

TERAPI MUSIK KOGNITIF PERILAKU UNTUK MENURUNKAN KECEMASAN PADA PENDERITA TEKANAN DARAH TINGGI

COGNITIVE BEHAVIORAL MUSIC THERAPY TO REDUCE PATIENT'S ANXIETY WITH HIGH BLOOD PRESSURE

Vera M. Wilianto

MG. Adiyanti

Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

E-mail: vera.m.wilianto@gmail.com

ABSTRACT

This study was aimed to determine whether cognitive behavioral music therapy can reduce anxiety in four women aged 40 to 60 years with characteristics such as essential hypertension (stage 1 and 2), who likes to listen to music, and have moderate anxiety. Cognitive behavioral music therapy were given individually, four times, using a MP4 player and headphones. The participant's anxiety was measured using Beck Anxiety Inventory (BAI) scale at baseline and every session. This study used small N experiment with ABA design. Data were analyzed by visual inspection and qualitative analysis. The results showed that cognitive behavioral music therapy can reduce patients anxiety with hypertension.

Keywords : *cognitive behavioral music therapy, anxiety, hypertension*

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terapi musik perilaku kognitif dapat mengurangi kecemasan empat wanita berusia 40 hingga 60 tahun dengan hipertensi esensial (stadium 1 dan 2), yang suka mendengarkan musik, dan memiliki kecemasan sedang. Terapi musik perilaku kognitif diberikan secara individual, empat kali, menggunakan MP4 player dan headphone. Kecemasan peserta diukur dengan menggunakan Beck Anxiety Inventory (BAI) Skala pada awal dan setiap sesi. Penelitian ini menggunakan jumlah N subjek kecil dengan desain ABA. Data dianalisis dengan inspeksi visual dan analisa kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi musik perilaku kognitif dapat mengurangi kecemasan penderita hipertensi.

Kata kunci: *terapi musik perilaku kognitif, kecemasan, hipertensi*

Tekanan darah tinggi merupakan salah satu masalah kesehatan yang umum terjadi di masyarakat di seluruh dunia. Prevalensi penderita tekanan darah tinggi di seluruh dunia diperkirakan berjumlah satu milyar (National Heart, Lung, & Blood Institute, 2004). Saat ini jumlah penderita tekanan darah tinggi terus meningkat, terutama pada orang dewasa yang berusia sekitar 40 tahun (Sarafino, 1998). *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa tekanan darah tinggi menyebabkan munculnya penyakit stroke, penyakit jantung (National Heart, Lung, & Blood Institute, 2004; Tang, Harms, & Vezeau, 2008), dan salah satu faktor utama kematian (World Health Organization [WHO], 1996).

Tekanan darah tinggi adalah penyakit kronis yang terjadi di arteri (Sheridan & Radmacher, 1992) ketika pengaliran darah ke pembuluh darah terlalu berlebihan (Greenberg, 2002; Taylor, 2006). Penelitian membuktikan bahwa wanita yang menderita hipertensi mengalami risiko kematian yang lebih besar daripada pria (Håglin, Törnkvist, & Bäckman, 2007; National Heart, Lung, & Blood Institute, 2004).

Berdasarkan penyebabnya, tekanan darah tinggi dibagi menjadi dua, yaitu tekanan darah tinggi primer dan tekanan darah tinggi sekunder. Penyebab tekanan darah tinggi primer belum atau tidak diketahui. Tekanan darah tinggi sekunder merupakan akibat sekunder dari proses

penyakit lain yang dapat diketahui dengan pasti, misalnya adanya penyakit ginjal, kelainan hormonal, obat-obatan, dan penyebab lainnya (Puspitorini, 2008; Sarafino, 1998).

Salah satu faktor yang memengaruhi naik turunnya tekanan darah adalah pengalaman emosional, seperti stres dan kecemasan (Sarafino, 1998). Penelitian yang dilakukan oleh Bener, Kamal, Al-Banna, Al-Muulla, dan Elbagi (2006) terhadap 800 partisipan menunjukkan bahwa stres, kecemasan, dan depresi terbukti menjadi faktor risiko terjadinya tekanan darah tinggi. Saat seseorang mengalami kecemasan, rangkaian sistem hipotalamus-kelenjar pituitari-lapisan adrenal, dan sistem saraf simpatis menjadi aktif. Hipotalamus bekerja melepaskan *corticotrophin-releasing hormone* (CRH) yang mengalir ke dua bagian, yaitu ke kelenjar pituitari dan ke otak, khususnya sistem limbik. Kelenjar pituitari melepaskan *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) dan menstimulasi lapisan adrenal mengeluarkan hormon *cortisol* atau hormon stres (Carlson, 2005; Kalat, 2007; Phillips, 1991).

Sistem kedua adalah sistem saraf simpatis yang memiliki respon paling awal terhadap emosi. Aktivasi dari sistem saraf simpatis tersebut menekan sistem saraf parasimpatis dan menstimulasi *adrenal medulla* pada kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormon *catecholamines*, *epinephrine*, dan *norepinephrine*. Aktivasi

ini menyebabkan meningkatnya tekanan darah, denyut jantung, dan keringat (Carlson, 2005; Puspitorini, 2008; Rice, 1999; Sarafino, 1998; Taylor, 2006). Penurunan kecemasan menjadi salah satu hal yang penting untuk dilakukan agar tekanan darah dan denyut jantung penderita tidak meningkat. Sebagai data tambahan, tekanan darah dan denyut jantung juga diukur.

Kecemasan adalah perasaan gelisah atau khawatir dan ketakutan terhadap situasi khusus yang akan terjadi dengan akibat tidak pasti (Ormrod, 2004). Empat aspek yang menyertai kecemasan adalah aspek kognitif, afeksi, fisiologis, dan perilaku (Greenberg, 2002; Ormrod, 2004).

Model kecemasan Beck (Blackburn, & Davidson, 1994) menghubungkan faktor emosi dan pikiran dengan gangguan kecemasan. Kecemasan sebagai salah satu bentuk emosi terjadi karena adanya penilaian kognitif yang tidak tepat terhadap stresor. Penilaian kognitif dibagi menjadi dua, yaitu penilaian primer dan sekunder (Blackburn, & Davidson, 1994; Lazarus, 1991). Menurut Beck (Beck & Weishaar, 1989), keyakinan dan asumsi yang terlalu berlebihan serta kaku membuat pikiran-pikiran otomatis yang tidak fungsional muncul. Hambatan emosi dan perilaku yang terjadi bukan secara langsung disebabkan oleh kejadian yang ada, namun lebih kepada cara individu menginterpretasi kejadian

tersebut (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1993).

Hasil asesmen pada penderita tekanan darah tinggi stadium satu dan dua menunjukkan adanya kecemasan dalam diri mereka. Penelitian yang dilakukan oleh Sângren, et al. (2009) menyebutkan bahwa penderita tekanan darah tinggi umumnya memiliki kecemasan terkait masa depan mereka.

Salah satu terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan adalah terapi musik. Musik diakui mempunyai daya untuk menghantar dan menggugah emosi (Djohan, 2009). Kecemasan sendiri termasuk dalam emosi primer, yaitu rasa takut yang tidak terselesaikan (LeDoux, 1996). Menurut pendekatan kognitif, musik memiliki kaitan dengan otak sebagai pusat pengolah informasi (Satiadarma & Zahra, 2004). Oleh karena itu, musik memiliki kaitan dengan elemen kognisi, terutama pada persepsi (Djohan, 2008).

Terapi musik merupakan terapi yang berkembang dari berbagai disiplin ilmu, seperti musikologi, psikologi, akustik, sosiologi, antropologi, dan neurologi (Wingram, Pedersen, & Bonde, 2002). Terapi musik dalam bidang klinis merupakan terapi yang menggunakan musik untuk mencapai tujuan individual melalui hubungan terapeutik. Tujuan individual dapat meliputi aspek fisik, psikologis, kognitif, dan sosial (Almerud, & Petersson, 2003; American Music

Therapy Association [AMTA]; Djohan, 2008; Gallagher, Lagman, Walsh, Davis, & LeGrand, 2006; Kemper & Danhauer, 2005; Mathur, Duda, & Kamat, 2008).

Terapi musik dirancang dengan pengenalan yang mendalam terhadap keadaan dan permasalahan individu. Terapis harus mampu menyadari bahwa setiap individu tidak sama, selalu memiliki pola interaksi, kebudayaan, pengalaman masa lalu, persepsi dan dinamika yang berbeda, sehingga materi dan jenis musik yang diberikan pun selalu berbeda pada setiap individu (Djohan, 2006; Stouffer, Shirk, & Polomano, 2007). Terapis juga harus mampu membangun lingkungan yang mendukung dan tidak mengancam yang membantu klien untuk mengekspresikan dirinya sendiri (Cortés, 2004).

Beberapa hasil penelitian eksperimen yang menggunakan jenis musik yang disukai partisipan menunjukkan terjadinya penurunan yang signifikan pada kecemasan (Agwu & Okoye, 2007; Cooke, Chaboyer, Schluter, & Hiratos, 2005; Cooper, & Foster, 2008; Hays & Minichiello, 2005; Labbe, Schmidt, Babin, & Pharr, 2007; Saarikallio, & Erkkilä, 2007) dan tekanan darah (Agwu & Okoye, 2007; Argstatter, et al., 2006).

Pada perkembangannya, untuk mencapai hasil yang maksimal terapi musik memasukkan teknik konseling di dalam sesi terapinya, yaitu kognitif perilaku (Sundar, 2006). Terapi musik

kognitif perilaku merupakan salah satu model terapi musik yang menggunakan musik untuk mencapai tujuan individual melalui hubungan terapeutik dengan penekanan pendekatan kognitif perilaku dalam setiap sesi konselingnya (AMTA; Baker, Gleadhill, Dingle, 2007).

Terapi ini bertujuan untuk mengeksplorasi keadaan emosional individu, menggabungkan pikiran dan tindakan individu, serta menggunakan prosedur khusus yang terstruktur untuk membawa perubahan (Register & Hilliard, 2008). Fokus pada terapi ini adalah perilaku, yang berjalanan dengan pendekatan kognitif perilaku untuk memberikan cara pandang baru terhadap individu dalam berperilaku dan memberi pilihan untuk membuat perubahan (Dijkstra & Hakvoort, 2004). Latar belakang penggunaan terapi musik kognitif perilaku adalah tanpa mengubah mekanisme pola pikiran-perasaan-perilaku, klien akan mudah terjebak lagi dalam situasi kecemasan lain (Oemarjoedi, 2003).

Beberapa penelitian yang menggunakan terapi musik kognitif perilaku adalah penelitian Hanser (1990) terhadap empat orang individu yang mengalami depresi, penelitian Dijkstra dan Hakvoort (2004) terhadap kelompok yang mengalami gangguan penyalahgunaan obat, penelitian Sundar (2006) terhadap seorang pasien yang menderita kanker, penelitian Baker et al. (2007) terhadap partisipan yang mengalami gangguan

penggunaan obat, serta penelitian Register dan Hiliard (2008) untuk membantu anak-anak melewati proses berduka.

Terdapat dua teknik dalam terapi musik kognitif perilaku, yaitu aktif dan pasif. Teknik musik aktif adalah terapi yang melibatkan terapis dan pasien secara aktif (Cortés, 2004; Djohan, 2008; Stouffer, et al., 2007). Teknik musik pasif adalah terapi dengan memperdengarkan musik. Mendengarkan adalah aktivitas aktif, yaitu memfokuskan perhatian dan memperluas kesadaran pada arah tertentu (Djohan, 2008).

Prosedur yang digunakan dalam terapi musik kognitif perilaku diawali dengan mendengarkan musik, kemudian dilanjutkan dengan konseling kognitif perilaku (Baker, et al., 2007; Dijkstra, & Hakvoort, 2004; Hanser, 1990; Register, & Hiliard, 2008; Sundar, 2006). Mendengarkan musik memiliki peran utama, yaitu sebagai pengkondisian relaksasi positif, mempersiapkan individu untuk berpikir lebih jernih dan sebagai instrumen dalam memfasilitasi atau mendorong eksplorasi emosi negatif dalam keadaan rileks (Hanser, 1990). Ketika kecemasan meningkat, individu cenderung sulit untuk berpikir secara jernih, merespon secara otomatis, repetitif, dan kaku (Sundeen, Stuart, & Rankin, 1998).

Saat individu memunculkan kembali ingatan terhadap peristiwa yang membuat cemas, maka belahan otak kanan menjadi

aktif. Hal ini menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan, karena belahan otak kiri menjadi tidak aktif (Isotani, Lehmann, Pascual-Marqui, Fukushima, Saito, Yagy, & Kinoshita, 2002). Salah satu cara untuk menyeimbangkan adalah melalui musik (Wirawan, 2009).

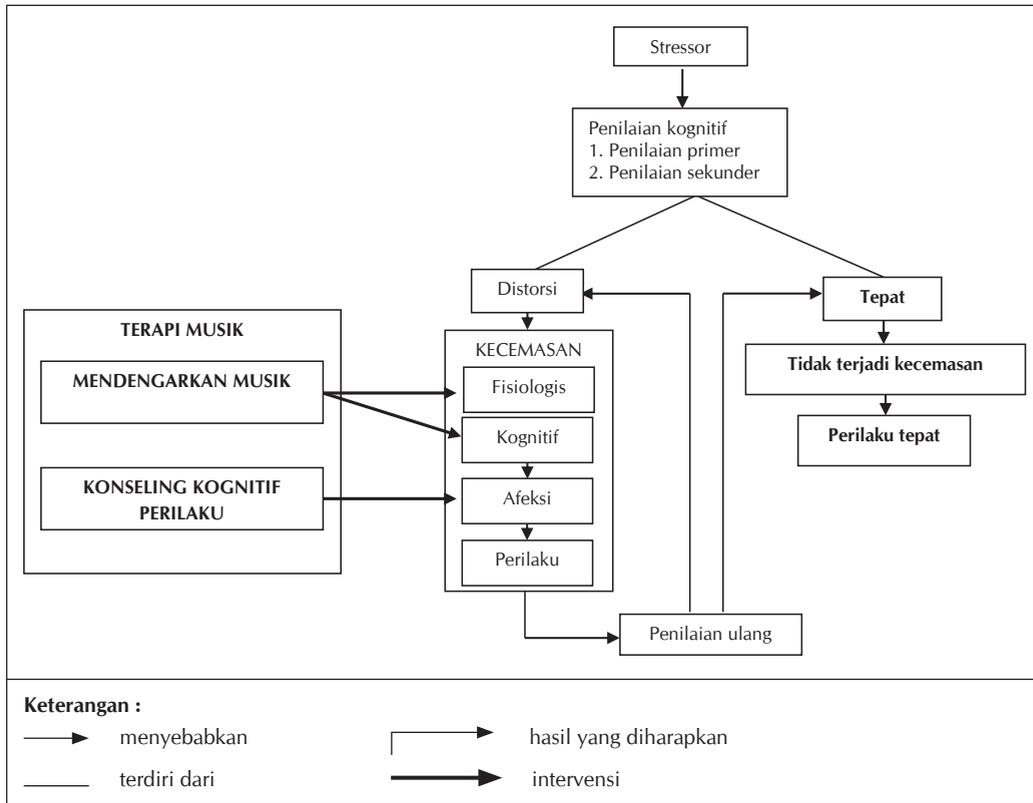
Secara fisiologis, saat seseorang mendengarkan musik, gelombang vibrasi menstimulasi sistem limbik, sehingga individu menjadi rileks (Satiadarma & Zahra, 2004). Musik juga memengaruhi pelepasan *corticotrophin-releasing hormone* (CRH), sehingga sistem saraf simpatis dan parasimpatis kembali bekerja secara seimbang dan kecemasan turun (Taylor-Piliac & Chair, 2002).

Musik juga berperan sebagai katalis yang mungkin memunculkan hal yang telah ditekan selama bertahun-tahun (Campbell, 2002; Greenberg, 2002; LeDoux, 1996). Terapis membimbing individu membayangkan peristiwa yang tidak nyaman tersebut (Campbell, 2002; Greenberg, 2002) dan mengajak individu berdiskusi mengenai pemaknaan emosi yang timbul, serta perubahan yang dirasakan (McCaffrey, & Good, 2000).

Terapis selanjutnya melakukan konseling kognitif perilaku. Pendekatan ini berhubungan langsung dengan proses informasi kognitif dan membantu penyelesaian masalah emosional, isu sosial atau interpersonal individu (Register, & Hilliard, 2008). Tujuannya adalah untuk

membantu mengidentifikasi emosi yang dirasakan individu (Baker, et al., 2007) dan menurunkan kecemasannya (Sundar, 2006). Terapis mengidentifikasi kejadian

awal yang memunculkan keyakinan dan asumsi yang berlebihan, pikiran otomatis, perasaan, perilaku klien, serta memberi *insight* (Stallard, 2005; Sundar, 2006).



Bagan 1. Kerangka konsep penelitian

Berdasarkan penjabaran di atas, maka hipotesis yang diajukan adalah terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan penderita tekanan darah tinggi. Kerangka konsep penelitiannya tergambar pada bagan 1.

METODE PENELITIAN

Partisipan Penelitian

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah empat orang dengan kriteria inklusi penderita penyakit tekanan darah

tinggi primer, berada pada kategori hipertensi stadium 1 dan 2, berjenis kelamin perempuan, berusia 40-60 tahun (dewasa madya), menyukai musik, tidak memiliki gangguan pendengaran dan mampu berkomunikasi, serta memiliki kecemasan sedang. Kriteria eksklusi adalah partisipan yang menderita penyakit kronis, seperti diabetes dan ginjal.

Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *small N experiment* dengan desain ABA. Analisis secara individual yang dilakukan dengan teknik *visual inspection* memberikan pemahaman yang lebih mendalam. Desain ABA mengacu pada urutan kondisi dari eksperimen (Saville, & Buskist, 2005; Myers & Hansen 2002).

A merupakan kondisi *baseline*, yaitu kondisi saat perilaku partisipan diukur tanpa adanya pengaruh variabel bebas. Pada penelitian ini, A dilihat selama empat kali. Jika 80% sampai 90% data masih berada pada 15% di atas dan di bawah *mean*, maka data dikatakan stabil (Sunanto, Takeuchi, & Nakata, 2005). B merupakan kondisi eksperimen, yaitu kondisi pemberian variabel bebas untuk melihat efeknya terhadap perilaku (Saville, & Buskist, 2005; Myers & Hansen 2002). Setelah B selesai diberikan, maka kembali ke kondisi A selama empat kali.

Pengukuran

Pada setiap pertemuan, partisipan diukur dan dirating kecemasan, tekanan darah serta denyut jantungnya.

Kecemasan diukur dengan skala BAI. Rating kecemasan diukur dengan menilai perasaan cemas mulai dari angka 0 sampai 10. Angka 0 berarti tidak cemas dan angka 10 berarti sangat cemas.

BAI memiliki 21 aitem dengan empat pilihan jawaban. Total skor adalah 0 sampai 63. Skor antara 0 - 21 mengindikasikan kecemasan rendah, skor antara 22 - 35 mengindikasikan kecemasan sedang dan total skor lebih dari 36 mengindikasikan kecemasan tinggi (Larue, 2009). Uji coba telah dilakukan oleh Mendoza (2008) terhadap 130 orang pada populasi umum. Konsistensi internal dan korelasi aitem total bergerak antara 0,30 sampai 0,71 (median = 60). Korelasi antara skor awal dengan skor satu minggu kemudian ($n = 83$) adalah 0,75.

Pengisian BAI dilakukan dengan cara ditanyakan oleh terapis dalam urutan yang acak. Tujuannya adalah untuk menghindari kurang akuratnya jawaban subjek partisipan dan kejenuhan dalam diri subjek partisipan. Alat pengukur tekanan darah otomatis digunakan untuk mengukur tekanan darah dan denyut jantung subjek penelitian (Fodor, McInnis, Helis, Turton, & Leenen, 2009).

Selama proses terapi, terapis juga melakukan observasi terhadap subjek. Pedoman observasi dan wawancara mengacu pada beberapa sumber (Daykin, McClean, & Bunt, 2007; Djohan, 2006; Hawton, et al., 1993; McCaffrey, & Good, 2000; Picot, Salem, Chin, Picot, & Lane, 2000). Tugas rumah subjek adalah

mendengarkan musik dan menuliskan pengalamannya pada buku tugas rumah (Bertini, 2001; Hanser, 1990).

Prosedur Intervensi

Prosedur pemberian perlakuan penelitian dilakukan melalui:

1. Asesmen awal dengan metode wawancara semi terstruktur selama satu minggu.
2. Penyusunan dan uji coba pedoman tahapan terapi musik kognitif perilaku. Pedoman tahapan terapi musik kognitif perilaku disusun oleh peneliti mengacu dari beberapa sumber (Abrams, 2001; Baker, et al., 2007; Dijkstra, & Hakvoort, 2004; Daykin, McClean, & Bunt, 2007; Djohan, 2006; Greenberger, & Padesky, 1995; Hanser, 1990; McBride, Graydon, Sidani, e Hall, 1999; McCaffrey, & Good, 2000; Pandic, et al., 2008; Register, & Hilliard, 2008; Stallard, 2005; Sundar, 2006). Pertimbangan ahli juga digunakan sebagai bahan masukan. Uji coba diterapkan terhadap dua orang penderita kecemasan sedang yang diukur melalui skala BAI, berusia 40-60 tahun, dan menyukai musik selama lima hari.
3. Pemilihan dan pembekalan terapis serta ko-terapis. Intervensi terapi musik kognitif perilaku dilakukan oleh seorang terapis yang memiliki syarat-syarat, yaitu psikolog, memiliki pemahaman mengenai terapi musik, memiliki pengalaman

dalam melakukan terapi atau konseling kognitif perilaku, memiliki pengalaman dalam menangani kasus kecemasan, memiliki kemampuan berempati, mendengarkan dan mampu memberikan penerimaan terhadap diri partisipan.

Terapis dibantu oleh seorang ko-terapis dalam melakukan observasi. Syarat-syarat ko-terapis dalam penelitian ini adalah lulusan S1 Psikologi, memiliki kemampuan dalam melakukan observasi, menginstruksikan dan mengoperasikan alat ukur yang digunakan kepada partisipan.

4. Pemilihan partisipan penelitian. Partisipan yang dipilih untuk penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria inklusi. Metode yang digunakan adalah wawancara semi terstruktur untuk mengetahui riwayat penyakit dan kesukaan terhadap musik. Selain itu juga diukur kecemasan, tekanan darah, dan denyut jantungnya. Skor yang didapat sekaligus digunakan sebagai data *baseline*.
5. Pelaksanaan terapi musik kognitif perilaku. Terapi diberikan sebanyak empat kali pertemuan secara individual dengan rentang waktu dua hari sekali (Dijkstra, & Hakvoort, 2004; McBride, 1999; Pandic, et al, 2008). Setiap pertemuan berlangsung selama 60-75 menit (Baker, et al., 2007). Pelaksanaan terapi diberikan secara individual dengan kesamaan dan

standarisasi ruangan yang digunakan untuk melakukan terapi.

Analisis data

Analisis data dilakukan dengan dua cara, yaitu:

1. Analisis data utama dengan menggunakan *visual inspection* dan analisis kualitatif terhadap skor kecemasan partisipan. Masing-masing grafik *visual inspection* didukung oleh transkrip hasil wawancara, hasil observasi, rating kecemasan, buku tugas rumah, dan wawancara dengan anggota keluarga (pada partisipan 1 dan 2).
2. Analisis data tambahan, yaitu data tekanan darah sistolik dan diastolik serta denyut jantung keempat partisipan.

HASIL PENELITIAN

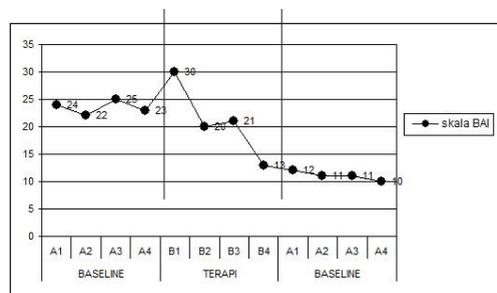
Analisis Data Utama

Partisipan 1

Ny. Rm (perempuan, 47 tahun), menderita tekanan darah tinggi primer stadium 2 sejak dua tahun yang lalu dan minum obat antihipertensi hanya saat sangat pusing saja. Tekanan darah sistolik biasanya berkisar antara 160 mmHg sampai 180 mmHg. Pendidikan terakhir partisipan adalah SD. Jenis musik yang disukai adalah dangdut dan campur sari.

Pada saat terapi, Ny. Rm kurang kooperatif, seperti sulit untuk mengungkapkan kecemasannya, menyangkal perkataannya dan berusaha untuk

merahasiakan masalahnya. Hal ini dikarenakan partisipan memiliki koping memendam perasaannya dan berusaha menolak masalahnya.



Gambar 1. Grafik skor BAI saat *baseline* dan terapi (partisipan 1)

Pada pertemuan pertama, musik mampu menghadirkan kembali kecemasan partisipan, sehingga partisipan menyadari kecemasannya. Terjadi peningkatan pada skala BAI (gambar 1). Melalui proses konseling, partisipan menjadi menyadari bahwa kecemasan terjadi karena penilaian kognitif yang tidak tepat. Partisipan juga menyadari bahwa perasaan dan pikiran saling berkaitan dan memiliki pemikiran baru, yaitu berusaha mencari jalan keluar dengan pola pikir yang positif dan mencoba untuk rileks saat menghadapi masalah.

Pertemuan kedua diawali dengan mendengarkan musik. Mendengarkan musik membuat partisipan menjadi lebih tenang, nyaman, dan tidak memikirkan apa-apa. Melalui proses konseling, partisipan menemukan dampak kecemasan terhadap tubuh dan perilaku, yaitu badan terasa panas dingin, jantung berdebar, berdiam diri, malas makan dan

tidak dapat tidur. Partisipan menyadari bahwa pikiran, perasaan, fisik, dan perilaku memiliki keterkaitan.

Pada pertemuan ketiga, setelah mendengarkan musik, perasaan partisipan menjadi tenang dan nyaman serta beban di pikiran menjadi berkurang meskipun bayangan kecemasan masih terlintas sedikit. Saat proses konseling, partisipan diajarkan untuk merekonstruksi pikiran negatifnya dan mencoba menemukan pikiran alternatif. Partisipan mampu menemukan pikiran alternatifnya.

Berdasarkan pertemuan pertama sampai ketiga, diketahui bahwa penilaian kognitif partisipan yang terdistorsi, yaitu melompat ke kesimpulan, personalisasi, magnifikasi, overgeneralisasi, pernyataan "harus", dan filter mental. Melalui penemuan pikiran alternatif, terjadi sedikit perubahan pada distorsi kognitif yang dimiliki partisipan. Partisipan mencoba mengumpulkan fakta dan menemukan sudut pandang baru.

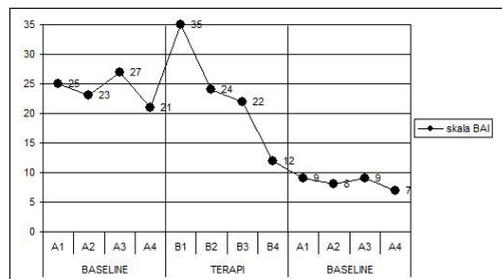
Pada pertemuan keempat, setelah mendengarkan musik, perasaan partisipan menjadi rileks dan nyaman, keluhan secara fisik dan beban di pikiran menjadi berkurang meskipun bayangan kecemasan masih terlintas sedikit. Perubahan yang dirasakan partisipan setelah mengikuti terapi adalah pikiran menjadi lebih tenang, perasaan menjadi lebih rileks dan nyaman, keluhan secara fisik berkurang, meskipun kecemasannya masih terlintas sedikit. Hal ini sejalan dengan data tugas

rumah dan hasil wawancara dengan menantu partisipan.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan sampai ke kategori kecemasan rendah pada partisipan 1 dengan karakteristik menderita hipertensi primer selama dua tahun, tidak rutin minum obat antihipertensi, pendidikan terakhir SD, menyukai musik dangdut dan campur sari.

Partisipan 2

Ny. YP (perempuan, 44 tahun) menderita tekanan darah tinggi primer stadium 1 sejak tiga bulan yang lalu dan tidak pernah minum obat antihipertensi. Pendidikan terakhir partisipan adalah SMA. Jenis musik yang disukai adalah musik pop. Pada saat terapi, partisipan bersikap kooperatif, seperti mampu mengungkapkan perasaannya secara terbuka.



Gambar 2. Grafik skor BAI saat *baseline* dan terapi (partisipan 2)

Berdasarkan grafik skor BAI pada gambar 2, diketahui bahwa saat *baseline* awal, skor BAI berada pada tingkat kecemasan sedang. Selanjutnya pada saat

terapi skor BAI selalu menurun, sampai mencapai skor 12 atau tingkat kecemasan rendah. Skor ini sesuai dengan rating kecemasan partisipan yang juga selalu mengalami penurunan dari angka 5 pada awalnya, kemudian turun menjadi 2. Saat *baseline* akhir, skor BAI partisipan terus menurun menjadi 6.

Pada pertemuan pertama, musik mampu menghadirkan kembali kecemasan partisipan. Kecemasan partisipan meningkat menjadi 35 berdasarkan skala BAI. Koping yang selama ini dilakukan partisipan adalah menangis dan berdiam diri. Melalui proses konseling, partisipan menyadari bahwa kecemasan terjadi karena penilaian kognitif yang terdistosi.

Pertemuan kedua diawali dengan mendengarkan musik. Setelah mendengarkan musik, perasaan partisipan menjadi nyaman dan terasa tidak ada beban. Partisipan juga memiliki pemikiran bahwa kecemasan atau perasaan tidak enak di badan disebabkan oleh pikiran. Partisipan mampu menemukan dampak dari kecemasan terhadap tubuh dan perilaku, yaitu badan dan dada terasa panas, jantung berdebar, berdiam diri, malas, bingung dan ingin menangis.

Pada pertemuan ketiga, setelah mendengarkan musik, partisipan menjadi tenang meskipun masih teringat akan kecemasannya. Saat proses konseling, partisipan diajarkan untuk merekonstruksi pikiran negatifnya dan mencoba mene-

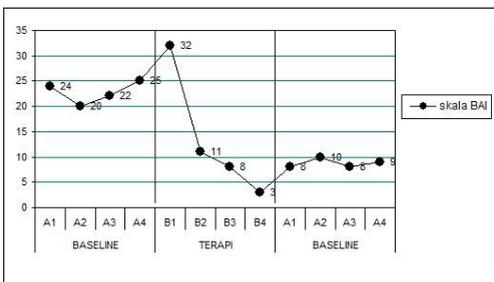
mukan pikiran alternatif. Partisipan mampu memiliki pikiran alternatif yang lebih seimbang dan menyadari bahwa sebenarnya selama ini dirinya masih cukup optimis serta tidak mau lagi hanya terpaku pada satu pikiran negatif saja. Berdasarkan pertemuan pertama sampai ketiga, diketahui bahwa kecemasan partisipan disebabkan adanya penilaian kognitif yang terdistorsi, yaitu melabel, magnifikasi, overgeneralisasi, personalisasi, melompat ke kesimpulan, dan filter mental. Melalui rekonstruksi pikiran negatif, terjadi perubahan distorsi kognitif pada partisipan. Partisipan mampu memiliki sudut pandang yang lebih optimis dan positif dari permasalahannya. Distorsi kognitif, seperti melabel, overgeneralisasi, dan melompat ke kesimpulan mulai berkurang.

Pada pertemuan keempat, setelah mendengarkan musik, kecemasan dan kebingungan partisipan berkurang. Perubahan yang dirasakan setelah mengikuti terapi, yaitu kebingungan menjadi berkurang, pikiran menjadi lebih senang, rileks, dan mulai beraktivitas. Hal ini didukung oleh hasil wawancara dengan anak partisipan, yaitu partisipan menjadi lebih bersemangat, mau beraktivitas, dan tidak terlalu lemas. Meskipun pikiran dan perasaan negatif masih ada, namun telah berkurang. Berdasarkan buku tugas rumah partisipan diketahui bahwa perasaan partisipan menjadi lebih rileks, lebih nyaman dan masalah seolah-olah hilang.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan sampai ke kategori kecemasan rendah pada partisipan 2 dengan karakteristik menderita tekanan darah tinggi primer stadium 1 sejak tiga bulan yang lalu, tidak pernah minum obat antihipertensi, pendidikan terakhir SMA, dan menyukai jenis musik pop.

Partisipan 3

Ny. Smrh (perempuan, 55 tahun) menderita tekanan darah tinggi primer stadium 2 sejak 20 tahun yang lalu dan rutin minum obat antihipertensi. Latar belakang pendidikan partisipan adalah SMP (tidak tamat). Jenis musik yang disukai partisipan adalah dangdut. Pada saat terapi, Ny. Smrh bersikap kooperatif, seperti mengungkapkan kecemasannya secara terbuka.



Gambar 3. Grafik skor BAI saat *baseline* dan terapi (partisipan 3)

Berdasarkan grafik skor BAI pada gambar 3, diketahui bahwa saat *baseline* awal, skor BAI berada pada tingkat kecemasan sedang. Selanjutnya skor BAI partisipan selalu menurun, yang sampai

mencapai skor 3 atau tingkat kecemasan rendah. Skor ini juga sesuai dengan rating kecemasan partisipan yang selalu mengalami penurunan, yaitu awalnya 5, kemudian turun menjadi 2.

Pada pertemuan pertama, musik mampu menghadirkan kembali kecemasan partisipan, sehingga partisipan menyadari kecemasannya. Partisipan sempat menangis saat bercerita. Melalui proses konseling, partisipan menyadari bahwa kecemasan terjadi karena penilaian kognitif yang terdistorsi. Partisipan juga menyadari bahwa perasaan dan pikiran saling berkaitan. Kesadaran akan kecemasan dan penyebabnya yang selama ini dipendam serta aktivitas membagikan masalah dengan terapis menyebabkan rating kecemasan partisipan tidak meningkat.

Pertemuan kedua diawali dengan mendengarkan musik. Setelah mendengarkan musik, perasaan partisipan menjadi lebih nyaman dan tidak memikirkan apa-apa. Partisipan juga mampu menyadari kaitan antara pikiran, perasaan, perubahan pada tubuh dan perilakunya. Partisipan mampu menemukan dampak dari kecemasan terhadap tubuh dan perilaku yaitu badan gemetar, dada terasa bengkak dan sakit seperti mau meledak, jantung berdebar-debar, memilih untuk pergi ke tempat anak yang lain atau keluar dari rumah, merasa ingin berteriak, melampiaskan kejengkelan dengan membersihkan

rumah, berserah kepada Tuhan dan berusaha membantu anaknya.

Pada pertemuan ketiga, setelah mendengarkan musik, partisipan menjadi tenang dan terharu karena teringat kepada anaknya. Saat proses konseling, partisipan diajarkan untuk merekonstruksi pikiran negatifnya dan mencoba menemukan pikiran alternatif. Partisipan mampu menemukan pikiran alternatif dan sudut pandang baru terhadap dua dari empat situasi yang disebutkan.

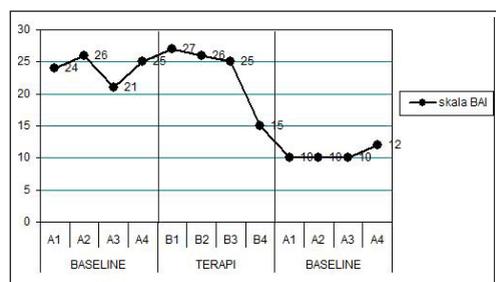
Berdasarkan pertemuan pertama sampai ketiga, diketahui bahwa kecemasan partisipan disebabkan adanya penilaian kognitif yang terdistorsi yaitu pikiran semua atau tidak sama sekali, melabel, melompat ke kesimpulan, pernyataan "harus", penalaran emosional, overgeneralisasi, dan filter mental. Pertemuan keempat, setelah mendengarkan musik beban partisipan menjadi hilang. Kecemasan partisipan juga kembali menurun. Perubahan yang dirasakan oleh partisipan setelah mengikuti terapi, yaitu beban yang terasa mengganjal telah hilang dan pikiran-pikiran negatif yang dahulu sering muncul, sekarang tidak terlalu dipikirkan lagi. Partisipan memiliki pemikiran baru, yaitu tidak ingin terlalu memikirkan suatu masalah, karena dengan terlalu banyak berpikir dapat berakibat negatif ke tubuh. Hal ini sejalan dengan buku tugas rumah partisipan, yaitu partisipan merasa lebih tenang, emosi terkendali, beban seperti hilang dan mampu berpikir lebih jernih.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan sampai ke kategori kecemasan rendah pada partisipan 3 dengan karakteristik menderita tekanan darah tinggi primer stadium 2 sejak 20 tahun yang lalu, rutin minum obat antihipertensi, pendidikan terakhir SD dan menyukai jenis musik dangdut.

Partisipan 4

Ny. Jmnt (perempuan, 55 tahun) menderita tekanan darah tinggi primer stadium 1 sejak enam bulan yang lalu dan rutin minum obat antihipertensi. Pendidikan terakhir adalah SMP. Jenis musik yang disukai adalah campur sari.

Pada saat terapi, Ny. Jmnt pada awalnya kurang kooperatif, seperti tidak mengungkapkan kecemasannya secara terbuka. Partisipan mengaku tidak merasakan cemas, meskipun ketika dirating terdapat kecemasan sedang.



Gambar 4. Grafik skor BAI saat *baseline* dan terapi (partisipan 4)

Grafik skor BAI pada gambar 4 menunjukkan bahwa pada saat *baseline* awal, skor BAI berada pada tingkat

kecemasan sedang. Selanjutnya skor BAI menurun sampai mencapai skor 15 atau tingkat kecemasan rendah. Skor ini juga sesuai dengan rating kecemasan yang mengalami penurunan dari angka 6 menjadi 2.

Pada pertemuan pertama, musik mampu menghadirkan kembali kecemasan partisipan, sehingga partisipan menyadari kecemasannya. Melalui proses konseling, partisipan menyadari bahwa kecemasan terjadi karena penilaian kognitif yang terdistorsi. Pada akhir pertemuan pertama, partisipan merasa lebih lega.

Pertemuan kedua diawali dengan mendengarkan musik yang membuat perasaan partisipan menjadi lebih nyaman dan nafas lebih lega. Melalui proses konseling, partisipan mampu menemukan dampak kecemasan terhadap tubuh dan perilaku, yaitu gemeteran, kaki menjadi sakit, kepala pusing, badan kaku dan terasa sakit, memberikan larangan terhadap cucunya, sulit tidur dan nafsu makan berkurang. Muncul situasi baru yang diungkapkan partisipan.

Saat pertemuan ketiga, setelah mendengarkan musik, partisipan merasa kecemasannya telah berkurang banyak dan perasaannya menjadi lebih nyaman. Saat proses konseling, partisipan diajarkan untuk merekonstruksi pikiran negatifnya dan mencoba menemukan pikiran alternatif. Partisipan mampu menciptakan pikiran alternatif terhadap empat situasi yang sedang dihadapinya.

Berdasarkan pertemuan pertama sampai ketiga, diketahui bahwa kecemasan partisipan disebabkan oleh adanya penilaian kognitif yang terdistorsi, yaitu overgeneralisasi, melompat ke kesimpulan dan filter mental. Melalui pengumpulan fakta-fakta dari sudut pandang yang lain, terjadi perubahan pada distorsi kognitif partisipan. Kesemua penilaian kognitif partisipan yang terdistorsi menjadi berkurang.

Pada pertemuan keempat, setelah mendengarkan musik partisipan tidak merasakan cemas lagi dan keluhan fisik hilang. Perubahan yang dirasakan partisipan setelah mengikuti terapi yaitu dada tidak sesak lagi, pusing dan nyeri di perut hilang, badan menjadi lebih enak dan perasaan lebih nyaman. Muncul pemikiran baru bahwa pikiran alternatif mampu membuat perasaan lebih tenang dan mendengarkan musik membawa banyak perubahan. Hal ini juga didukung oleh buku tugas rumah partisipan, yaitu dada tidak lagi terasa sesak, merasa nyaman, perasaan negatif hilang dan dapat tidur.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan sampai ke kategori kecemasan rendah pada partisipan 4 dengan karakteristik menderita tekanan darah tinggi primer stadium 1 sejak enam bulan yang lalu, rutin minum obat antihipertensi, pendidikan terakhir SMP dan menyukai musik campur sari.

Analisis Data Tambahan

Berdasarkan Tabel 1, tampak bahwa terapi musik kognitif perilaku memiliki pengaruh yang bervariasi terhadap

tekanan darah sistolik dan diastolik. Namun, terapi musik kognitif perilaku kurang berpengaruh terhadap penurunan denyut jantung.

Tabel 1. Mean tekanan darah sistolik, diastolik dan denyut jantung

P	Mean tekanan darah sistolik				Mean tekanan darah diastolik				Mean denyut jantung			
	A1	B	A2	K	A1	B	A2	K	A1	B	A2	K
1	157,75	164,25	165,75	Naik	94,25	104,25	88,25	Turun	73,25	76	72,5	Turun
2	148,25	121,5	127,5	Turun	85,5	78,25	80	Turun	101,5	88,75	93,5	Turun
3	158,25	146,75	160,25	Naik	95	85,75	97	Naik	71	87	84,25	Naik
4	141,25	133	131,75	Turun	93,25	90,5	84,25	Turun	88,25	94,25	90,5	Naik

Keterangan : P = Partisipan, A1 = Baseline 1, A2 = Baseline 2, B = Terapi, K = Kesimpulan

PEMBAHASAN

Hasil penjabaran di atas menunjukkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan pada penderita tekanan darah tinggi dengan berbagai karakteristiknya. Skor skala BAI keempat partisipan pada saat terapi diberikan sampai pada *baseline* akhir, kecemasan partisipan menurun, dan berada pada kategori kecemasan rendah.

Terapi ini memiliki efek jangka panjang dalam menurunkan kecemasan. Hal ini tampak pada skor BAI. Semua partisipan terus mengalami penurunan kecemasan setelah terapi selesai. Menurut Myers dan Hansen (2002), jika pada saat *baseline* akhir skor variabel tergantung tidak kembali pada *baseline* awal, maka dapat disimpulkan bahwa variabel bebas memberikan pengaruh terhadap variabel tergantung. Salah satu faktor yang menyebabkan skor kecemasan tidak

kembali pada *baseline* awal adalah efek jangka panjang dari terapi yang dilakukan.

Musik mampu mengaktifkan sistem limbik yang membantu memori jangka panjang lebih efisien (Russell, 1999). Pada saat terapi, partisipan diminta untuk mendengarkan musik dan dilatih merekonstruksi pikiran negatif yang selama ini dimiliki. Musik yang diperdengarkan secara berkelanjutan membantu partisipan memperkuat memorinya mengenai cara-cara menghadapi kecemasannya. Hal inilah yang menyebabkan efek dari terapi masih dirasakan setelah terapi selesai dan skor kecemasan tetap pada kategori rendah.

Proses psikologis yang terjadi hingga kecemasan dapat menurun dimulai saat partisipan mendengarkan musik. Mendengarkan musik bertujuan mengintervensi aspek fisiologis dan kognitif dari kecemasan. Menurut Sundeen

et al. (1998), saat kecemasan meningkat, individu cenderung memfokuskan perhatian pada situasi tertentu, sulit berpikir jernih, cenderung merespon secara otomatis, repetitif dan kaku tanpa berpikir terlebih dahulu. Oleh karena itu, pada awalnya partisipan diminta untuk mendengarkan musik. Secara fisiologis, saat seseorang mendengarkan musik, berbagai macam respon terjadi di dalam otak (Djohan, 2008). Hal ini disebabkan musik menimbulkan gelombang vibrasi yang merangsang stimulasi pada gendang telinga. Stimulasi tersebut kemudian ditransmisikan ke susunan saraf pusat, yaitu sistem limbik di otak, sehingga partisipan menjadi rileks (Satiadarma & Zahra, 2004).

Musik mampu mendorong eksplorasi emosi negatif sehingga individu dapat mengalami kembali emosinya dalam lingkungan yang aman dan suasana yang rileks (Baker, et al., 2007; Campbell, 2002; Hanser, 1990; Register, & Hiliard, 2008). Tujuannya adalah agar partisipan mampu menyadari kecemasan atau perasaan negatif mereka, sehingga hal-hal yang menjadi penyebab kecemasan dapat ditemukan. Secara kognitif, individu kemudian dapat berpikir lebih jernih saat kondisi rileks tersebut (Hanser, 1990).

Pada pertemuan-pertemuan selanjutnya, mendengarkan musik berfungsi sebagai pengkondisian relaksasi positif atau stimulus yang menyenangkan dan bertentangan dengan respon kecemasan.

Selain itu juga menjadi penguat yang menyenangkan dan potensial (Hanser, 1990). Musik memengaruhi pelepasan *corticotrophin-releasing hormone* (CRH). Hal ini menjadikan sistem saraf simpatis dan parasimpatis kembali bekerja secara seimbang, sehingga kecemasan menjadi turun (Taylor-Piliac & Chair, 2002).

Saat partisipan berada dalam kondisi rileks dan mampu berpikir secara jernih, konseling kognitif perilaku kemudian digunakan untuk mengintervensi aspek kognitif dari kecemasan. Berdasarkan pendekatan kognitif perilaku, kecemasan terjadi karena pikiran atau keyakinan yang mengalami distorsi, sehingga berpengaruh pada emosi dan perilaku. Oleh karena itu, partisipan perlu memahami kaitan antara pikiran, perasaan, perubahan pada tubuh individu dan perilaku. Tujuannya adalah agar partisipan menyadari keyakinan atau pikiran yang selama ini dimiliki berdampak pada perasaan, perubahan dalam tubuhnya dan menggerakkannya untuk berperilaku (Stallard, 2005).

Distorsi kognitif yang terdapat pada para partisipan tersebut adalah melompat ke simpulan, personalisasi, magnifikasi, overgeneralisasi, pernyataan "harus", filter mental, melabel, pikiran semua atau tidak sama sekali dan penalaran emosional. Akibat dari distorsi kognitif tersebut, perasaan partisipan menjadi cemas, takut, menyalahkan diri sendiri, kecewa, tidak nyaman, jengkel, rendah diri, sedih, khawatir, was-was, kasihan, sakit hati,

marah, pedih dan susah. Dampak yang dirasakan pada tubuh adalah tekanan darah naik, badan terasa panas dingin, jantung berdebar, badan terasa kaku atau sakit, gemetar, badan terasa panas, dada terasa panas atau bengkak, sakit dan pusing. Dampak pada perilaku adalah diam, menyalahkan diri sendiri, malas makan, tidak dapat tidur, malas melakukan apa-apa, bingung, ingin menangis, pergi menjauh dan melampiaskan kejengkelan dengan melakukan hal lain, serta sering melamun.

Partisipan kemudian diajarkan untuk merekonstruksi pikiran otomatisnya yang negatif tersebut. Melalui hal ini, partisipan diajak untuk menyadari sebanyak mungkin sudut pandang terhadap suatu masalah. Baik itu sudut pandang yang positif maupun negatif atau bahkan netral karena hal tersebut dapat membimbing pada solusi baru dan simpulan (Greenberger, & Padesky, 1995).

Partisipan menemukan cara untuk mengontrol perasaan yang tidak menyenangkan, belajar memecahkan dan mengatasi masalahnya sendiri. Hal ini membantu partisipan untuk berpikir dengan cara yang lebih positif dan menghentikan perasaan cemas yang terlalu berlebihan dalam dirinya (Karp, & Dugas, 2003; Oemarjoedi, 2003; Stallard, 2005; Sundar, 2006). Menurut pendekatan kognitif perilaku, ketika pikiran irasional tersebut dapat diubah, maka secara otomatis emosi dan perilaku

juga berubah menjadi positif (Oemarjoedi, 2003). Hal ini dapat dilihat dari dampak yang dirasakan setelah mengikuti terapi ini yang meliputi aspek pikiran, perasaan, fisik dan perilaku.

Keberhasilan terapi musik kognitif perilaku dalam menurunkan kecemasan juga tidak lepas dari peran terapis dalam memberikan intervensi terhadap partisipan (Hill, 2004). Partisipan juga diberi kesempatan untuk berbagi masalah dan memperoleh hubungan yang saling mendukung (Abrams, 2001; Gue'tin, Soua, Voirit, Picot & He'risson, 2009).

Selain itu, pemilihan jenis musik yang sesuai dengan kesukaan partisipan juga berperan dalam menurunkan kecemasan partisipan. Setiap individu tidak sama, selalu memiliki pola interaksi, kebudayaan, pengalaman masa lalu, persepsi dan dinamika yang berbeda (Djohan, 2006; Stouffer, Shirk, & Polomano, 2007). Jenis musik yang disukai oleh individu dapat memberikan efek positif, seperti perasaan menjadi senang, nyaman dan rileks.

Berdasarkan data tambahan dengan menggunakan tekanan darah dan denyut jantung, ditemukan bahwa tekanan darah dan denyut jantung pada keempat partisipan menunjukkan hasil yang bervariasi. Hal ini kurang sejalan dengan pengukuran menggunakan skala BAI. Penelitian yang dilakukan oleh De Jong, Moser, An, dan Chung (2004) menunjukkan bahwa peningkatan teka-

nan darah dan denyut jantung tidak secara akurat merefleksikan tingkat kecemasan seseorang dan tidak dapat digunakan untuk mengukur kecemasan.

Hal ini disebabkan individu bahkan yang memiliki kecemasan yang ekstrim, tidak merespon dengan cara yang terus menerus sama. Peningkatan juga seringkali hanya sedikit dan tidak cukup bermakna secara klinis. Rasa sakit atau perubahan pada aktivitas pasien juga dapat secara langsung memengaruhi tekanan darah dan denyut jantung. Hal ini hampir sama dengan yang diungkapkan oleh Sloboda dan Juslin (2001), yaitu bahwa terdapat banyak masalah terkait dengan pengukuran fisiologis. Perubahan pada sistem saraf otonomi seringkali terjadi meskipun tidak terjadi emosi. Oleh karena itu, sulit untuk menetapkan secara jelas hubungan antara keadaan emosional dan respon fisiologis.

Keterbukaan individu juga menjadi faktor yang menyebabkan adanya perbedaan hasil antara kecemasan dan tekanan darah. Hal ini dipengaruhi oleh budaya yang dipegang (Taylor-Piliac, & Chair, 2002). Budaya yang memiliki norma-norma untuk mengontrol perasaan dan emosi pada situasi sosial mengakibatkan individu berusaha menjaga citra diri dan keluarga serta tidak terbuka (Magnis-Suseno, 2001). Individu yang memiliki karakteristik kepribadian tertutup, senang memendam masalah ataupun menekan kemarahannya, terbukti

memiliki pengaruh terhadap peningkatan tekanan darah sistolik pada wanita (Helmets, Baker, O'Kelly, & Tobe, 2000)

Tekanan darah dan denyut jantung sifatnya sangat tidak stabil dan mudah dipengaruhi oleh banyak faktor, terutama pada penderita tekanan darah tinggi yang tidak diobati. Semakin lama seseorang menderita penyakit tekanan darah tinggi yang tidak diobati secara rutin, maka kemampuan organ-organ tubuh, seperti jantung, pembuluh darah dan ginjal juga semakin menurun (National Heart, Lung, & Blood Institute, 2004).

Jadi, berdasarkan penjabaran di atas dapat disimpulkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan pada penderita tekanan darah tinggi dengan berbagai karakteristiknya dalam hal tingkat pendidikan, jangka waktu menderita penyakit dan rutinitas minum obat antihipertensi. Belum diketahui secara pasti hubungan antara kecemasan, tekanan darah dan denyut jantung karena tidak dilakukannya kontrol terhadap hal-hal yang dapat memengaruhi tekanan darah dan denyut jantung.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi musik kognitif perilaku mampu menurunkan kecemasan pada penderita tekanan darah tinggi dengan karakteristik partisipan perempuan pen-

derita penyakit tekanan darah tinggi primer stadium 1 dan 2 yang berusia dewasa madya serta senang mendengarkan musik. Penurunan kecemasan yang terjadi adalah dari kategori kecemasan sedang menjadi kecemasan kategori rendah.

Pemilihan jenis musik yang sesuai dengan kesukaan partisipan merupakan salah satu faktor penyebab menurunnya kecemasan. Partisipan yang mendengarkan musik dangdut, pop, maupun campur sari, merasakan efek yang sama seperti nyaman, rileks, beban terasa hilang, dan pikiran menjadi tenang.

Selain itu, penurunan kecemasan terutama terjadi setelah partisipan belajar untuk merekonstruksi pikiran negatifnya. Berdasarkan hasil penelitian, partisipan dengan tingkat pendidikan SD mengalami perubahan distorsi kognitif yang lebih sedikit dibandingkan partisipan dengan tingkat pendidikan SMP atau SMA. Hal ini kemungkinan dapat dikarenakan partisipan dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki sudut pandang atau alternatif pikiran yang lebih luas.

Jangka waktu partisipan menderita penyakit, aktivitas yang dilakukan, serta rutinitas meminum obat antihipertensi memberikan efek yang berbeda dalam tekanan darahnya. Partisipan yang menderita penyakit tekanan darah tinggi kurang dari satu tahun, mengalami penurunan pada tekanan darah sistolik

dan diastoliknya dibandingkan *baseline* awal. Partisipan yang menderita penyakit tekanan darah tinggi minimal dua tahun dan tidak rutin minum obat antihipertensi atau menghentikan pengobatannya, mengalami peningkatan pada tekanan darah sistoliknya dibandingkan *baseline* awal.

Saran

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah kajian keilmuan psikologi. Beberapa keterbatasan pada penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya. Kalangan profesional dapat diketahui dengan jelas hubungan kecemasan, tekanan darah dan denyut jantung kemungkinan apabila rutinitas minum obat, melakukan diet dan olahraga dimonitor secara lebih ketat. Jumlah partisipan diharapkan dapat diperbanyak dengan memperhatikan faktor homogenitas, seperti lamanya mengidap penyakit, tingkat pendidikan terakhir, dan rutinitas partisipan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrams, B. (2001). Music, cancer, and immunity. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 5, 222-224.
- Agwu, K. K., & Okoye, I. J. (2007). The effect of music on the anxiety levels of patients undergoing hysterosalpingography. *Radiography*, 13, 122-125.

- Almerud, S., & Petersson, K. (2003). Music therapy-a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing, 19*, 21–30.
- American Music Therapy Association, Inc. (n.d). *Music therapy in the treatment and management of pain*. Diambil tanggal 30 Mei 2008, dari <http://www.musictherapy.org/factsheets/MT%20Pain%202006.pdf>.
- Argstatter, H., Haberbosch, W. & Bolay, H. V. (2006). Study of the effectiveness of musical stimulation during intracardiac catheterization. *Clinical Research in Cardiology, 95*, 514–522.
- Baker, F. A., Gleadhill, L. M., & Dingle, G. A. (2007). Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. *The Arts in Psychotherapy, 34*, 321-330.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. Dalam R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (4th ed., hlm. 285-320). Illinois : F. E. Peacock Publishers, 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 factors for hypertension?. *The Cardiology, 2*, 45-51.
- Bertini, M. A. (2001). *The effects of guided imagery and music on anxiety*. Disertasi tidak diterbitkan, Holos University Graduate Seminary, South Dakota.
- Blackburn, I-M., & Davidson, K. (1994). *Terapi kognitif untuk depresi dan kecemasan: Suatu petunjuk bagi praktisi* (Rusdakoto Sutadi, Penerjemah). Semarang : IKIP Semarang Press. (Publikasi awal 1990).
- Campbell, D. (2002). *Efek mozart (Memanfaatkan kekuatan musik untuk mempertajam pikiran, meningkatkan kreativitas, dan menyehatkan tubuh)* (Cetakan Kedua). Alih bahasa : T. Hermaya. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Carlson, N. R. (2005). *Foundations of physiological psychology* (6th ed.). Boston : Pearson Education, Inc.
- Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., & Hiratos, M. (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing, 52*, 47–55.
- Cooper, L., & Foster, I. (2008). The use of music to aid patients' relaxation in a radiotherapy waiting room. *Radiography, 14*, 184-188.
- Cortés, A. C. (2004). The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. *American Journal of Hospice and Palliative Care, 21*,

- 255-260. Diambil tanggal 30 Mei 2008 dari <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/4/255>.
- Daykin, N., McClean, S., & Bunt, L. (2007). Creativity, identity and healing: participants' accounts of music therapy care. *Health (London)*, *11*, 349-370. Diambil tanggal 30 Mei 2008, dari <http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/3/349>.
- De Jong, M. J., Moser, D. K., An, K., & Chung, M. L. (2004). Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *3*, 247-253.
- Dijkstra, I. & Hakvoort, L. (2004). How to deal music? Enhancing coping strategies in music therapy with clients suffering from addiction problems. *Music Therapy Today*, *5*. Diambil tanggal 27 April 2009 dari <http://www.musictherapyworld.de/modules/mmmagazine/showarticle.php?articleto show=121>.
- Djohan. (2006). *Terapi musik* (Cetakan Kedua). Yogyakarta : Galangpress.
- Djohan. (2008). *Psikologi musik* (Cetakan ketiga). Yogyakarta : Joglo Alit.
- Djohan. (2009). *Respon emosi musikal*. Yogyakarta : Joglo Alit.
- Fodor, G. J., McInnis, N. H., Helis, E., Turton, P., & Leenen, F. H. H. (2009). Lifestyle changes and blood pressure control: A community-based cross-sectional survey (2006 ontario survey on the prevalence and control of hypertension). *The Journal Of Clinical Hypertension*, *11*, 31-35.
- Gallagher, L. M., Lagman, R., Walsh, D., Davis, M. P., & LeGrand, S. B. (2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Support Care Cancer*, *14*, 859-866.
- Greenberg, J. S. (2002). *Comprehensive stress management* (8th ed.). New York : MCGraw-Hill.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy (Coaching clients to work through their feelings)*. Washington : American Psychological Association.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood (Change how you feel by changing the way you think)*. New York : The Guildford Press.
- Gue'tin, S., Soua, B., Voiriot, G., Picot, M.-C., & He'risson, C. (2009). The effect of music therapy on mood and anxiety-depression: An observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *52*, 30-40.

- Håglin, L., Törnkvist, B & Bäckman, L. (2007). Prediction of all-cause mortality in a patient population with hypertension and type 2 DM by using traditional risk factors and serum-phosphate, -calcium and -magnesium. *Acta Diabetol*, 44, 138–143.
- Hanser, S. B. (1990). A Music Therapy Strategy for Depressed Older Adults in the Community. *Journal of Applied Gerontology*, 9, 283-298. Diambil tanggal 30 Mei 2008, dari <http://jag.sagepub.com/cgi/content/abstract/9/3/283>.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1993). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems-a practical guide*. Oxford : Oxford University Press.
- Hays, T., & Minichiello, V. (2005). The meaning of music in the lives of older people: a qualitative study. *Psychology of Music*, 33, 437-451.
- Helmers, K. E., Baker B., O’Kelly, B., & Tobe, S. (2000). Anger expression, gender, and ambulatory blood pressure in mild, unmedicated adults with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 60-64.
- Hill, C. E. (2004). *Helping skills (Facilitating exploration, insight, and action)* (2nd ed.). Washington : APA.
- Isotani, T., Lehmann, D., Pascual-Marqui, R. D., Fukushima, M., Saito, N., Yagyu, T., Kinoshita, T. (2002). Source localization of brain electric activity during positive, neutral and negative emotional states. *International Congress Series*, 1232, 165– 173.
- Kalat, J. W. (2007). *Biological psychology* (9th ed.). Australia : Thomson Wadsworth.
- Karp, J. & Dugas, M. J. (2003). Stuck behind a wall of fear: how cognitive-behavior therapy helped one woman with social phobia. *Clinical Case Studies*, 2, 171-187.
- Kemper, K. J., & Danhauer, S. C. (2005). Music as therapy. *Southern Medical Association*, 98, 282-288.
- Labbe, E., Schmidt, N., Babin, J., & Pharr, M. (2007). Coping with stress: the effectiveness of different types of music. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 32, 163–168.
- Larue, S. (2009). *The beck anxiety inventory-a useful tool*. Diambil tanggal 13 Oktober 2009 dari <http://74.125.153.132/search?q=cache:P8woC6Ysa8AJ:ezinearticles.com/%3FThe-Beck-Anxiety-Inventory---A-Useful-Tool%26id%3D2206484+Beck+Anxiety+Inventory&cd=11&hl=id&ct=clnk&gl=id>.

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York : Oxford University Press.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain (The mysterious underpinnings of emotional life)*. New York : Touchstone.
- Magnis-Suseno, F. (2001). *Etika jawa (Sebuah analisa falsafi tentang kebijaksanaan hidup jawa)* (Edisi ke-8). Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Mathur, A., Duda, L., & Kamat, D. M. (2008). Knowledge and use of music therapy among pediatric practitioners in michigan. *Clinical Pediatrics*, 47, 155-159. Diambil tanggal 30 Mei 2008 dari <http://cpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/47/2/155>.
- McBride, S., Graydon, J., Sidani, S., & Hall, L. (1999). The therapeutic use of music for dyspnea and anxiety in patients with copd who live at home. *Journal Of Holistic Nursing*, 17, 229-250. Diambil tanggal 29 Mei 2008, dari <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/3/229>.
- McCaffrey, R. G., & Good, M. (2000). The lived experience of listening to music while recovering from surgery. *Journal of Holistic Nursing*, 18, 378-390. Diambil tanggal 30 Mei 2008, dari <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/4/378>.
- Mendoza, Z. (2008). *Efektivitas terapi kognitif*. Tesis tidak diterbitkan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia.
- Myers, A. & Hansen, C. H. (2002). *Experimental psychology*. (5th ed.). California : Wadsworth Group.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2004). *Complete report: The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*. Diambil tanggal 26 Februari 2009, dari <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>.
- Oemarjoedi, A.K. (2003). *Cognitive behavior dalam psikoterapi*. Jakarta : Penerbit Creative Media.
- Ormrod, J. E. (2004). *Human learning* (4th ed.). New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Pandic, S., Ekman, I., Nord, L., & Kjellgren, K. I. (2008). Device-guided breathing exercises in the treatment of hypertension-perceptions and effects. *CVD Prevention and Control*, 3, 163–169.
- Phillips, K. (1991). Essential hypertension. Dalam Marian Pitts & Keith Phillips (Eds.), *The psychology of health (An introduction)* (pp. 171-186).

- Picot, B. L., Salem, S. G., Chin, C-C., Picot, S. F., & Laane, D. (2000). Cultural differences in music chosen for pain relief. *Journal of Holistic Nursing*, 18, 245-260. Diambil tanggal 30 Mei 2008, dari <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/3/245>.
- Puspitorini, M. (2008). *Hipertensi (Cara mudah mengatasi tekanan darah tinggi)*. Yogyakarta : Image Press.
- Register, D. M., & Hilliard, R. E. (2008). Using Orff-based techniques in children's bereavement groups: A cognitive-behavioral music therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 162-170.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and health*. California : Brooks/Cole Publishing Company.
- Russell, L. (1999). *The accelerated fieldbook (Making the instructional process fast, flexible, and fun)*. San Fransisco : Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Saarikallio, S., & Erkkilä, J. (2007). The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music*, 35, 88-109. Diambil tanggal 29 Mei 2008, dari <http://pom.sagepub.com/cgi/content/abstract/35/1/88>.
- Sångren, H., Reventlow, S., & Hetlevik, I. (2009). Role of biographical experience and bodily sensations in patients' adaptation to hypertension. *Patient Education and Counseling*, 74, 236-243.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology (Biopsychosocial interactions)* (3rd ed.). New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Satiadarma, M. P., & Zahra, R. P. (2004). *Cerdas dengan musik*. Jakarta : Puspa Swara.
- Saville, B. K., & Buskist, W. (2005). Traditional idiographic approaches: small-N research designs. Dalam S. F. Davis (Ed.), *Handbook of research methods in experimental psychology* (hlm. 66-82). Massachusetts : Blackwell Publishing.
- Sheridan, C. A., & Radmacher, S. A. (1992). *Challenging the biomedical model*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Sloboda, J. A., & Juslin, P. N. (2001). Psychological perspectives on music and emotion. Dalam J. A. Sloboda & P. N. Juslin (Eds.), *Series in affective science* (hlm. 71-104). New York : Oxford University Press.
- Stallard, P. (2005). *Guide to think good-feel good (Using cbt with children and young people)*. West Sussex : John Willey & Sons.
- Stouffer, J. W., Shirk, B. J., & Polomano, R. C. (2007). Practice guidelines for music interventions with hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 448-456.

- Sunanto, J., Takeuchi, K., & Nakata, H. (2005). *Pengantar penelitian dengan subyek tunggal*. Jepang : CRICED University of Tsukuba.
- Sundar, S. (2006). Effects of music therapy and counselling: A case of state anxiety of a ca-hypo pharynx patient. *Music Therapy Today*, 7, 8-29.
- Sundeen, S. J., Stuart, G. W., Rankin, E. A. D. (1998). *Nurse-client interaction. implementing the nursing process*. (6th ed.). St Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Tang, H-Y (J)., Harms, V., Vezeau, T. (2008). An audio relaxation tool for blood pressure reduction in older adults. *Geriatric Nursing*, 29, 392-402.
- Taylor, S. E. (2006). *Health psychology* (6th ed.). Boston : McGraw-Hill.
- Taylor-Piliac, R. E., & Chair, S-Y. (2002). The effect of nursing interventions utilizing music therapy or sensory information on Chinese patients' anxiety prior to cardiac catheterization:a pilot study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 203–211.
- Wingram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy (Theory, clinical practice, research and training)*. London : Jessica Kingsley Publisher.
- Wirawan, H. (2009). *Menyeimbangkan otak kiri dan otak kanan*. Diambil tanggal 23 Mei 2009 dari http://74.125.153.132/search?q=cache:53ydR3YR5pgJ:www.iapw.info/home/index.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Darticle%26id%3D142:menyeimbangkan-otak-kiri-dan-otak-kanan%26catid%3D32:ragam%26Itemid%3D45+musik+%2B+otak.df&cd=85&hl=id&ct=clnk&gl=id.
- World Health Organization. (1996). *Pengendalian hipertensi (Laporan komisi pakar WHO)* (Kosasih Padmawinata, Penerjemah). Bandung : Penerbit ITB.