



PENGARUH TERAPI KOGNITIF UNTUK MENURUNKAN KECEMASAN TERHADAP ORANG DENGAN HIV-AIDS (ODHA) DI KOTA GORONTALO

Mutia Agustiani Moonti

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan

mutiaamooti@gmail.com

Abstrak

Terapi Kognitif ini dikembangkan pada pasien yang kecemasan, depresi, *skizofrenia*. Hal ini menyatakan bahwa Terapi Kognitif dapat difokuskan pada distorsi pola pikir yang bisa menyebabkan gangguan mental dan perasaan yang tidak nyaman. Tujuan Penelitian ini Adakah Pengaruh Terapi Kognitif Untuk Menurunkan Kecemasan Terhadap ODHA di Kota Gorontalo. Jenis Penelitian adalah *Pra-Experimental* dengan pendekatan *Pre Dan Post One Group Design* dengan satu macam perlakuan tanpa kelompok pembandingan (Kontrol). Jumlah populasi dalam penelitian sebanyak 49 responden dan teknik pengambilan sampel dengan Metode Survey. Analisis data yang digunakan adalah Analisis Univariat (Karakteristik Responden) dan Analisis Bivariat (*Paired T-Test*). Hasil penelitian didapatkan digunakan untuk Dinas Kesehatan Kota Gorontalo khususnya pada P2M dalam memonitoring aktivitas ODHA dengan pemberian Terapi Kognitif dalam rangka menurunkan diskriminasi dan kecemasan yang dialami oleh ODHA dan hasil penelitian ini juga bisa digunakan kepada KPA (Komisi Penanggulangan *HIV-AIDS*) Kota Gorontalo agar bisa memberikan konseling pada ODHA terkait psikologi yang dapat meningkatkan percaya diri dan menurunkan harga diri yang dialami oleh ODHA.

Kata Kunci : *Terapi Kognitif, Kecemasan, ODHA*

Pendahuluan

Banyak anggapan masyarakat bahwa *HIV-AIDS* termasuk penyakit yang dapat menular hanya dengan bersentuhan saja. Stigma dalam masyarakat dan

keluarga biasanya menimbulkan masalah psikologi yang rumit bagi penderita *AIDS*, beban psikososial yang dapat menimbulkan rasa cemas, depresi, kurang percaya diri, putus asa dan ingin bunuh diri (Desmawati,



2013). ODHA sangat beragam reaksinya diantaranya menyangkal terkena *HIV-AIDS*, takut, cemas, depresi bahkan ada yang berpikir untuk bunuh diri ODHA memperlihatkan adanya gangguan psikologis berupa cemas, stres dan depresi yang ditunjukkan dengan perasaan sedih, putus asa, pesimis, merasa diri gagal, tidak puas dalam hidup, merasa lebih buruk dibandingkan dengan orang lain, penilaian rendah terhadap tubuhnya dan merasa tidak berdaya (Albery, 2011)

Prevalensi ODHA di Indonesia yang tersebar pada 33 provinsi yang terdiri dari 300 se-Indonesia pada tahun 2013 berjumlah 638.643, tahun 2014 berjumlah 686.319 dan tahun 2015 berjumlah 735.256 (Kementerian Kesehatan, 2015). Data kasus *HIV-AIDS* di Provinsi Gorontalo selama 3 tahun terakhir menurut Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016 menunjukkan tahun 2014 berjumlah 75 orang penderita *HIV*, *AIDS berjumlah* 125 orang, tahun 2015 berjumlah 82 orang penderita *HIV*, *AIDS berjumlah* 133 orang, sedangkan tahun 2016 berjumlah 101 orang penderita *HIV*, *AIDS berjumlah* 160 orang. Kebanyakan penularan penyakit *HIV-AIDS* karena hubungan seksual dan yang lebih banyak terkena *HIV-AIDS* adalah laki-laki. Untuk data ODHA selama 3 tahun terakhir

di Kota Gorontalo Menurut Dinas Kesehatan Kota Gorontalo Tahun 2016 menunjukkan bahwa tahun 2014 *HIV* berjumlah 22 orang, *AIDS* berjumlah 42 orang, tahun 2015 berjumlah 30 orang *HIV*, *AIDS* berjumlah 63 orang, tahun 2016 *HIV* berjumlah 42 orang, sedangkan yang sudah menderita *AIDS* berjumlah 72 orang.

Studi pendahuluan yang dilakukan berupa wawancara Komunitas ODHA di Kota Gorontalo bahwa muncul gangguan psikologis seperti cemas, depresi, frustrasi dan marah. Rasa cemas akan kematian yang kapan saja datang menjemput membuat ODHA merasa stress dan depresi, hal ini dirasakan oleh beberapa ODHA. Perasaan tertekan yang berasal dari dalam diri ODHA sendiri dan diperburuk dengan stigmatisasi dan perlakuan diskriminasi terhadap ODHA tersebut akan memunculkan rasa cemas dalam diri ODHA. Cemas akan masa depannya, cemas akan penerimaan keluarga, teman-teman dan lingkungannya, cemas akan kondisi fisiknya dan kecemasan yang kemungkinan akan muncul (Nengsih, 2020).

Metode

Desain penelitian ini adalah *Pra-Experimental* dengan pendekatan pre dan post one group design dengan satu macam perlakuan tanpa kelompok pembanding



(Kontrol). Uji statistik yang dilakukan oleh peneliti adalah Frekuensi atau persen untuk karakteristik responden dan menggunakan *Paired T-Test*.

Populasi penelitian ini berjumlah 49 ODHA yang ikut pendampingan di KPA

Hasil

Tabel 3.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden dan Tingkat Kecemasan Pada ODHA Di Kota Gorontalo

Variabel	Kelompok Intervensi (n=49)	
	Mean±SD (Min-Max)	F (%)
Usia	1. 17 - 25 Tahun	13 (26,5)
	2. 26 -35 Tahun	21 (43)
	3. 36 – 45 Tahun	12 (24,4)
	4. 46 – 55 Tahun	3 (6,1)
	5. 56 – 65 Tahun	0 (0)
Tingkat Pendidikan	1. SD	7 (14,3)
	2. SMP	14 (28,6)
	3. SMA	19 (38,8)
	4. PT	9 (18,3)
Jenis Kelamin	1. Laki-laki	43 (88)
	2. Perempuan	6 (12)
Stadium HIV-AIDS	1. Stadium 1	9 (18,3)
	2. Stadium 2	29 (59,2)
	3. Stadium 3	7 (14,3)
	4. Stadium 4	4 (8,2)
Tingkat Kecemasan Pre-Test	25,2857±5,83095 (15 - 38)	
Tingkat Kecemasan Post-Test	17,8163 ± 5,08951 (7 – 27)	

Tabel 3.1 menunjukkan bahwa kelompok umur menurut pembagian Depkes (2009) yang paling banyak responden berumur 26 - 35 tahun adalah 21 orang (43%) dengan berjenis kelamin laki-laki berjumlah 43 orang (88%) dan berpendidikan yaitu SMA berjumlah 19

Komisi Penanggulangan *HIV-AIDS*) Kota Gorontalo dan sampel yang digunakan pada penelitian ini dengan menggunakan metode *survey*.

orang (38,8%). Sedangkan hasil pengukuran pre test rata-rata Terapi Kognitif pada ODHA untuk kelompok intervensi 25,2857, dengan standar deviasi 5,83095. Nilai terendah 15 dan tertinggi 38. untuk pengukuran Post Test untuk kelompok intervensi 17,8163, dengan



standar deviasi 5,08951. Nilai terendah 7 dan nilai tertinggi 27.

Tabel 3.2 Hasil Analisa Bivariat Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Tingkat Kecemasan Pada ODHA Di Kota Gorontalo

Variabel	Sig,
Sebelum dan sesudah terapi kognitif	0,000

Hasil analisa bivariat dari pengaruh Terapi Kognitif terhadap tingkat kecemasan pada ODHA di Kota Gorontalo menunjukkan bahwa diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,000. Nilai signifikansi ini jauh lebih kecil dari nilai alpha yang digunakan yakni 5% (0,05) sehingga H_0 ditolak. Dengan demikian pada tingkat kepercayaan 95% dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah Terapi Kognitif pada ODHA.

Pembahasan

Variabel usia menunjukkan bahwa rentang usia yang paling tertinggi adalah umur 26 sampai 35 tahun (21 orang, 43%). Hasil yang diperoleh pada penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Arora *et al* (2008) dalam Desmawati, (2013) bahwa sebaran umur yang menderita infeksi *HIV* yang terdeteksi pertama kali adalah di rentang usia 26 – 35 tahun. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Marum, *et al* dalam Pardita, (2014) mendapatkan hasil bahwa puncak dari insiden *HIV* di negara Kenya

adalah pada rentang umur 26-35 tahun, hal ini disebabkan oleh perjalanan alamiah infeksi *HIV* yang mengambil rentang waktu 5-10 tahun dari awal masa inkubasi sehingga menimbulkan gejala klinis.

Dari responden penelitian yang memiliki pendidikan tertinggi adalah SMA berjumlah 19 orang (38,8%) hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan rendah mempunyai resiko lebih besar terhadap kejadian *HIV-AIDS* dan disampaikan oleh Nyumirah (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan pada ODHA mengenai *HIV-AIDS* dengan hasil tersebut menggambarkan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik tingkat pengetahuannya, responden yang mempunyai tingkat pendidikan cenderung mempunyai pengetahuan yang baik. Seseorang yang berpendidikan rendah pastilah berpengetahuan rendah pula karena peningkatan pengetahuan seseorang tidak mutlak didapatkan dari pendidikan formal



tetapi juga didapatkan dari sumber informasi lain.

Dilihat dari jenis kelamin pada responden penelitian yang terbesar adalah berjenis kelamin laki-laki berjumlah 43 orang (88%), Hal ini disampaikan oleh Nyumirah (2012) tingginya prevalensi kasus *HIV-AIDS* pada laki-laki lebih tinggi dikarenakan perilaku seksual berisiko yang lebih rentan dilakukan oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Pada penelitian ini yang paling banyak menderita stadium 2 berjumlah 29 orang (59,2%), Bila dibandingkan dengan kumulatif kasus ODHA baru secara nasional dalam 10 tahun terakhir (Kementerian Kesehatan, 2015) yang rata-rata proporsinya sebesar 27,67 pertahun maka peningkatan proporsi dalam penelitian ini hamper mendekati angka ini yang berarti peningkatan angka kasus orang yang baru teridentifikasi positif *HIV-AIDS* cukup tinggi. Ketika kondisi fisik ODHA menurun maka akan berpengaruh pada suasana hati dan aktivitas lain yang akan terganggu, hal tersebut terkait dengan *state anxiety* cenderung tidak stabil.

Untuk hasil pengukuran pre test rata-rata Terapi Kognitif pada ODHA untuk kelompok intervensi dalam mengikuti Terapi Kognitif dengan kesungguhan, kooperatif. Adanya penurunan tingkat

kecemasan dari ODHA tidak lepas dari beberapa tahapan-tahapan yang saling berhubungan sehingga ODHA selama mengikuti proses Terapi Kognitif merasakan langsung manfaat dari setiap sesi yang diberikan. Saat pelaksanaan Terapi Kognitif ODHA nampak kooperatif dengan peneliti dalam menjawab apa yang ditanyakan dan mengikuti apa yang disarankan terkait dengan proses terapi. Hal ini ditunjang dari pendapat Menurut UNAIDS, (2002) dalam Nyumirah (2012) bahwa stigma berhubungan dengan kekuasaan dan dominasi masyarakat yang puncaknya stigma akan menciptakan dan didukung oleh ketidaksetaraan sosial. Stigma yang terjadi pada ODHA tentunya terjadi penurunan derajat status yang rendah.

Hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa hasil analisis pengaruh Terapi Kognitif terhadap penurunan kecemasan pada responden diperoleh bahwa nilai signifikansi sebesar 0,000. Nilai signifikansi ini jauh lebih kecil dari nilai alpha yang digunakan yakni 5% (0,05) sehingga H_0 ditolak. Dengan demikian pada tingkat kepercayaan 95% dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah Terapi Kognitif pada ODHA.



Menurut Beck and Butler, (1995) dalam Irawaty (2011) yang menyatakan bahwa terapi kognitif pada ODHA dibantu untuk mengadaptasikan pemikiran atau keyakinan sehingga akan berpengaruh positif terhadap motivasi dan perilakunya, hal demikian membedakan kondisi kecemasan pada ODHA yang mendapatkan terapi kognitif dan yang tidak mendapatkan Terapi Kognitif.

Pada proses Terapi Kognitif (Sesi satu sampai tiga) ditemukan pikiran *Overgeneralization* atau pemikiran yang menganggap bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan berhasil baik. ODHA sangat berat menerima kenyataan bahwa dirinya terkena *HIV-AIDS* sehingga berespon menjadi putus asa, menarik diri dan kesedihan mendalam. Hal ini didukung oleh Astutin dan Wheller, (2000) dalam Irawaty (2011) bahwa kecemasan sebagai salah satu reaksi normal atas kehilangan, cemas biasanya sebagai respon dari kehilangan sesuatu atau seseorang.

Adapun temuan lain yang didapatkan pada penelitian ini *Disqualifying the Positive* mengacu pada adanya pandangan negatif terhadap diri, lingkungan dan masa depan yang dapat ditemukan pada ODHA yang akan merasa bersalah, harga diri rendah, tidak berharga,

menarik diri dari pergaulan sosialnya. ODHA merasa bahwa tidak berguna lagi, tidak mau bergaul dengan orang lain. Pada keadaan ini dapat membuat seseorang menjadi lemah pada tubuh dan pikiran, masing-masing orang memiliki reaksi yang berbeda sesuai dengan mekanisme coping ODHA. Hal tersebut didukung oleh Smeltzer, (2004) dalam Irawaty (2011) bahwa coping negatif dengan penyangkalan meliputi penerimaan atau menghargai keseriusan dari suatu penyakit. Biasanya ODHA menyalahkan dirinya sendiri (*self-blem*), dengan coping ini berupa keputusan, merasa bersalah, merasa pasrah terhadap hal yang menimpanya tanpa ada usaha dan motivasi untuk sembuh dari sakitnya.

Selain itu yang ditemukan pada penelitian ini distorsi pikiran adalah *Emotional Reasoning* atau menyimpulkan sesuatu berdasarkan pada kondisi emosional yang sedang dialami ODHA mengalami bentuk beban yang dialami diantaranya dikucilkan oleh keluarganya, terjadi PHK, tidak mendapatkan asuransi kesehatan sampai menjadi bahan pemberitaan di media massa, hal ini terjadi karena penyakit *HIV-AIDS* bersifat organik maupun beban psikologi dan sosial yang bisa menyebabkan cemas sampai depresi.



Menurut Townsend, (1998) dalam Nyumirah (2012) bahwa harga diri rendah menjadi evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif yang dapat secara langsung atau tidak langsung. Gangguan harga diri rendah menjadi sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri serta merasa gagal untuk mencapai suatu tujuan.

ODHA yang selama ini sering merasakan kecemasan dari berbagai gejala yang timbul tetapi sejak diberikan Terapi Kognitif ODHA mulai memperoleh manfaat langsung seperti responden menjadi tidak malu untuk bergaul dengan warga lain, menurunnya kesedihan yang dialami oleh responden dan hal-hal negatif perlahan-lahan mengalami penurunan termasuk keluhan fisik yang dialami oleh responden. Menurut Nyumirah (2012) bahwa Perbedaan dengan penelitian sebelumnya bahwa ODHA merasa malu dan tidak mau bersosialisasi dengan masyarakat lain. Hal ini merupakan hal yang wajar terjadi pada ODHA yang dimiliki penyakit dengan stigma dan diskriminasi, ketakutan akan kematian dan keluarga yang tinggal membuat koping diri ODHA yang tidak baik dengan menarik diri dari pergaulan masyarakat.

Pada penelitian ini ODHA mengalami harga diri rendah karena merasa dirinya tidak berharga akibat stigma dan diskriminasi yang dilakukan oleh masyarakat sekitarnya. ODHA merasa tidak percaya diri ketika bersama-sama dengan masyarakat sehingga cenderung lebih banyak diam dan menyendiri. Pergaulannya hanya dengan orang-orang tertentu yang dikenal dengan baik dengan ODHA. Akibat dari harga diri rendah kemudian ODHA akan menarik diri dari lingkungannya dan hana mau bergaul dengan kelompok dukungan sebaya atau sesama ODHA. ODHA tetap melakukan aktivitasnya sehari-hari namun tidak lebih banyak berinteraksi dengan masyarakat.

Selain itu faktor keaktifan pada ODHA dalam melaksanakan prosedur Terapi Kognitif sangat berkaitan terhadap kondisi kecemasan ODHA, semakin rajin atau aktif ODHA dalam melaksanakan anjuran atau saran selama mengikuti terapi maka akan semakin menurunkan tingkat kecemasan yang dialaminya dan begitu juga sebaliknya (Rosyikhoh, 2013). Pada pikiran otomatis negatif berkembang dalam diri ODHA terjadi 3 kemungkinan yang muncul dalam pikiran ODHA yaitu pandangan tentang diri sendiri : merasa tidak berharga, sudah rusak, kehadirannya tidak dianggap



lagi. Pandangan negatif tentang dunia dan lingkungannya : memandang bahwa dunia dan sekitarnya sebagai kelompok yang tidak peka, menghukum dan menyudutkan keberadaan ODHA. Pandangan negatif tentang masa depan : ODHA menganggap masa depan sebagai sesuatu yang sia-sia dan tidak memberikan sedikitpun harapan.

Setelah sesi 1 sampai 3 selesai maka sesi 4 membahas tentang support sistem dan mengevaluasi terapi di sesi 3. Untuk sesi 4 (*Support System*) dari keluarga, teman sebaya dan orang lain, *Support System* sangat diperlukan untuk bisa melatih ODHA agar bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari. Setelah dilakukan Terapi Kognitif maka keluarga sangat diperlukan dalam bersikap empati karena sikap empati dari keluarga menjadi penyemangat. ODHA mengharapkan kesabaran dalam merawat dan penuh kasih sayang sehingga menimbulkan semangat hidup dan kesembuhan bagi ODHA. ODHA merasakan akan hadirnya keluarga sebagai tempat yang paling nyaman dan aman untuk hidup sehingga merasa betah dan nyaman.

Menurut Townsend, (2003) dalam Setyabudi, (2012) dalam Terapi Kognitif menggunakan berbagai bentuk atau teknik untuk merubah cara berfikir, perasaan dan

perilaku pasien Beberapa teknik yang digunakan dalam proses terapi kognitif dilakukan dalam upaya untuk memodifikasi cara berfikir pasien yang salah yang dapat berpengaruh dalam perilaku maladaptif. Menurut Rupke, (2006) dalam Pardita, (2014) bahwa alam pikiran diikuti oleh perasaan sehingga belajar untuk mengganti pola pikir negatif ke pola pikir yang positif dan reaksi emosional tidak menyenangkan yang dialami oleh suatu individu dapat digunakan sebagai tanda bahwa apa yang dipikirkan mengenai dirinya sendiri mungkin tidak rasional selanjutnya pikiran yang objektif dan rasional terhadap peristiwa yang dialami.

Kesimpulan

Pada karakteristik responden yang paling tertinggi adalah rentang usia 26 sampai 35 tahun, tingkat pendidikan SMA, jenis kelamin laki-laki, dan stadium *HIV-AIDS* adalah stadium 2. Ada pengaruh Terapi Kognitif untuk menurunkan kecemasan terhadap ODHA (Orang Dengan *HIV-AIDS*) Di Kota Gorontalo

Saran

Diharapkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Gorontalo dan Komisi Penanggulangan *AIDS* (KPA) dapat melakukan asuhan keperawatan pada ODHA di komunitas terkait dalam rangka



menurunkan gangguan psikologi khususnya kecemasan dengan pemberian terapi kognitif. Penelitian ini menjadi acuan sebagai pemberian intervensi keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing Practice* dalam melakukan terapi kognitif pada ODHA. Dianjurkan untuk bisa memberikan dukungan terhadap ODHA agar tidak menimbulkan

Daftar Pustaka

Albery, I. dan M. M. (2011). *Psikologi Kesehatan*.

Desmawati. (2013). *Sistem Hematologi dan Imunologi*.

Irawaty, D. & S. (2011). Terapi Perilaku Kognitif Religius terhadap Pasien Hiv-Aids Universitas Gajah Mada. *Jurnal Keperawatan Universitas Gajah Mada (Online)*.

Kementerian Kesehatan, R. (2015). *Kesehatan Dalam Kerangka SDGs (Sustainable Development Goals)*. Pusat2.Litbang.depkes.go.id.

Nengsih, A. (2020). Origami Sebagai Tindakan Adjuvant Atraumatic Care Terhadap Tingkat Kecemasan Anak Yang Menjalani Hospitalisasi Di Rsud 45 Kuningan. *Journal of Nursing Practice and Education Vol. 1 No. 1 (2020)*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.34305/jnpe.v1i1.194>

Nyumirah, S. (2012). Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksisosial Klien

kecemasan dan meningkatkan percaya diri pada ODHA. Diharapkan pada peneliti selanjutnya yang ingin melanjutkan penelitian ini kiranya dapat meneliti tentang pengaruh terapi kognitif terhadap tingkat depresi pada ODHA sehingga penelitian tersebut menjadi *Evidence Based Nursing Practice* sebagai psikoterapi.

Isolasi Sosial di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Keperawatan Universitas Indonesia (Online)*.

Pardita, D. P. Y. (2014). Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, Dan Psikologis Penderita Hiv Aids Di Kota Denpasar. *Jurnal Keperawatan Universitas Airlangga (Online)*.

Rosyikhoh, L. (2013). Hubungan Tingkat Kecemasan Terhadap Koping Siswa SMUN 16 Dalam Menghadapi Ujian Nasional. *Jurnal Keperawatan Universitas Indonesia (Online)*.
<http://digilib.uinsby.ac.id/10839/5/bab2.pdf>.

Setyabudi, I. (2012). Pengembangan Metode Efektivitas Dzikir Untuk Menurunkan Stres Dan Afek Negatif Pada Penderita Stadium Aids. *Artikel Psikologis Universitas Esa Unggul Jakarta (Online)*.
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article>.