

**Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap Penurunan Kecemasan pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) Rawat Inap di Rumah Sakit Paru dr. H. A. Rotinsulu Bandung**

**Sela Radityatami, O. Irene Prameswari Edwina, dan Ida Ayu Niluh Kartikawati**

*Fakultas Psikologi, Universitas Kristen Maranatha, Bandung*

***Abstract***

*This study was conducted to obtain an overview of the influence of Cognitive Behavior Therapy (CBT) to reduce anxiety by changing negative automatic thoughts (NATs) in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) hospitalization in Lung Hospital Dr. H. A. Rotinsulu Bandung became a positive thoughts. Krauskopf et al (2015) revealed that illness beliefs and medication beliefs can affect NATs of COPD patients. The samples in this research were two patients with COPD inpatient at Lung Hospital Dr. H. A. Rotinsulu Bandung who has high degree of anxiety. The main measuring tool used in this research is Beck Anxiety Inventory (BAI) which has been translated into Indonesian. The therapy sessions were conducted over five sessions. From the results of the study, it can be concluded that Cognitive Behavior Therapy can reduce the degree of anxiety in COPD patients hospitalized by changing the NATs related to illness beliefs and medication beliefs.*

***Keywords:*** *anxiety, cognitive behavior therapy, chronic obstructive pulmonary disease, inpatient*

**I. Pendahuluan**

Memiliki tubuh yang sehat secara jasmani merupakan dambaan setiap orang karena dengan tubuh yang sehat seseorang akan mampu dalam bekerja dan melakukan aktivitas. Untuk sehat secara jasmani, seseorang harus memiliki kebiasaan hidup yang sehat juga. Meskipun demikian, masih banyak orang yang melakukan kebiasaan hidup yang tidak sehat, salah satunya adalah kebiasaan merokok.

Di Indonesia, rokok merupakan hal yang umum yang dapat dijumpai di berbagai tempat, walaupun bahaya rokok maupun larangan merokok telah dilakukan di berbagai tempat, namun aktivitas merokok masih dilakukan oleh sejumlah besar individu. Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2017 mengungkapkan bahwa lebih dari sepertiga atau sebanyak 36,3% penduduk Indonesia saat ini menjadi perokok aktif. Beliau mengungkapkan bahwa kebiasaan merokok di Indonesia telah membunuh setidaknya 235

ribu jiwa setiap tahunnya melalui penyakit-penyakit yang ditimbulkan oleh kebiasaan merokok. (Depkes RI, 2017)

Rokok tembakau merupakan salah satu faktor resiko terbesar pada penyakit tidak menular (PTM). Menurut laporan WHO, setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena PTM di seluruh dunia (63% dari seluruh kematian). Salah satu PTM yang disebabkan oleh rokok sebagai faktor resiko utama adalah Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), yang juga menjadi penyebab kematian tertinggi di antara seluruh penyakit lainnya. (WHO, 2016)

Dari data Rumah Sakit Paru Dr. H. A. Rotinsulu selama tiga tahun terakhir, yaitu dari tahun 2015 sampai 2017, diperoleh bahwa jumlah penderita PPOK semakin bertambah setiap tahunnya. Pada tahun 2015, jumlah pasien PPOK yang tercatat adalah sebanyak 673 pasien. Pada tahun 2016, jumlah pasien PPOK bertambah sebanyak 33,7%, dengan jumlah total sebanyak 900 pasien. Pada tahun 2017, jumlah pasien PPOK juga mengalami peningkatan, yaitu sebanyak 27,2% dari tahun sebelumnya, dengan jumlah total sebanyak 1145 orang pasien.

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) merupakan suatu penyakit umum yang dapat dicegah dan diobati, yang ditandai dengan gejala pernapasan yang menetap dan keterbatasan aliran udara yang disebabkan oleh abnormalitas saluran pernapasan dan / atau alveolus yang biasanya disebabkan oleh paparan partikel beracun yang signifikan (GOLD, 2017). PPOK berkembang secara perlahan dan biasanya simptom penyakit ini akan menjadi semakin jelas setelah pasien berusia 40 atau 50 tahun (WHO, 2016). Pasien yang berusia 40-60 tahun, menurut Santrock (2002), berada pada tahap perkembangan masa dewasa madya. Pada tahap perkembangan ini, individu mulai mengalami penurunan dalam fungsi-fungsi tubuhnya, termasuk penurunan pada fungsi paru-paru, dan masalah kesehatan akan menjadi kekhawatiran utama pada diri individu. Pasien yang menderita PPOK akan mengalami perubahan pola hidup dan keterbatasan aktivitas yang menimbulkan stres psikologis bagi pasien. Lebih lanjut, stres terhadap pengobatan medis yang serius dapat menyebabkan kecemasan (Hammen, 2005; dalam Nollen-Hoeksema, 2014).

Pasien yang menjalani rawat inap di rumah sakit merupakan pasien yang baru pulih dari mengalami eksaserbasi berat. Pasien tersebut dilaporkan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan pasien PPOK yang menjalani rawat jalan. Hal ini disebabkan karena pengalaman traumatis akan sesak napas dan batuk kronis yang baru saja dialami oleh pasien yang menimbulkan ketakutan dan kekhawatiran pada diri pasien mengenai kondisi penyakitnya (Pumar dkk, 2014).

Clark & Beck (2010) menjelaskan kecemasan yang dirasakan oleh seseorang sebagai suatu model kognitif dimana kecemasan klinis dipandang sebagai suatu reaksi terhadap evaluasi atau penilaian yang tidak sesuai dan dilebih-lebihkan mengenai kerentanan personal yang berasal dari adanya kekeliruan dalam sistem pemrosesan informasi yang menyalahartikan situasi netral sebagai sesuatu yang mengancam. Berdasarkan teori tersebut, kecemasan yang dirasakan oleh pasien PPOK muncul sebagai akibat dari adanya penilaian yang keliru atau negatif akan adanya ancaman di lingkungan terkait kondisi sakit dan pengobatan yang mereka jalani.

Krauskopf dkk (2015) mengungkapkan ada dua macam *beliefs* pada pasien PPOK yang memengaruhi mereka dalam menilai situasi di lingkungan yang terkait kondisi sakit yang dideritanya dan pengobatan yang dijalannya yang dapat menimbulkan kecemasan, yaitu *illness beliefs* dan *medication beliefs*. *Illness beliefs* berkaitan dengan bagaimana pasien mempersepsikan label penyakit dan simptom yang mereka derita (*identity*), penyebab munculnya penyakit dan simptom yang dirasakan (*the perceived cause of the illness*), berapa lama penyakit atau simptom akan dirasakan (*time line*), efek yang mungkin timbul dari penyakit pada kehidupan (*consequences*), dan sejauhmana penyakit dapat diobati atau dikendalikan baik oleh diri sendiri atau orang lain yang dianggap mampu (*curability and controllability*). Sedangkan *medication beliefs* berkaitan dengan *beliefs* pasien terhadap kebutuhan dan efektifitas pengobatan serta *beliefs* terhadap efek samping dan keamanan obat.

Dampak dari kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan semakin memburuknya kondisi sakit yang diderita oleh pasien. Kecemasan yang tinggi akan berpengaruh terhadap penurunan kondisi fisik pasien sehingga dapat membuat pasien mengalami eksaserbasi berat, dimana pasien mengalami perburukan pada kondisi fisik atau penyakitnya yang menimbulkan simptom sesak napas dan batuk kronis. Temuan ini merupakan dasar dari model hiperventilasi karbondioksida (Pumar dkk, 2014). Selain itu, pemikiran negatif terkait *medication beliefs* yang menimbulkan tingkat kecemasan tinggi yang dirasakan oleh pasien akan menyebabkan ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dan mengikuti saran pengobatan dari dokter (Krauskopf dkk, 2015). Keengganan pasien dalam mematuhi pengobatan yang disarankan akan semakin memperburuk kondisi penyakit yang diderita pasien (Pumar dkk, 2014). Lebih parahnya, kondisi fisik yang semakin memburuk akan semakin meningkatkan kecemasan yang dirasakan pasien (Hill dkk, 2008). Hal ini menjadi suatu lingkaran setan yang akan terus terjadi secara berulang-ulang dan bahkan dapat menimbulkan dampak kematian bagi pasien. Oleh karena itu, kecemasan yang tinggi pada pasien PPOK rawat inap perlu untuk diturunkan.

Berdasarkan penjelasan di atas maka kecemasan yang tinggi pada pasien PPOK disebabkan oleh adanya pemikiran otomatis terkait *illness beliefs* dan *medication beliefs* yang negatif dan untuk menurunkan derajat kecemasan yang tinggi perlu digunakan terapi psikologis yang dapat mengubah pemikiran-pemikiran otomatis yang negatif ini. Salah satu terapi psikologis yang dapat digunakan adalah *cognitive behavior therapy (CBT)*. Cara penanganan dalam CBT melibatkan penekanan awal pada identifikasi dan modifikasi pemikiran-pemikiran otomatis yang berasal dari *core beliefs* (secara tidak langsung akan memodifikasi *core beliefs*). CBT berpendapat bahwa dengan mengubah *negative automatic thoughts (NATs)* maka diharapkan akan terjadi perubahan emosi, perilaku, dan fisiologis pasien yang lebih adaptif (Beck, 2011). Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh CBT dengan mengubah NATs terkait *illness beliefs* dan *medication beliefs* terhadap penurunan derajat kecemasan pada pasien PPOK rawat inap di Rumah Sakit Paru Dr. H. A. Rotinsulu Bandung.

## **II. Metodologi**

### **2.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Single Subject Design*, yaitu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh dari *treatment* yang diberikan kepada subyek dengan pengamatan dan analisis secara mendalam (Graziano & Raulin, 2000).

### **2.2. Subyek Penelitian**

Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang pasien PPOK rawat inap di Rumah Sakit Paru Dr. H. A. Rotinsulu Bandung. Karakteristik subyek penelitian adalah pasien berumur 40 – 60 tahun yang berada pada tahap perkembangan dewasa madya. Pasien didiagnosa menderita PPOK dan menjalani rawat inap di Rumah Sakit Paru Dr. H. A. Rotinsulu Bandung. Selain itu, pasien juga mengalami derajat kecemasan yang tinggi dan bersedia mengikuti semua sesi terapi yang diberikan.

### **2.3. Metode Pengumpulan Data**

Data utama diukur dengan menggunakan *Beck Anxiety Inventory (BAI)*; Beck & Steer, 1990; dalam Clark & Beck, 2010) untuk mengukur derajat kecemasan. BAI terdiri dari 21 item (Beck dkk, 1988). Skor dalam BAI memiliki rentang dari 0 hingga 63. Pada rentang 0 – 9 menunjukkan bahwa individu tersebut memiliki derajat kecemasan yang normal. Pada

rentang 10 – 18 menunjukkan derajat kecemasan yang rendah. Pada rentang 19 – 29 menunjukkan derajat kecemasan yang sedang/moderat. Pada rentang 30 – 63 menunjukkan derajat kecemasan yang tinggi (Beck & Steer, 1990; dalam Clark & Beck, 2010). BAI yang digunakan dalam penelitian ini telah diterjemahkan ke Bahasa Indonesia pada tahun 2013 dan telah diuji validitas serta reliabilitasnya oleh Dr. Henndy Ginting, psikolog. Uji validitas yang dilakukan menghasilkan validitas yang memiliki korelasi yang positif ( $r = .52, p < .01$ ). Uji reliabilitas yang dilakukan menghasilkan nilai koefisien Cronbach Alpha sebesar 0,86 (Ginting dkk, 2013). Oleh karena itu alat ukur tersebut telah teruji valid dan reliabel. Data penunjang diperoleh melalui wawancara secara mendalam dan observasi terhadap subyek penelitian.

## 2.4. Intervensi Penelitian

Teknik CBT diberikan sebanyak 5 sesi. Sesi terapi dilakukan setiap satu minggu sekali dan setiap sesi membutuhkan waktu sekitar 30 – 60 menit. Masing-masing sesi memiliki tujuan tertentu, yaitu:

Sesi	Tujuan Kegiatan
1	Mengetahui riwayat penyakit yang diderita oleh pasien dan mengetahui gambaran kecemasan yang dialami oleh pasien.
2	Mengidentifikasi NATs terkait <i>illness beliefs</i> dan <i>medication beliefs</i> yang menimbulkan kecemasan
3	Memahami manfaat minum obat secara teratur sehingga NATs terkait <i>medication beliefs</i> pada pasien berubah menjadi pemikiran yang positif
4	Mengubah NATs terkait <i>illness beliefs</i> dan <i>medication beliefs</i> menjadi pemikiran yang positif melalui identifikasi bukti yang mendukung dan tidak mendukung NATs pada pasien.
5	Memastikan NATs terkait <i>illness beliefs</i> dan <i>medication beliefs</i> pada pasien telah berubah menjadi pemikiran yang positif terkait <i>illness beliefs</i> dan <i>medication beliefs</i>

## III. Hasil dan Pembahasan

### 3.1 Hasil

**Tabel I.** Perbandingan Derajat Kecemasan Sebelum dan Sesudah Terapi

	Kasus 1		Kasus 2	
	Sebelum CBT	Sesudah CBT	Sebelum CBT	Sesudah CBT
Derajat Kecemasan	33 (tinggi)	10 (rendah)	51 (tinggi)	24 (sedang)

**Tabel II.** Perbedaan NATs Sebelum dan Sesudah Mengikuti CBT Kasus 1 (Bapak AC)

NATs	Sebelum Mengikuti CBT	Sesudah Mengikuti CBT
NATs terkait <i>illness beliefs</i> dimensi <i>consequences</i>	Meragukan masa depan karena sakit	Meskipun sakit saya punya usaha bikin layang-layang yang dapat mencukupi kebutuhan saya dan saya dapat mengembangkan usaha saya tersebut di masa depan.
	Teman-teman menjauh karena tidak mau tertular penyakit saya	Masih banyak teman yang mau bermain dengan saya meskipun mereka tahu bahwa saya sakit.
	Orangtua lebih sayang kepada adik karena adik dibelikan motor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setiap orangtua menyayangi semua anak-anaknya.</li> <li>- Adik dibelikan motor karena adik perlu motor untuk bekerja.</li> <li>- Saya masih bisa pinjam motornya apabila adik tidak memakainya.</li> </ul>
	Orang lain lebih kaya dan sukses	Beryukur untuk pekerjaan saat ini dan berusaha untuk mengembangkannya
NATs terkait kebutuhan dan efektifitas pengobatan	Pengobatan yang dijalani selama ini tidak membawa manfaat bagi penyakit saya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan minum obat secara teratur, sesak nafas dan batuk atau simptom penyakit lainnya dapat dicegah kekambuhannya</li> <li>- Dengan minum obat secara teratur dan simptom penyakit berkurang, saya dapat beraktivitas sehari-hari meskipun tetap harus membatasi aktivitas yang ada.</li> </ul>

**Tabel III.** Perbedaan NATs Sebelum dan Sesudah Mengikuti CBT Kasus 2 (Bapak AS)

NATs	Sebelum Mengikuti CBT	Sesudah Mengikuti CBT
NATs terkait <i>illness beliefs</i> dimensi <i>consequences</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit membuat saya tidak mendapatkan pekerjaan yang lebih baik</li> <li>- Saya takut tidak bisa membayar biaya kontrakan rumah dan biaya sekolah anak-anak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meskipun sakit saya masih bisa usaha buka warung kecil-kecilan dan cukup untuk membiayai keluarga saya</li> <li>- Selama ini saya mampu membayar biaya kontrakan dari hasil usaha warung saya</li> <li>- Saya mampu membayar biaya sekolah anak-anak setengahnya dan sisanya sudah ditanggung oleh beasiswa</li> </ul>
	Saya gagal sebagai kepala keluarga karena tidak dapat membahagiakan keluarga saya karena penghasilan saya yang kecil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meskipun sakit, saya berusaha semampu saya untuk bekerja.</li> <li>- Meskipun penghasilannya kecil yang penting bisa mencukupi kebutuhan keluarga.</li> <li>- Istri dan anak-anak tidak pernah mengeluh dan tidak pernah menuntut sesuatu kepada saya.</li> </ul>
NATs terkait <i>illness beliefs</i> dimensi <i>curability</i> and <i>controllability</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirawat di rumah sakit membuat saya cepat sembuh dibandingkan jika dirawat di rumah karena obat yang diberikan di rumah sakit lebih efektif daripada obat di rumah.</li> <li>- Dengan dirawat di rumah sakit saya tidak merepotkan keluarga saya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada obat dan tabung oksigen di rumah yang dapat digunakan sebagai pertolongan pertama apabila penyakit kambuh.</li> <li>- Setelah minum obat dan menggunakan oksigen di rumah kondisi saya menjadi membaik</li> <li>- Jika menurut dokter, saya tidak perlu dirawat di rumah sakit maka kondisi saya baik-baik saja</li> </ul>
NATs terkait kebutuhan dan efektifitas pengobatan	Pengobatan yang dijalani selama ini tidak membawa manfaat bagi penyakit saya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan minum obat secara teratur, sesak nafas dan batuk atau simptom penyakit lainnya dapat dicegah kekambuhannya</li> <li>- Dengan minum obat secara teratur dan</li> </ul>

### 3.2 Pembahasan

Perbandingan skor total derajat kecemasan pada pasien PPOK yang dilakukan diperoleh hasil bahwa kedua responden sama-sama mengalami penurunan derajat kecemasan setelah mengikuti terapi dengan pendekatan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi yang diberikan terhadap kecemasan yang dirasakan oleh kedua responden. Akan tetapi terdapat perbedaan pada perubahan derajat kecemasan yang dialami oleh kedua responden. Pada responden 1, derajat kecemasan mengalami penurunan sebanyak 2 level sedangkan pada responden 2 derajat kecemasan mengalami penurunan sebanyak 1 level. Dari data wawancara diperoleh data bahwa responden 1 hanya menderita PPOK dan tidak memiliki komplikasi penyakit lainnya, sedangkan responden 2 menderita PPOK dan komplikasi penyakit lain, seperti hipertensi, maag kronis, dan kista di ginjal. Komplikasi penyakit yang diderita oleh responden 2 dapat mempengaruhi tingginya derajat kecemasan yang dirasakan oleh responden.

Pada awalnya Bapak AC (kasus 1) memiliki pemikiran bahwa penyakit yang dideritanya memberikan efek yang negatif dalam hidupnya (NATs terkait *ilness beliefs* dimensi *consequences*). Ia meragukan masa depannya karena penyakit yang dideritanya, ia juga menghayati penolakan dari teman-temannya, dan ia juga menghayati bahwa orangtuanya tidak mengasihinya dan lebih mengasahi adiknya karena adiknya dibelikan motor. Dengan CBT, pemikiran ini diubah menjadi pemikiran yang positif dimana Bapak AC menjadi menghayati bahwa meskipun sakit ia bersyukur masih bisa mencukupi kebutuhannya sehari-hari dengan usaha membuat layangan dan ia dapat mengembangkan usahanya ini di masa depan. Selain itu, Bapak AC juga menjadi memiliki pemikiran yang positif tentang teman-teman dan keluarganya dimana Bapak AC melihat bahwa masih banyak teman yang mau bermain dengannya meskipun mereka tahu bahwa ia sakit dan Bapak AC juga melihat bahwa orangtuanya mengasahi semua anak-anaknya termasuk dirinya. Bapak AC menghayati meskipun adik dibelikan motor oleh orangtua, hal itu karena adik lebih membutuhkan motor untuk bekerja dan ia masih bisa meminjam motor adiknya.

NATs terkait *beliefs* terhadap kebutuhan dan efektifitas obat yang menimbulkan kecemasan, dimana Bapak AC menghayati bahwa pengobatan yang selama ini dijalannya tidak efektif juga telah diubah menjadi pemikiran yang positif melalui CBT. Bapak AC menyadari manfaat positif dari minum obat secara teratur, yaitu bisa mencegah kambuhnya

sesak napas, batuk, dan simtom lainnya dari penyakit. Selain itu, dengan minum obat secara teratur Bapak AC juga merasakan bahwa ia masih bisa tetap beraktivitas meskipun ia tetap harus membatasi aktivitasnya karena kondisi sakitnya.

Perubahan NATs yang mendasari pemikiran otomatis Bapak AC terkait kondisi sakit dan pengobatan yang dijalannya menjadi pemikiran yang positif membuat Bapak AC memiliki pemikiran yang lebih adaptif dalam menilai situasi-situasi terkait kondisi sakit dan pengobatan yang ada di sekitarnya. Bapak AC menjadi memiliki penghayatan bahwa ia memiliki kemampuan untuk mengatasi situasi tersebut sehingga kecemasan yang dirasakan oleh Bapak AC menjadi berkurang. Selain itu, penghayatan yang positif terhadap situasi-situasi di lingkungan membuat ketergugahan fisiologis, seperti jantung berdebar, sesak napas, gemetar, berkeringat, mati rasa, atau simtom-simtom tubuh lainnya yang dianggap tidak menyenangkan menjadi berkurang atau tidak dirasakan lagi sehingga Bapak AC pun menghayati bahwa kondisi fisiknya semakin membaik. Hal ini juga membuat kecemasan yang dirasakan oleh Bapak AC menjadi berkurang (Tabel 1).

NATs yang ada di dalam pemikiran Bapak AS (Kasus 2) yang menimbulkan kecemasan telah diubah menjadi pemikiran yang positif melalui CBT (Tabel 3). Pada awalnya Bapak AS memiliki pemikiran bahwa penyakit yang dideritanya memberikan efek yang negatif dalam hidupnya (NATs terkait *illness beliefs* dimensi *consequences*). Ia menghayati bahwa kondisi sakit membuatnya menjadi kepala keluarga yang gagal bagi keluarganya dan karena sakit ia menjadi tidak bisa memiliki pekerjaan yang lebih baik sehingga ia mencemaskan biaya kebutuhan keluarganya. Setelah mengikuti CBT, Bapak AS menjadi memiliki penghayatan bahwa meskipun sakit ia masih berusaha untuk membuka warung yang bisa mencukupi biaya kebutuhan keluarga sehingga ia tidak perlu cemas. Selain itu, Bapak AS juga menghayati bahwa meskipun sakit ia sudah berusaha semampunya untuk tetap bekerja mencukupi kebutuhan keluarganya dan selama ini keluarganya juga tidak pernah mengeluh atau menuntut sesuatu dari dirinya.

NATs dimana Bapak AS menghayati bahwa dirawat di rumah sakit membuatnya cepat sembuh karena obat di rumah sakit lebih efektif daripada obat di rumah dan karena tidak mau merepotkan keluarga (NATs terkait *illness beliefs* dimensi *curability and controllability*) juga telah diubah menjadi pemikiran yang positif. Bapak AS menjadi menyadari bahwa peristiwa dirinya menjadi sering dirawat di rumah sakit adalah karena adanya pemikiran yang tidak rasional tersebut yang membuatnya selalu memaksa dokter untuk dirawat di rumah sakit meskipun menurut dokter tidak diperlukan. Bapak AS juga menyadari bahwa di rumah ia memiliki tabung oksigen dan obat yang dapat digunakan

sebagai pertolongan pertama ketika simptom penyakitnya kambuh dan Bapak AS juga merasakan manfaat ketika menggunakan tabung oksigen dan obat di rumah kondisinya menjadi lebih baik. Hal ini membuatnya menghayati apabila menurut dokter dirinya tidak perlu dirawat di rumah sakit maka kondisinya baik-baik saja sehingga intensitas dirinya dirawat di rumah sakit pun menjadi berkurang.

NATs terkait kebutuhan dan efektifitas pengobatan yang dimiliki oleh Bapak AS juga diubah menjadi pemikiran yang positif melalui CBT. Awalnya Bapak AS meragukan efektifitas dari pengobatan yang selama ini ia jalani. Melalui CBT, setelah diberikan tugas minum obat secara teratur, Bapak AS menyadari adanya manfaat positif dari minum obat secara teratur, dimana simptom-simptom dari penyakitnya bisa dicegah kekambuhannya. Selain itu, Bapak AS juga merasakan bahwa dengan minum obat teratur ia masih bisa beraktivitas sehari-hari meskipun tetap harus dibatasi karena kondisi sakitnya.

Perubahan NATs pada Bapak AS terkait kondisi sakit dan pengobatan yang dijalannya menjadi pemikiran yang positif membuat Bapak AS memiliki pemikiran yang lebih adaptif dalam menilai situasi-situasi terkait kondisi sakit dan pengobatan yang ada di sekitarnya. Bapak AS menjadi memiliki penghayatan bahwa ia memiliki kemampuan untuk mengatasi situasi tersebut sehingga kecemasan yang dirasakan oleh Bapak AS akan berkurang. Selain itu, penghayatan yang positif terhadap situasi-situasi di lingkungan membuat ketergugahan fisiologis, seperti jantung berdebar, sesak nafas, gemetar, berkeringat, mati rasa, atau simptom-simptom tubuh lainnya yang dianggap tidak menyenangkan menjadi berkurang atau tidak dirasakan lagi sehingga Bapak AS pun menghayati bahwa kondisi fisiknya semakin membaik. Hal ini juga membuat kecemasan yang dirasakan oleh Bapak AS berkurang (Tabel I).

## **IV. Simpulan dan Saran**

### **4.1 Simpulan**

Dari hasil dan pembahasan dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. *Cognitive Behavior Therapy* dapat menurunkan derajat kecemasan pada pasien PPOK yang menjalani rawat inap
2. Terdapat perubahan *negative automatic thoughts* (NATs) terkait *illness beliefs* dan *medication beliefs* menjadi pemikiran yang positif pada pasien PPOK yang menjalani rawat inap setelah mengikuti *Cognitive Behavior Therapy*.

3. Terdapat perbedaan level penurunan derajat kecemasan pada kedua responden, hal ini terkait adanya komplikasi penyakit yang diderita oleh salah satu responden.
4. Keberhasilan terapi didukung oleh motivasi pasien untuk mengurangi kecemasan dan membuat kondisi fisik menjadi lebih baik, keterbukaan pasien untuk menerima konsep-konsep baru yang diajarkan dalam sesi terapi, serta kesungguhan pasien dalam mengerjakan pekerjaan rumah yang diberikan dan menerapkan hal yang dipelajari selama terapi ke dalam kehidupan sehari-hari.

## 4.2 Saran

### 4.2.1 Saran Teoritis

1. Untuk penelitian berikutnya disarankan agar menggunakan subyek penelitian yang memiliki karakteristik diagnosis penyakit yang relatif sama.
2. Untuk penelitian selanjutnya disarankan agar sesi *cognitive behavior therapy* dapat lebih diperpanjang ketika menangani kecemasan pada pasien PPOK rawat inap yang memiliki komplikasi penyakit lainnya. Hal ini dimaksudkan agar pasien memiliki waktu yang lebih panjang untuk berlatih sehingga terjadi penurunan derajat kecemasan yang berarti.
3. Disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh *cognitive behavior therapy* untuk menurunkan derajat kecemasan pada pasien PPOK rawat inap dengan jumlah responden yang lebih banyak.
4. Saran lainnya untuk penelitian selanjutnya agar dapat menggunakan desain penelitian *time series*. Hal ini dimaksudkan untuk melihat pengaruh *cognitive behavior therapy* untuk menurunkan derajat kecemasan secara signifikan.

### 4.2.2 Saran Praktis

1. Bagi pasien yang telah mengikuti *cognitive behavior therapy* disarankan untuk terus berlatih dalam mengubah pemikiran yang negatif menjadi positif dan minum obat secara teratur agar menghasilkan penurunan derajat kecemasan yang lebih menetap.
2. Bagi pihak rumah sakit disarankan untuk dapat memotivasi pasien PPOK rawat inap yang mengalami kecemasan yang tinggi untuk dapat berpikir positif terkait kondisi sakit dan pengobatan yang dijalani. Pihak rumah sakit juga disarankan

untuk merujuk pasien PPOK rawat inap yang mengalami kecemasan yang tinggi ke psikolog untuk mendapatkan bantuan terapi yang diperlukan.

3. Bagi psikolog yang akan menangani kecemasan pada pasien PPOK rawat inap, *cognitive behavior therapy* dapat dipertimbangkan dan dikembangkan untuk menjadi cara alternatif dalam menurunkan kecemasan pada pasien.

## Daftar Pustaka

- Beck, A. et al. 1988. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Beck, A. dan Clark, D. 2010. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Beck, Judith. S. 2011. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond 2nd Edition*. New York: The Guilford Press.
- Departemen Kesehatan RI. 2017. *Merokok Ancaman bagi Pembangunan*. (Online). (<http://www.depkes.go.id/article/view/17051600001/merokok-ancaman-bagi-pembangunan.html>, diakses 17 Januari 2018).
- Departemen Kesehatan RI. 2017. *Pemerintah Upayakan Pengurangan Jumlah Perokok Pemula*. (Online). (<http://www.depkes.go.id/article/view/17060200002/pemerintah-upayakan-pengurangan-jumlah-perokok-pemula.html><http://www.depkes.go.id/article/view/17051600001/merokok-ancaman-bagi-pembangunan.html>, diakses 17 Januari 2018).
- Ginting, H., Naring, G., et al. 2013. Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's general population and coronary heart disease patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 235-242.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2017. *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, And Prevention: A Guide for Health Care Professionals 2017 Edition*. USA: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc.
- Graziano, Anthony M dan Raulin, Michael L. 2000. *Research Methods : A Process of Inquiry 4th Edition*. Boston: Allyn & Bacon A Pearson Education Company.
- Hill, K., Geist, R. et. al. 2008. Anxiety and Depression in end-stage COPD. *European Respiratory Journal*, 31 (3), 667-677.

- Krauskopf, K. K. et al. 2015. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Illness and Medication Beliefs are Associated with Medication Adherence. *COPD*, 12 (2), 151-164.
- Maurer, J. et al. 2008. Anxiety and Depression in COPD: Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs. *Chest*, 134 (4 suppl), 43S-56S.
- Megawati. 2014. *Rancangan Dan Uji Coba Cognitive Behavioral Therapy Terhadap Penurunan Frekuensi Merokok Pada Perokok Wanita Dewasa Awal Yang Ingin Berhenti Merokok Di Kota Bandung*. Tesis. Bandung: Program Magister Psikologi Universitas Kristen Maranatha.
- Nollen-Hoeksema, Susan. 2014. *Abnormal Psychology 6th Edition*. New York: McGraw-Hill Education.
- Pumar, M.I. et al. 2014. Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *Journal of Thoracic Disease*, 6 (11), 1615-1631.
- Radityatami, Sela. 2018. *Pengaruh Cognitive Behavioral Therapy Terhadap Penurunan Derajat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) Rawat Inap Di Rumah Sakit Paru Dr. H. A. Rotinsulu Bandung*. Tesis. Bandung: Program Magister Psikologi Universitas Kristen Maranatha.
- Santrock, John W. 2002. *Life-span Development : Perkembangan Masa Hidup Edisi 5 jilid 2*. Jakarta: Erlangga.
- World Health Organization. 2016. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. (Online). (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>, diakses 20 September 2017).