitian ini peserta terapi yang awalnya berjumlah 10 orang menjadi 8 yang dapat dianalisa dikarenakan beberapa peserta tidak dapat mengikuti kegiatan terapi secara rutin dari pertemuan pertama hingga terakhir; b) penilaian kemajuan dalam penurunan tingkat kecemasan kurang bisa dianalisis *progress* skornya, karena peneliti tidak melakukan *plotting* atau pengetesan pada tiap sesi sehingga penurunan kecemasan hanya bisa dilihat dari *pretest*, *posttest*, dan *follow up* saja, sehingga peneliti tidak dapat mengetahui dengan pasti teknik mana dalam rangkaian proses terapi ini yang paling efektif dalam menurunkan kecemasan.

Evaluasi selanjutnya dalam penelitian ini juga dilakukan untuk mengetahui apakah materi yang disampaikan dalam terapi sudah cukup dipahami peserta selama proses berlangsung. Hasilnya berdasarkan pengakuan peserta bahwa penyampaian materi sudah cukup jelas dan menyenangkan dan bahasa yang digunakan dalam penyampaiannya juga bersahabat dengan peserta, sehingga peserta merasa lebih nyaman dalam mengikuti terapi.

Lebih lanjut peserta juga mengungkapkan bahwa mereka mendapat manfaat berupa mampu berpikir lebih positif, merasa lega, tenang, merasa nyaman menjalankan aktifitas kesehariannya, merasa kedekatan khusus dengan Sang Khalik, sehingga dapat menerima apa adanya dalam menghadapi kehidupan saat ini dan yang akan datang. Hal ini cukup menjelaskan bahwa terapi ini bisa membantu subjek penderita hipertensi dalam mengurangi kecemasan.

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa hipotesis yang diajukan diterima, akan tetapi penelitian ini memiliki keterbatasan antara lain skala yang digunakan untuk mengungkap gangguan psikologis biasanya menggunakan 2 pilihan jawaban karena bukan hanya mengukur sikap.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka penelitian ini masih banyak membutuhkan penyempurnaan jika ada peneliti yang tertarik untuk melakukan penelitian lanjutan. Kekurangan dalam penelitian ini diharapkan dapat disempurnakan oleh peneliti selanjutnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif perilaku Islam efektif dalam menurunkan kecemasan pada penderita hipertensi. Berdasarkan hasil *follow up* diketahui bahwa subjek mampu mempertahankan efek terapi selama dua minggu setelah *posttest*.

B. Saran

Penelitian ini telah dilakukan semaksimal mungkin, namun tidak menutup kemungkinan masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu peneliti menyarankan:

1. Bagi Psikolog

Hasil kajian penelitian ini bisa menjadi dasar dan dapat diterapkan sebagai bentuk intervensi dalam menangani kasus kecemasan pada penderita hipertensi.

2. Bagi Penderita Hipertensi

Agar dapat memanfaatkan secara maksimal terapi yang telah diikuti untuk diaplikasikan sesuai kebutuhan, dan peneliti berharap supaya subjek di rumah tetap memperhatikan kesehatan fisiknya.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan dengan memperhatikan dan mengatasi kelemahan dan kekurangan dalam penelitian ini khususnya untuk penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik. Penelitian ini hanya menurunkan kecemasan, akan tetapi tidak menurunkan tekanan darah. Peneliti selanjutnya bila ingin melihat hubungan antara kecemasan dan tekanan darah serta efek terapi terhadap tekanan darah akan lebih bermanfaat daripada hanya sekedar menurunkan kecemasannya saja. Dengan penurunan tekanan darah diasumsikan penurunan kecemasan terhadap penyakit hipertensi juga akan menyertai.

Selain itu, pada penelitian ini peneliti menggunakan banyak metode atau tehnik dalam proses terapi kognitif perilaku Islam. Peneliti selanjutnya juga bisa meneliti lebih spesifik lagi dengan salah satu metode atau tehnik terapi tersebut untuk mengatasi gangguan psikologis misalnya dispesifikkan dengan meneliti metode afirmasi kebersyukuran saja untuk membantu pasien dalam memaknai penyakit, maupun metode atau tehnik yang lain dari rangkaian proses terapi kognitif perilaku Islam ini bisa diteliti secara terpisah dengan penelitian yang lebih mendalam. Peneliti selanjutnya jika ingin menggunakan pendekatan Islam sebaiknya langsung memilih terapi Islam saja tanpa mencampur-campurnya dengan pendekatan yang lain, sehingga aplikasinya akan lebih mudah diterapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, A. D. (2004). Hubungan antara orientasi religius dengan konflik peran ganda wanita bekerja. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia.
- Agustian, G. A. (2005). *Rahasia sukses membangun kecerdasan emosi dan spiritual: The ESQ way 165 – 1 ihsan, 6 rukun iman, dan 5 rukun Islam*. Jakarta: Arga.
- Ancok, D., & Suroso, F. N. (1994). *Psikologi islami: Solusi Islam atas problem-problem psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Anderson, T., Watson, M., & Davidson, R. (2008). A feasibility study: The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospital patients. *Palliative Medicine*, 22, 814–821.
- Anggraieni, N. W. (2008). Hubungan antara religiusitas dengan kecemasan menghadapi pensiun. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia.
- Anshari, E. S. (1979). *Ilmu, filsafat dan agama*. Surabaya: PT Bina Ilmu.
- Arifin, Y. (2009). *Gambaran pengetahuan pasien mengenai hipertensi pada lansia di RSU Dr. Djoelham Binjai*. Diunduh tanggal 15 Maret 2011, dari <http://www.keperawatan.net>
- Aron, A., & Aron, E. N. (2003). *Statistic for psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Artigas, L., & Jarero, I. (2000). EMDR and traumatic stress after natural disaster: Integratif treatment protocol and the butterfly hug. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 97-105.
- Asdie, A. H. (2000). Patogenesis dan terapi diabetes melitus tipe 2. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R. C., & Hilgard, E. R. (1996). *Pengantar Psikologi: Jilid 2, terjemahan – edisi kedelapan*. Batam Centre: Interaksa.
- Azwar, S. (1998). *Reliabilitas dan validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, S. (2000). *Metode penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). *Cognitive therapy*. Dalam R. J. Corsini & D. Wedding. *Current Psychotherapies: 4th Edition*. Illionis: F. E. Peacock Publisher, Inc.

- Bener, A., Kamal, A., Al-Banna, M., Al-Muulla, A. A. K., & Elbagi, E. E. A. (2006). Are symptoms of anxiety, depression, and stress, risk factor for hypertension? *The Cardiology* 2(2): 45 – 51. Diunduh tanggal 17 Maret 2011, dari <http://www.medwellonline.com>
- Bennet, P. (2003). *Abnormal and clinical psychology: An introductory textbook*. Philadelphia: Open University Press.
- Benor, D. J. (2004). *Consciousness, bioenergy and healing: Healing research, Vol II: Professional edition*. Medford, NJ: Wholistic Healing Publication.
- Blackburn, I. M., & Davidson, K. (1994). *Terapi kognitif untuk depresi dan kecemasan: Suatu petunjuk bagi praktisi, terjemahan*. Semarang: IKIP Semarang Press.
- Calhoun, J. E., & Acocella, J. J. (1990). *Psychology of adjustment and human relationship*. New York: Mc. Graw Hill Publishing Company.
- Carnemolla, M., Mainous, A. G., & Player, M. S., (2008). Anxiety and unrecognized high blood pressure in U.S ambulatory care settings: An analysis of the 2005 national ambulatory medical care survey and the national hospital ambulatory medical care survey. *Charleston: Int'l.J.Psychiatry In Medicine*, Vol 38 (1) 91 – 101.
- Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy: 5th edition*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddel, P. (2008). *Brief cognitive behavior therapy*. London: SAGE Publications Ltd.
- Davis, H., & Fallowfield, L. (1991). *Counseling and communication in health care*. Singapore: John Willey & Sons.
- Dayle, J. K., Shannon, R., Smith, H., & Robertson, R. (2010). *Using Christian cognitive-behavior therapy for chronic pain*. Diunduh tanggal 11 April 2011, dari <http://www.americanassociationofchristiancounselors.com>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Hipertensi faktor risiko utama penyakit kardiovaskuler*. Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan: Diunduh tanggal 10 November 2011, dari <http://www.depkes.go.id>
- Diana, R. (1999). Hubungan antara religiusitas dan kreativitas siswa sekolah menengah umum. Yogyakarta: *Jurnal Psikologika* No. 7 Tahun III, hal 5 – 25.

- Dimitrov, D. M., & Rumrill, P. D. (2003). Pretest – posttest designs and measurement of change. Kent State University: *IOS Press*, Work 20, 159 – 165.
- Dinas Kesehatan Provinsi D.I.Y. (2009). *Profil kesehatan Provinsi D.I.Y tahun 2008*. <http://www.foxitsoftware.com>
- Duke University & National Institute of Health (NIH). (2010). *Conventional vs religious cognitive behavior therapy for major depression in chronic illness*. Diunduh tanggal 11 April 2011, dari <http://www.ClinicalTrials.gov>
- Durand, M. V., & Barlow, H. D. (2006). *Intisari psikologi abnormal: Edisi keempat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ekowarni, E., & Mawandha, G. H. (2009). Terapi kognitif perilaku dan kecemasan menghadapi prosedur medis pada anak penderita leukimia. Yogyakarta: *Jurnal Intervensi Psikologi*, Vol. 1, No.1, 75 – 91.
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2003). *Enhanced Cognitive-behavioral therapy for couples, a contextual approach*. Washington, DC: American psychological association.
- Escudero, R. M. P., Kozasa, E. H., & Leite, J. R. (2007). Behavior cognitive protocol to reduce anxiety during a magnetic resonance examination. *Interbational Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 01, 21-26.
- Froggat, W. (2006). *Cognitive behavior therapy*. Diunduh tanggal 20 Maret 2011, dari <http://www.rational.org.nz>
- Ghozali, I., & Castellan, N. J. (2002). *Statistik nonparametric: Teori dan aplikasi dengan program SPSS*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: The Guildford Press.
- Haeba, N. H., & Moordiningsih. (2009). Terapi kognitif perilaku dan depresi pasca melahirkan – cognitive behavior therapy and post-partum depression. Yogyakarta: *Jurnal Intervensi Psikologi*, Vol. 1, No.1, 41 – 58.
- Hall, S. C., & Lindzey, G. (1994). *Teori-teori psikodinamik (klinis): Terjemahan*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Hawari, D. (2004). *Penyakit jantung koroner: Dimensi psikoreligi*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kalat, J. W. (2007). *Biological psychology: 9th edition*. Australia: Thomson Wadsworth.

- Kandouw, A. (2010). *Diagnosa kecemasan*. Diunduh tanggal 11 November 2011, dari <http://www.rumahsakitpondokindahgroup.com>
- Krause, N. (2006). Gratitude toward God, stress, and health in late life. *Research on Aging*; 28; 163.
- Larue, S. (2009). *The beck anxiety inventory – A useful tool*. Diunduh tanggal 4 April 2011, dari http://EzineArticles.com/?expert=Stella_Larue
- Leake, R., Friend, R., & Wadhwa, N. (1999). Improving adjustment to chronic illness through strategic self presentation: An experimental studies on a renal dialysis unit. *Health Psychology*, 70(3), 691 – 711.
- Musbikin, M. S. (2005). *Agama sebagai terapi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Natalia, J., & Dwita, A. (2002). Pengaruh musik terhadap kecemasan penderita katarak menjelang operasi. *Anima, Indonesian Psychological Journal*, Vol. 17, No. 2, 179 – 195.
- National Heart, Lung, & Blood Institute. (2004). *Complete report: The seventh report of the join national committee on prevention, evaluation, and treatment of high blood pressure*. Diunduh tanggal 4 April 2011, dari <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). *Psikologi abnormal: Jilid 2, Terjemahan*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Nielson, S. L., & Dowd, E. T. (2006). *The psychologies in religion: Working with the religious client*. New York: Springer Publishing Company. Diunduh tanggal 11 April 2011, dari <http://www.springerpub.com>
- Novianto, D. (2006). Pengaruh latihan pasrah diri terhadap kontrol tekanan darah penderita diabetes melitus tipe 2 dengan hipertensi dan gejala depresi. *Laporan penelitian*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Oemarjoedi, K. A. (2003). *Pendekatan cognitive behavior dalam psikoterapi*. Jakarta: Kreatif Media.
- Ogedegbe, G., Pickering, T. G., Clemow, L., Chaplin, W., Spruill, T. M., Albanese, G. M., Eguchi, K., Burg, M., & Gerin, W. (2008). The misdiagnosis of hypertension: The role of patient anxiety. *Archives of Internal Medicine*, Vol. 168, Iss. 22; pg. 2459. Diunduh tanggal 4 April 2011, dari <http://proquest.umi.com>
- Ormrod, S. E. (2004). *Human learning; 4th edition*. New Jersey: Pearson Education, Inc.

- Pargament, K.I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout K., Ensing, D.S., & Van Haitsma, K. (1992). God help me (II): The relationship of religious coping with negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31, 504-513.
- Paukert, A. L., Phillips, L., Cully, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomax, J. W., & Stanley, M. A. (2009). Integration the religion into cognitive-behavior therapy for geriatric anxiety and depression. Lippincott: *Journal of Psychiatric Practice*, Volume 15 - Edisi 2 - pp 103-112.
- Prout. II. T, & Brown, D. T. (1985). *Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinical settings*. Vermont: Clinical Publishing Co., Inc.
- Quthb, S. (1987). *Islam menyongsong masa depan*. Yogyakarta: Sholahuddin Press.
- Rachmawati, I. (2007). *Hubungan antara religiusitas dengan kecemasan pasien penderita penyakit kronis*. Diunduh tanggal 11 Mei, 2011, dari <http://www.jiptummpp.ac.id>
- Rahayu, V. R., Pramadi, A., & Rahayu, S. (2005). Efektivitas metode afirmasi dalam mereduksi kecemasan pada penderita kanker leher rahim. *Anima, Indonesian Psychological Journal*, Vol 20, No. 4, 342 – 364.
- Reyher, J., & Handler, L. (1966). Relationship between GSR and anxiety indexes in projective drawings. *Journal of Consulting Psychology*, Vol, 30. Iss, 1; pg. 60 – 67.
- Roseline, B., & Sadatun, T. I. (2010). *After a disaster: Mental Health as a basis for rehabilitation*. Summary of workshop held at the seminar of psychosocial support 23-26 September 2010.
- Roth, D. A., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2002). Cognitive behavior therapy. *Encyclopedia of Psychotherapy*, 1, 451 – 458.
- Rudiansyah, M. (2008). Pengaruh latihan pasrah diri terhadap kadar C-Reactive protein pada penderita diabetes melitus tipe 2 dengan gejala depresi. *Laporan penelitian*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Sångren, H., Reventlow, S., & Hetlevik, I. (2009). Role of biographical experience and bodily sensation in patient's adaptation to hypertension. *Patient Education and Counseling*, Vol 74, Issue 2, Page 236 – 243. <http://www.elsevier.com>

- Saphiro, F. (1995). *Eye movement and desensitization and reprocessing. A new treatment for anxiety and related trauma*. Muncie, IN: Accelerated Development Ltd.
- Sasmitawati, A. T. (2008). Terapi kognitif perilaku untuk mengurangi kecemasan pada penderita asma. *Tesis*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Seniati, L., Yulianto, A., Setiadi, B. N. (2005). *Psikologi eksperimen*. Jakarta: Indeks.
- Sheps, G. S., & Centhini, S. (2004). *Klinik pribadi (Mayo clinic): Panduan lengkap penyembuhan sendiri dan tentang tekanan darah tinggi*. Jakarta: Inovasi.
- Shihab, M. Q. (2005). *Lentera hati: Kisah dan hikmah kehidupan*. Bandung: Penerbit Mizan.
- Sobel, B. J., & Bakris, J. L. (1996). *Hipertensi: Pedoman klinis diagnosis dan terapi*. Jakarta: Penerbit Hipokrates.
- Spielberg, C. D., & Sarason, G. I. (1988). *Stress and anxiety, Vol. 11*. Washington: Hemisphere Publishing, Corp.
- Spruill, T. M., Pickering, T. G., Schwartz, J. E., Mostufsky, E., Ogedegbe, G., Clemow, L., & Gerin, W. (2007). The impact of perceived hypertension status on anxiety and the white coat effect. *Mahwah: Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 34, Iss. 1; pg. 1. Diunduh tanggal 10 April 2011, dari <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1318097421&sid=6&Fmt=2&clientId=118500&RQT=309&VName=PQD>
- Subandi. (1988). Hubungan antara tingkat religiusitas dengan kecemasan pada remaja. *Laporan Penelitian*, Vol 5. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Sugiyono. (2007). *Statistik non parametis untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suryabrata, S. (2000). *Pengembangan alat ukur psikologi*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sustrani, L., Alam, S., & Hadibroto, I. (2006). *Hipertensi: Informasi lengkap untuk penderita dan keluarganya*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Tan, & Siang-Yiang. (2007). Use of prayer and scripture in cognitive behavioral therapy. *Journal of Psychology and Christianity*. Diunduh tanggal 10 April 2011, dari <http://www.proquest.com>

- Taylor, S. E. (2006). *Health psychology: 6th edition*. Boston: Mc.Graw Hill.
- Terry, C., Gunderman, R., Trippi, J., Beckman, D., & Bay, S. P. (2008). The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: A randomized controlled study. New York: *Journal of Religion and Health*, Vol. 47, Iss. 1; pg. 57. Diunduh tanggal 14 April 2011, dari <http://proquest.umi.com>
- The Center For Cognitive-Behavioural Therapy ; Professional, Confidential Counselling. (2006). *A combined treatment approach: Cognitive-behavioural therapy and spiritual dimensions*. South East London: www.oasisretreatsvg.com
- Trimulyaningsih, N. (2010). Terapi kognitif-perilaku religius untuk menangani depresi. *Tesis*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Wang, L., & Wei, M. T. (2006). Anxiety symptoms in patient with hypertension; A community based study. China: *Psychiatry In Medicine*, Vol. 36 (3) 315 – 322.
- Waode, D. A. (2000). *Pelatihan pengembangan diri menuju sumber daya manusia yang lebih dinamis*. Jakarta: Penerbit Arcan.
- Weiten, W. (1997). *Psychology: Themes and variations (Briefer Version, 3rd ed)*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Wilianto, V. M. (2009). Terapi musik kognitif perilaku untuk menurunkan kecemasan pada penderita tekanan darah tinggi. *Tesis*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Wilson, K. A., Chambless, D. L., Beurs, E. D., & Goldstein, A. J. EMDR for panic disorder with agoraphobia comparison with waiting list and credible attention-placebo control condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, No. 6. 947-956.
- Yahya, H. (2009). *Stres dalam pandangan Islam*. <http://www.pesanharunyahya.com>

